

## **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: perspectiva do usuário**

Hosting the Family Health Strategy: user perspective

José Adelmo da Silva Filho <sup>a</sup>

### **Resumo**

O estudo objetivou descrever a percepção dos usuários quanto ao acolhimento vivenciado durante a assistência na Estratégia Saúde da Família - ESF. Estudo de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Os participantes da pesquisa foram 30 usuários de 15 ESF do município de Iguatu/CE que foram selecionados mediante critérios de inclusão: estar cadastrado na ESF, ser maior de 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa. As falas foram organizadas e analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Minayo. Os participantes demonstraram-se satisfeitos em relação ao acolhimento vivenciado nas ESF. Dessa maneira o acolhimento dentro da ESF torna-se decisivo na relação profissional e usuário e que por meio dessa ferramenta é possível buscar novos modos de produzir saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família.

### **Abstract**

The study tried to describe the user's perception as to the hosting experience during the assistance in the Family Health Strategy - FHS. Exploratory and descriptive study, with qualitative approaching. The research participants were 30 users from 15 FHS based in Iguatu/CE, who were selected using inclusion criteria: enrolled in the ESF, being over 18 years old and accepting to participate freely in the research. The speeches were organized and analyzed through the Minayo Content Analysis. Participants were satisfied with their experience with FHS. This way, the hosting and the bond created inside the FHS make themselves an important point in the relationship between the health professional and the user, and with this tools it is possible the achieve new manners of health production.

**Key-words:** User Embracement. Primary Attention to Health. Family Health Strategy.

---

<sup>a</sup> Escola de Saúde Pública do Ceará.

Autor Correspondente: José Adelmo da Silva Filho

E-mail: adelmof12@gmail.com

## Introdução

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no país de Cazaquistão em 1978, definiu a Atenção Primária à Saúde - APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, exercendo função central dentro desse sistema<sup>1</sup>.

Desde então, a Atenção Primária à Saúde se apresenta internacionalmente como uma estratégia de organização da atenção à saúde para responder as demandas de saúde de uma população de forma regionalizada, contínua e sistematizada, com enfoque em ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde do usuário e comunidade<sup>2</sup>.

No âmbito nacional, o Brasil passou a aderir à organização da APS no início da década de noventa, a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS que teve por finalidade inserir os princípios da universalidade, equidade e integralidade na assistência à saúde<sup>2</sup>.

O acolhimento representa um momento de encontro – enquanto trabalho em saúde – mediado pela escuta qualificada e pelo vínculo, acarretando compromisso e disponibilidade do profissional, como também do usuário, para a realização com efetividade<sup>3</sup>. Há então o reconhecimento que o acolhimento garante acesso aos serviços de saúde mediante postura acolhedora de qualquer profissional da unidade de saúde, tornando-se então uma estratégia potencial usada pelos profissionais para assegurar os princípios do SUS<sup>4</sup>.

No campo da saúde é possível identificar que habitualmente o acolhimento é compreendido pelos profissionais ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa e ambiente confortável), ora como uma ação de triagem e garantia de encaminhamentos a outros serviços<sup>5</sup>.

O acolhimento precisa ser entendido como uma técnica de conversa entre o profissional e usuário e que nesta perspectiva possa ser realizado em qualquer lugar ou encontro entre eles e que desta maneira o profissional perceba a subjetividade do usuário e compreenda as suas necessidades que o levaram a buscar a ESF. Esse encontro permite elencar suposições significativas para a percepção das demandas do usuário<sup>6</sup>.

Como recurso de humanização, o acolhimento tem a potencialidade de oferecer maior acesso aos serviços como também colocar o usuário sob a responsabilização de

toda a equipe de profissionais, otimizando o cuidado sensível e integral do indivíduo por meio da equipe multiprofissional<sup>7</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS<sup>1</sup>, o acolhimento tem a capacidade de evidenciar as expectativas do usuário no tocante as maneiras que ele gostaria de ser tratado dentro do sistema de saúde, enquanto usuário do serviço e autônomo em suas decisões. Dessa forma, o acolhimento demonstra-se como um recurso que deve ser usado pela equipe da ESF para qualificar os serviços de saúde, pois garante ao indivíduo cuidado integral e amplo de sua saúde a partir dos princípios do SUS.

O acolhimento tem se mostrado bastante importante para a adesão do tratamento e resolução dos problemas de saúde do usuário por se constituir como uma das primeiras ações desenvolvidas pela equipe da ESF no momento de entrada do indivíduo na unidade<sup>8</sup>.

Diante do exposto e da realidade dos serviços ofertados na APS no município de Iguatu/CE, surgiram alguns questionamentos norteadores desta pesquisa: Como se dão as práticas de acolhimento na relação entre profissional, usuário e ESF? Qual a visão dos usuários diante o acolhimento feito na ESF?

### *Objetivo*

Descrever como se dão as práticas de acolhimento vivenciadas durante a assistência na Estratégia Saúde da Família na perspectiva do usuário.

## **Percurso metodológico**

O presente estudo se constitui como fragmento de uma pesquisa ampla que investigou o acolhimento, vínculos e fluxos na rede de atenção à saúde de Iguatu-CE. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, que se utilizou de uma investigação em campo para obter êxito nos resultados.

A pesquisa descritiva busca a identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo<sup>9</sup>. A pesquisa qualitativa trabalha com a complexidade de um problema, em um nível de informações que não são possíveis de serem quantificadas. Busca compreender as particularidades do fenômeno, dentro de um universo de significados, crenças e atitudes, classificando as vivências dos grupos e possibilitando o processo de mudança da realidade<sup>10</sup>.

O estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2016 nas ESF do município de Iguatu, localizado na região Centro-Sul do estado do Ceará, distante 377 km da capital Fortaleza. O *loci* da pesquisa foi especificamente 15 equipes de saúde da família, lotadas na zona urbana e rural. As equipes eram completas, ou seja, eram compostas por todos os profissionais da equipe mínima de ESF. Os participantes foram trinta usuários da ESF que estavam utilizando os serviços no momento da coleta e foram selecionados mediante critérios de inclusão, sendo: estar cadastrado na ESF, ser maior de 18 anos e aceitar participar livremente da pesquisa. Os usuários que integravam a equipe de saúde da respectiva ESF, os usuários impossibilitados de se comunicarem oralmente com o entrevistador e os que não se enquadraram nos critérios anteriores de inclusão foram excluídos da pesquisa.

Utilizou-se como instrumento para coleta de dados um formulário semi-estruturado. Os dados coletados foram organizados e analisados por meio da Análise de Conteúdo de Minayo<sup>10</sup>. A técnica de análise permite que se transcenda o nível do senso comum ao se criar um pensamento crítico e reflexivo dos dados obtidos quando em diálogo com a literatura<sup>10</sup>. A discussão dos achados foi conduzida pela literatura revisada para a pesquisa envolvendo como temática principal o acolhimento do usuário no SUS no nível da Atenção Primária à Saúde.

A pesquisa obedeceu ao determinado na Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aborda as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta incorpora, sob a percepção do indivíduo e da coletividade, os referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, que visam assegurar os direitos e os deveres a respeito da comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao estado<sup>11</sup>.

A realização da pesquisa teve anuência da Escola de Saúde Pública de Iguatu – ESPI, que permitiu a realização da coleta dos dados. Os participantes do estudo manifestaram seu desejo de participar da pesquisa através da assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri pelo parecer consubstanciado: 1.836.797 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 55335616.4.0000.5055.

## **Resultados e discussão**

A leitura minuciosa dos dados coletados determinou a construção de três categorias, consideradas de grande significância para a compreensão dos resultados da pesquisa. As categorias encontradas são: Atendimento na Estratégia Saúde da Família; Capacidade Resolutiva da Estratégia Saúde da Família; Práticas de Acolhimento na Estratégia Saúde da Família.

### ***Atendimento na Estratégia Saúde da Família***

Essa categoria permite conhecer qual o primeiro acesso do usuário aos serviços de saúde e sua satisfação com o atendimento realizado dentro da Estratégia Saúde da Família. Abordando os participantes da pesquisa com questionamentos norteadores do estudo, foi possível obter resultados suficientes para a construção de três subcategorias: Busca do atendimento; Satisfação com o atendimento.

Existem diferentes abordagens de análise sobre o acesso aos serviços de saúde e essas diferenças demonstram o nível de complexidade do tema, considerando que acesso é um conceito complexo e que muitas vezes é empregado de forma equívoca e pouco claro na sua relação com o serviço de saúde<sup>12</sup>.

Utilizou-se o termo de primeiro acesso para designar a busca de um equipamento de saúde preferencial do usuário para dar entrada no serviço de saúde e conseqüentemente receber os cuidados ofertados ou a continuidade do atendimento.

Para melhor compreensão e organização dos resultados, as respostas foram agrupadas de acordo com a subcategoria, onde, no que se refere a “Busca do atendimento” encontraram-se os seguintes relatos:

“Na unidade de saúde, aqui no posto” (sujeito 1)

“Primeiro se tiver funcionando é aqui no posto, tiver fechado vou pra UPA. Porque moro aqui perto do posto” (sujeito 2)

Os participantes em sua maioria afirmaram que a busca por um equipamento de saúde acontece preferencialmente em um serviço de Atenção Primária a Saúde, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família. A escolha pelo equipamento acontece muitas vezes pelo fato de ser localizado na área da comunidade ou por ser uma forma organizacional pelo qual o município coordena seu serviço de saúde.

Os relatos revelam como a gestão municipal organiza o serviço de saúde, utilizando a ESF como a porta de entrada prioritária do usuário no sistema público de

saúde, reordenando o fluxo de atendimento aos usuários e cumprindo com as conformidades das diretrizes organizativas do SUS.

A obra de Starfiel<sup>13</sup> que é referência nos estudos de APS traz esta concepção de organização dos serviços de saúde, priorizando a entrada do sujeito e comunidade no serviço de saúde por meio da APS, tanto por ser o nível de atenção que detém características dos demais níveis de atenção à saúde, como por ser a ordenadora do cuidado dentro do sistema de saúde.

Embora autores defendam a concepção de uma ESF como a ferramenta que deve reorganizar o modelo assistencial, integrando todos os setores de assistência à saúde, estudo como o de Almeida et al<sup>14</sup> mostra a dificuldade de consolidar a ESF como a porta de entrada preferencial e ordenadora das redes de serviços.

Os diversos momentos do atendimento feito na ESF são refletidos diretamente na satisfação do usuário, indicando a qualidade do serviço prestado, sendo assim, a tríade de profissional-usuário-serviço torna-se extremamente importante para avaliar a qualidade da assistência prestada. Dessa maneira, a boa relação entre profissional e usuário contribui significativamente para um efeito positivo na adesão ao tratamento e satisfação do usuário, como vemos nos relatos:

“Eu sou, porque eu sou bem atendida” (sujeito 3)

“Sim, antes eu estava insatisfeita, muito doente e não tinha atendimento no dia, mas hoje melhorou bastante chega hoje e já é atendido” (sujeito 4)

“É né pelo SUS eu me sinto satisfeita, é na base que é para ser né” (sujeito 5)

Vale ressaltar que o ser humano é complexo e exigente particularidades ao procurar o serviço de saúde, e é por essa perspectiva que a satisfação do usuário não pode ser garantida com soluções únicas e padronizadas<sup>15</sup>.

Dessa maneira percebe-se que o atendimento ao usuário do serviço de saúde não é tão simples, quando considerado as especificidades que cada usuário apresenta ao buscar o serviço, seja por motivos preventivos ou de problemas existentes.

Nesse sentido, a satisfação do usuário é baseada nas consequências de um atendimento pautado em suas necessidades, onde é possível identificar os problemas e buscar as soluções que sejam cabíveis para ele, cabendo então a ESF se adequar as diferentes necessidades a fim de atendê-las<sup>16</sup>.

### ***Capacidade Resolutiva da Estratégia Saúde da Família***

Por meio dessa categoria foi possível averiguar a capacidade resolutiva da ESF através da ótica do usuário. Mediante as perguntas norteadoras da pesquisa, que versavam sobre as dificuldades encontradas e a eficácia das ações, foi possível identificar duas subcategorias relevantes para alcançar o objetivo desta categoria, sendo elas: Dificuldade com exames e Resolutividade dos problemas.

Os participantes da pesquisa ao serem questionados sobre a existência ou inexistência de dificuldades no tocante a realização de atendimento, consultas ou exames, responderam quase de forma unânime a complexidade da realização ou do recebimento de exames realizados através de encaminhamentos para outras unidades especializadas, como mostram os relatos:

“Exames, mas aí também não depende do posto né” (sujeito 6)

“Não, graças a Deus não, atendimento não, às vezes só alguns exames que eles não podem fazer, algum tipo de coisa aí a gente tem que pagar” (sujeito 7)

“Olha, exames é muito difícil porque não depende deles aqui do posto, a gente vai pra secretaria de saúde aí às vezes demora” (sujeito 8)

Percebe-se que o usuário ao se deparar com essas dificuldades no tocante à realização de exames especializados, procura como alternativa a realização do exame em unidades particulares no anseio de receber rapidamente o resultado.

O estudo de Ribeiro<sup>17</sup> buscou identificar as principais dificuldades encontradas pelos usuários quando procuram os serviços de assistência à saúde, onde se destacam em seus resultados algumas situações, como por exemplo, os longos períodos de espera por assistência à saúde especializada, burocracia para marcação de exames laboratoriais e de alto custo e conseqüentemente a demora no recebimento dos resultados.

Essa questão é abordada no estudo realizado por Campos et al<sup>18</sup> ao colocar que a principal razão para o usuário buscar um plano de saúde suplementar está relacionada com a maior rapidez para realizar a consulta ou o exame e a liberdade de escolher o profissional que fará o atendimento.

Enfatiza-se que a resolutividade é a capacidade de promover uma solução para as demandas apresentadas pelos usuários do serviço de saúde de forma adequada, de preferência em local mais próximo de sua residência ou encaminhando-os para onde suas necessidades possam ser atendidas<sup>11</sup>.

No que diz respeito à resolutividade da ESF, os entrevistados foram questionados com relação à capacidade da ESF solucionar os problemas demandados, como também

de que maneira a ESF pode aprimorar o atendimento para melhorar a assistência prestada.

“Resolve, tipo eu peço pra marcar uma consulta aí eles marca, deixa agendado” (sujeito 9)

“Nem todos são resolvidos né, mas a gente resolve em outro canto no hospital” (sujeito 10)

“Sim, eu já procurei uma vez a agente de saúde daqui e ela me ajudou a marcar um exame, ela leva, ela marca e deixa na casa da gente” (sujeito 11)

A resolutividade não deve ser entendida como uma simples execução de tarefas prescritas, nem tampouco a realização de consultas ou procedimentos, devendo ultrapassar esses limites e permear na busca do impacto na saúde coletiva ou individual de um usuário ao procurar atendimento em um serviço de saúde na busca de solução para seu problema<sup>19</sup>.

Nessa perspectiva percebe-se que os profissionais que trabalham na ESF devem garantir à resolutividade dos problemas do usuário por meio de uma atenção contínua às necessidades apresentadas, como também proporcionar acesso aos demais níveis de assistência quando necessário para garantir a integralidade do cuidado.

As práticas de gestão e cuidado precisam viabilizar a resolubilidade das diversas demandas encontradas durante o processo de trabalho no atendimento ao indivíduo e comunidade, respeitando os princípios de integralidade, universalidade e equidade<sup>20</sup>.

Quando discutido sobre o atendimento da ESF no tocante a seu funcionamento e as possibilidades de melhorias para uma melhor assistência, foram encontrados os seguintes relatos nos entrevistados:

“Assim, daqui eu acredito que está bom, mas eles também não têm muito o que fazer, se dependesse deles fazer mais exames da unidade eles faziam, mas eles não podem fazer isso, eles dependem da secretaria né” (sujeito 12)

“É pra mim tá bom, mas pra muitos pode melhorar né, assim melhorar remédio, as vezes consulta não tem médico” (sujeito 13)

“Eu acho que pode melhorar, nisso aí na demanda de atender os pacientes com a médica, poderia ser umas 15 pessoas, mas é só 10” (sujeito 14)

Observa-se que os entrevistados ressaltam a falta de médicos ou a pouca quantidade de fichas que são atendidas por dia como sendo pontos que atrapalham a ESF no atendimento ao usuário.

Gonçalves et al<sup>21</sup> levantam essa questão da falta de médicos na ESF em seu estudo, abordando as más condições de estrutura, excesso de usuários e conseqüentemente a insatisfação com o serviço público como sendo características que justifiquem a falta de médico na ESF.

A falta desses profissionais também se dá devido à concentração que fazem no setor privado, maior fonte de renda e lucro dessa classe de profissionais, fortalecendo conseqüentemente o modelo privatista e o modelo centrado na atenção à doença e não à saúde.

A situação da ESF com relação a falta de médicos não se encontra pior devido o programa Mais Médico, lançado em 2013 pelo Governo Dilma, na perspectiva de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e das periferias das grandes metrópoles do Brasil<sup>22</sup>.

### ***Práticas de Acolhimento na Estratégia Saúde da Família***

Por meio dessa categoria buscou-se discutir as práticas de acolhimento na ESF questionando os entrevistados sobre o ambiente de trabalho/convívio e o acolhimento nas relações interpessoais.

O acolhimento é uma ferramenta de trabalho indispensável para o adequado desenvolvimento das práticas de saúde que propõe, principalmente, o estabelecimento de um vínculo com o usuário. Entretanto, tem-se notado que o acolhimento é oferecido somente no acesso ao serviço de saúde e não como uma atitude profissional necessária em todos os momentos da assistência<sup>23</sup>.

Levando em consideração o ambiente de trabalho e cuidado: quando as condições do ambiente não forem harmoniosas, adequadas e correspondentes às expectativas do profissional e do usuário, conseqüentemente acabam provocando a insatisfação ou frustração no exercício da profissão ou na procura do atendimento<sup>24</sup>.

Ao serem questionados sobre o ambiente da ESF, os entrevistados apresentam semelhanças na maioria das respostas, entretanto também são divergentes nas condições do ambiente que trazem conforto, como mostram as falas:

“Assim, precisa de muitas coisas aqui né, como por exemplo um ventilador, a televisão que não está prestando, assim desconforto é só isso mesmo, mas atendimento pra mim é ótimo” (sujeito 15)

“[...] as meninas são muito atenciosas, enfermeira, doutora, até as meninas que trabalham aqui eu gosto demais porque tem lugar que a pessoa chega e eles não olham nem na sua cara” (sujeito 16)

Observa-se que o conforto é apontado como um ambiente físico que apresenta equipamentos de ventilação, como ventiladores ou ar-condicionado ou como um ambiente que apresenta relações harmoniosas e acolhedoras entre profissional e usuário.

No ambiente em que as pessoas precisam interagir diariamente ou esporadicamente no desenvolvimento de atividades, é preciso que se tenha um equilíbrio harmonioso nas relações entre elas para que nenhum dos lados saia insatisfeito, principalmente no tocante ao cuidado, pois os valores sociais são subjacentes e vão além da competência técnica do profissional no desenvolvimento das atividades<sup>24</sup>.

Lima et al<sup>25</sup> acrescentam que a relação entre o profissional e usuário no cenário da ESF é ampla e complexa e nessa perspectiva permeia aspectos que vão além do ambiente da ESF, envolvendo também a família, comunidade e a equipe de saúde.

Quando questionados sobre o acolhimento ao procurar a ESF, as falas foram positivas no tocante a satisfação:

“Me sinto acolhida porque eles me tratam bem” (sujeito 17)

“Sou bem atendido, sou bem respeitado, tudo que eu quero é com a atendente e a agente de saúde que vai na minha casa também ver como está as coisas” (sujeito 18)

“Sim tenho o que dizer das meninas não, se a gente chega aqui e elas não puder resolver elas diz, às vezes elas bota a gente pra ir pra outro canto, elas resolve tenho o que dizer não” (sujeito 19)

Santos et al<sup>26</sup> abordam o acolhimento e o cuidado humanizado como aspectos que devem ser realizados simultaneamente e de modo contínuo por toda a equipe de saúde, nas diferentes áreas de atuação.

O profissional de saúde deve reconhecer que o acolhimento é papel importante e fundamental para a construção de uma assistência prestada com qualidade, sendo também necessário para a construção do vínculo e do cuidado humanizado, e que por meio dessa ferramenta é possível identificar as demandas apresentadas do usuário, bem como as necessidades reais e potenciais de cada indivíduo.<sup>23</sup>

Silva et al<sup>27</sup> trazem o acolhimento como a ferramenta de trabalho, inserido no grupo das tecnologias leves, que é desenvolvido entre o profissional e usuário produzindo por sua vez uma assistência humanizada e favorecendo a construção de vínculo.

Salvador et al<sup>28</sup> corroboram com as declarações de Silva et al<sup>27</sup> ao abordarem as inovações tecnológicas como fatores contribuintes na qualidade e eficácia das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, visto que as tecnologias em saúde e a humanização devem andar de mãos dadas.

Observa-se nos relatos do entrevistado Sujeito18 a demonstração de confiança com a equipe da ESF, um dos fatores que são estabelecidos quando existe o desenvolvimento do acolhimento de maneira eficaz pela equipe, como menciona o estudo de Garuzi et al<sup>29</sup> onde o mesmo também coloca o acolhimento, no contexto da saúde, como receber bem o usuário, ouvir a sua demanda e buscar compreendê-la e se solidarizar perante ela.

Dessa maneira percebe-se que o acolhimento e o vínculo dentro da ESF tornam-se decisivos na relação profissional e usuário e que por meio dessas ferramentas é possível buscar novos modos de produzir saúde e cuidado.

## **Considerações finais**

Por meio dessa pesquisa foi possível perceber que a ESF é a primeira escolha da maioria dos usuários quando necessitam e procuram o serviço de saúde, como também evidenciar que a ESF dentro do município de Iguatu se configura como a porta prioritária de entrada no SUS.

A avaliação dos usuários quanto a ESF do município de Iguatu mostrou-se positiva em vários aspectos, principalmente no tocante ao acolhimento e atendimento resolutivo, quando de competência da equipe de saúde, embora outros empecilhos como a demora do profissional médico para chegar na unidade e conseqüentemente a demora no atendimento ou no recebimento de exames sejam relatos negativos colocados pelos entrevistados. Desvela, ainda, a dificuldade na marcação de consultas e do número reduzido de fichas para atendimentos.

No tocante a “demora”, muitas vezes relatada pelos entrevistados como aspecto de insatisfação, referindo-se as grandes filas de espera para atendimento especializado ou exames mais complexos que não são ofertados na ESF, fica evidente a fragilidade enfrentada na atenção integral e universal a saúde do município de Iguatu.

Observou-se também que a ambiência é um fator relevante para o acolhimento e satisfação do usuário, onde o ato de humanização não pode ser restrito apenas as

atividades rotineiras e por isso deve ser reconhecido como essencial na prática profissional.

Vale ressaltar que o acolhimento na ótica do usuário em sua maioria é entendido como um elemento que desencadeie na sua satisfação, quando procura o serviço de saúde, ou seja, ser atendido da maneira que deseja e sair com suas necessidades resolvidas se sobrepõe muitas vezes as ações técnicas da equipe.

Acredita-se que a qualidade da assistência está ligada diretamente na satisfação do usuário, pois é o beneficiário direto do serviço, e dos gestores envolvidos na assistência à saúde. Os estudos nessa área são imprescindíveis para o processo de aperfeiçoamento e melhor resolutividade da APS, em especial a ESF. Sendo assim, é necessário que os resultados encontrados e as considerações realizadas sejam pertinentes para que os líderes desse processo, gestores, profissionais de saúde e usuários percebam a importância do acolhimento como ferramenta na assistência à saúde para o aprimoramento da qualidade do cuidado na ESF.

Por se tratar de uma amostra pequena, não se pode generalizar os resultados contidos nesse estudo, pois os indivíduos entrevistados se restringem a um único e restrito município, representando a situação local. Nesse sentido e perante essas limitações, outros estudos relativos ao cenário e local de realização podem ser amplamente investigados como objetos de estudos de outras pesquisas.

## Referências Bibliográficas

1. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde. Cuidados Primários em Saúde: agora mais que nunca. Lisboa, 2008.
2. Silva RM, Andrade LOM. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. *Physis*. 2014; 24(4):1207-1228.
3. Silva TF, Romano VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate*. 2015; 39(105): 363-374.
4. Rezende VA. (Dissertação). (Im)Possibilidade de acesso à atenção à saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais. 2013. [acesso em 2017 out. 10]. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/786M.PDF>

5. Mendes RNS. (Monografia) Humanização e acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de saúde. Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2010. [acesso em 2017 out 17]. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010mendes-rns.pdf>
6. Rocha AS, Spagnuolo RS. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. *Saúde debate*. 2015; 39(104): 124-135.
7. Santana JCB, Fortes NM, Andrade AV, Soares APF, Andrade DOC, Lima JRM. Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais. *R Enferm Cent O Min*. 2012. [acesso 2017 out 15]. 2(2): 166-176. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/199/300>
8. Machado LM, Colomé JS, Silva RM, Sangoi TP, Freitas NQ. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. *J res fundam care online*. 2016. [acesso 2017 out 15]. 8(1): 4026-4035. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3384>
9. Perovano DG. *Manual de Metodologia Científica Para a Segurança Pública e Defesa Social*. P. 230, Curitiba, 2014.
10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 407 p. São Paulo: Hucitec; 2010.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes de Normas Reguladoras de Pesquisas em Seres Humanos: Bioética*. 2012.
12. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc saúde coletiva*. 2012 [acesso 2017 out 10].; 17(11): 2865-2875. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en)
13. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 726p. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
14. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*.

2011. [acesso 2017 nov. 01]. 29(2): 84-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892011000200003>
15. Dias OV, Ramos LH, Costa SM. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-univerSUS*. 2010. [acesso 2017 nov. 01]. 1(1): 11-26. Disponível em: <http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/view/316/452>
16. Lima LP, Machado NSM, Ciribeli JP, Pires VAV. A Qualidade Do Atendimento Público De Saúde: Uma Análise Da Estratégia Saúde Da Família No Município De Astolfo Dutra – Mg. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2015. [acesso 2017 nov. 01]. 6 Suppl 3: 2320-40. Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2014/61/2014\\_61\\_9625.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2014/61/2014_61_9625.pdf)
17. Ribeiro JP, Mamed SN, Souza MR, Souza MM, Rosso CFW. Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás. *Rev Eletr Enf*. 2015. [acesso 2017 nov. 01]. 17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>
18. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CA, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde em debate*; 2014. [acesso 2017 out. 22]. 38(spe): 252-264. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S019>
19. Costa JP, Jorge MSB, Vasconcelos MGF, Paula ML, Bezerra IC. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. *Saúde em debate*. 2014. [acesso 2017 nov. 01]. 38(103): 733-743. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140067>
20. Gonçalves CCT. (Dissertação). Práticas da gestão do sus na atenção básica e o protagonismo dos gestores, trabalhadores de saúde e usuários: uma responsabilidade pública e exercício de cidadania? Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana–BA. 2013. [acesso 2017 nov. 01]. Disponível em: <http://tede2.uefs.br:8080/bitstream/tede/405/2/carolinactg.pdf>.
21. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectiva e trabalho cotidiano. *Rev bras educ med*. 2009. [acesso 2017 out. 15]. 33(3): 382-392. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>

22. Pinto HÁ, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica/Mais Médicos Program and the strengthening of Primary Care. *Divulg. saúde debate*. 2014. [acesso 2017 out. 10]. (51): 105-120. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf>
23. Araújo MAL, Andrade RFV, Melo SPO. Acolhimento como estratégia de atenção qualificada: percepção de Gestantes com hiv/aids em Fortaleza, Ceará. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011. [acesso 2017 nov. 02]. 35(3): 710-721. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2647.pdf>
24. BAGGIO, MA. Human relationships in the work environment: lack of self-care among nursing professionals. *Rev Gaúch de Enferm*. 2010; 28(3): 409.
25. Lima CA, Oliveira APS, Macedo BF, Dias OV, Costa SM. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev Bioét*. 2014. [acesso 2017 out. 25]. 22(1): 152-160. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-80422014000100017>
26. Santos LM, Oliveira DLSN, Santana RCB, Araújo, DD, Silva JD. Percepção de puérperas adolescentes sobre a assistência da equipe de enfermagem no processo parturitivo. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. 2013. [acesso 2017 out. 12]. 4(1): 1563-1575. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18673/gs.v4i1.22991>
27. Silva LM, Barbieri M, Fustinoni SM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *Rev bras enferm*. 2011. [acesso 2017 nov. 01]. 64(1):60-65. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019462009>
28. Salvador P, Oliveira R, Costa T, Santos V, Tourinho F. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. *Rev enferm UERJ*. 2012. [acesso 2017 out. 11]. 20(1): 111-7. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4004/2773>
29. Garuzi M, Achitti MCO, Sato CA, Rocha SA, Spagnuolo RS. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014. [acesso 2017 nov. 02]. 35(2): 144-149. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000200009&lng=en)