

Artigo Original

O Significado do Acolhimento na Perspectiva dos Trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde da Família de Minas Gerais

Kathleen Esli Braga¹, Patrícia Costa dos Santos da Silva² e Livia Ferreira Oliveira³.

1. Acadêmica do 9º Período de Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia, MG, Brasil.

2. Enfermeira. Doutora em Ciências, Área Enfermagem Fundamental, pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professora Adjunto da Universidade Federal de Uberlândia, UFU. Uberlândia/MG, Brasil.

3. Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Subárea Patologia Humana, pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Professora Adjunto I da Universidade Federal de Uberlândia, UFU. Uberlândia/MG, Brasil.

keb_braga@hotmail.com e liviaenfermg@yahoo.com.br

Palavras-Chave

Acolhimento
Atenção primária à saúde
Trabalhadores de saúde

Resumo: Conhecer o significado do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família. Material e Método: Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados foram coletados por intermédio das técnicas de entrevista e diário de campo, obtidas junto aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um bairro de um município do Triângulo Mineiro. Como critérios de inclusão para os trabalhadores ter mais de 18 anos de idade, estar trabalhando na UBSF e aceitar participar da pesquisa. Resultados: A amostra é composta por 12 profissionais que possuem vínculo empregatício na referida UBSF e esse número foi estipulado por se tratar de uma amostra não probabilística e baseada na experiência dos pesquisadores de campo de pesquisa. A análise dos dados possibilitou a construção de duas unidades temáticas: visão fragmentada do acolhimento e visão holística. Buscou-se assim representar a visão holística do acolhimento na sua totalidade, e a visão fragmentada na perspectiva de alguns trabalhadores, onde cada peça significa uma subcategoria. Conclusão: conclui-se que, a maioria dos trabalhadores possui um conhecimento fragmentado acerca do significado de acolhimento, demonstrando dificuldade em reconhecer o acolhimento na sua totalidade. Sendo que cada categoria compõe o acolhimento como um processo constitutivo fundamental das práticas de produção e promoção de saúde, de forma a possibilitar um cuidado integral e humanizado.

Artigo recebido em: 12.09.2018

Aprovado para publicação em: 18.09.2018

INTRODUÇÃO

A política nacional de humanização (PNH) define humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicada no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Dentre as diretrizes da PNH cabe destacar o acolhimento, definido como a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Sendo um dos aspectos que mais tem se destacado nos serviços de saúde é o despreparo dos trabalhadores para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde necessita (BRASIL, 2006).

Nesse cenário, pode-se entender o acolhimento como um dispositivo que favorece o cuidado holístico. Segundo Wanda Aguiar Horta (1979): “A conceituação teórica holística – o homem é um todo – leva necessariamente à maior humanização, cada resposta do organismo envolve todos os recursos da pessoa; o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença”, ou seja, o acolhimento está diretamente de acordo com a proposta de Wanda Horta.

No contexto atual de saúde encontram-se os usuários, buscando a atenção de modo resolutivo, e ainda os profissionais de saúde, que não conseguem responder com os instrumentos e recursos de trabalho disponíveis. Deixando evidente a necessidade de qualificar os trabalhadores de modo a favorecer o cuidado integral do usuário (CAMELO et al., 2016).

Sendo assim justifica-se a realização desta pesquisa para compreender sob a perspectiva do trabalhador de saúde o que ele entende por acolhimento nos serviços de saúde para assim propor novas pesquisas que possam desenvolver ações na perspectiva da PNH e assim serem implantadas de modo a efetivar o cuidado integral do usuário.

Desta forma o objetivo do presente estudo foi conhecer o significado do acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo descritivo-exploratória, e os dados foram coletados por intermédio das técnicas de entrevista e diário de campo, obtidas junto aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) localizada em um bairro de um município do Triângulo Mineiro.

Foram utilizados como critérios de inclusão para os trabalhadores ter mais de 18 anos de idade, estar trabalhando na UBSF e aceitar participar da pesquisa. A abordagem e o recrutamento do grupo pesquisado foram realizados por intermédio de convite verbal na própria UBSF em que estão trabalhando, após liberação prévia da secretária municipal de saúde.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro previamente elaborado pelos pesquisadores com finalidade de caracterizar as condições socioeconômicas dos trabalhadores da UBSF. Além deste roteiro, foi realizada uma entrevista de profundidade com questões norteadoras sobre o significado do acolhimento, com registro dos depoimentos, sob o recurso de gravação com *Smartphone Samsung Galaxy Gran Prime Duos®*, com a finalidade de conhecer o acolhimento na perspectiva dos trabalhadores da UBSF. Os dados foram transcritos imediatamente após a coleta.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, com o número do parecer de aprovação 1.881.199. Os participantes do estudo foram orientados sobre esta pesquisa e seu objetivo, e a seguir assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. E ainda foram oferecidas as informações pertinentes e relacionadas ao sigilo das informações obtidas, com possibilidade de futuras publicações científicas, sem nenhum dado que os identifique. Foram utilizados nomes fictícios com a finalidade de preservar o anonimato e a identidade dos participantes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido termo, conduziu-se a entrevista.

Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo – Modalidade Temática, que compreende, cronologicamente, a pré-análise; a exploração do material, o tratamento dos resultados e, por fim, a interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

A partir da análise do conteúdo é possível se encontrar respostas para as questões formuladas e confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses). Além de permitir descobrir acerca do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado (MINAYO, 2010).

RESULTADOS

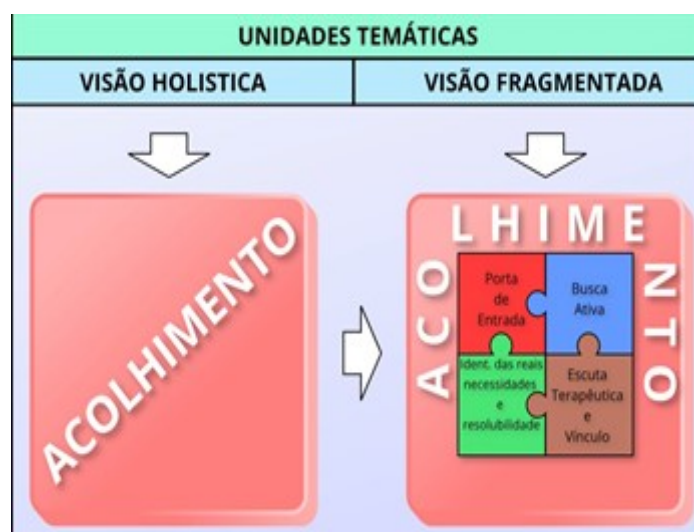
O grupo social pesquisado é constituído por uma amostra composta por 12 profissionais que possuem vínculo empregatício na referida UBSF. Esse número foi estipulado por se tratar de uma amostra não probabilística e baseada na experiência dos pesquisadores de campo de pesquisa, baseada em raciocínios instruídos por conhecimentos teóricos (PIRES, 2008; FONTANELLA et al., 2011). Assim, este estudo foi conduzido até o ponto em que pudemos compreender nosso objeto de estudo por meio da expressão dos seus sentidos e significados até alcançarmos a saturação necessária.

De acordo com os resultados de avaliação socioeconômica dentre os 12 (100%) participantes do estudo todos eram do sexo feminino. Quanto a renda familiar seis (50%) apresentavam renda familiar de um a um a dois salários-mínimos, três (25%) possuem renda familiar maior que três salários-mínimos, dois (16,7%) relataram renda mensal familiar de até um salário-mínimo e um (8,3%) declarou uma renda familiar de dois ou três salários-mínimos. Bem como em relação ao nível de escolaridade em que a maioria realizou o ensino fundamental incompleto oito (66,6%) e apenas quatro (33,4%) ensino superior completo.

Considerando a profissão e ocupação de cada um dos entrevistados dentro da UBSF, temos seis (50%) agentes comunitárias de saúde, dois (16,6%) dentistas, um (8,3%) serviços gerais, um (8,3%) assistente social, um (8,3%) farmacêutica e um (8,3%) técnica de enfermagem.

A análise dos dados possibilitou a construção de duas unidades temáticas: visão fragmentada do acolhimento e visão holística. Buscou-se assim representar a visão holística do acolhimento na sua totalidade, e a visão fragmentada na perspectiva de alguns trabalhadores, onde cada peça significa uma subcategoria (Figura 1).

Figura 1. Representação das unidades temáticas e suas categorias



Fonte: BRAGA, K. E., SILVA, P. C. S, OLIVEIRA, L. F, 2018.

VISÃO FRAGMENTADA DO ACOLHIMENTO

Nesta unidade temática, o significado de acolhimento é percebido pelos trabalhadores de forma humanizada, entretanto, com uma visão fragmentada, desta forma a unidade temática foi subdividida em quatro categorias, que serão apresentadas abaixo:

1. PORTA DE ENTRADA

Nota-se, por meio dos depoimentos dos entrevistados, que a característica de porta de entrada do sistema de atenção à saúde, emerge nas narrativas abaixo:

“[...] o acolhimento é a entrada de uma unidade básica de saúde, assim como em qualquer outro lugar que cuida de pessoas.” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“O acolhimento refere-se à facilidade do acesso do paciente, primeiro contato à atenção primária em saúde.” (Sara/ Cirurgiã Dentista)

Nessa categoria percebe-se pela fala dos trabalhadores que o acolhimento pode ser compreendido como a porta de entrada, peça essencial quando se compreende o acolhimento na sua totalidade.

2. BUSCA ATIVA

A fala a seguir chama a atenção para a questão da busca ativa que é uma peça complementar do acolhimento na visão de alguns trabalhadores:

“Eu entendo que acolhimento na saúde da família é poder identificar as famílias, os pacientes, identificar a demanda, as necessidades. Muitas vezes nós como profissionais da saúde, a gente tem a dificuldade de localizar alguns pacientes, algumas famílias. Nós como saúde da família, a gente faz muitas visitas, a gente não fica totalmente preso a unidade. [...] então, não só aqui, a gente acolhe a população, mas não só com consultas ou marcação de exames, a gente vai atrás desses usuários.” (Lia/Assistente Social)

O que se depreende desse depoimento é que o acolhimento vai além do vínculo profissional-usuário construído no interior do serviço de saúde, transpondo as ações de saúde para além dos muros da ESF, o que reforça esse vínculo com o usuário.

3. ESCUTA TERAPÊUTICA E VÍNCULO

A escuta terapêutica possibilita a construção do vínculo dentro da UBSF, por proporcionar um momento aonde o usuário expressa sua queixa e pode ser ouvido, conforme verbalizado pelos participantes do estudo. Esse aspecto pode ser constatado nas seguintes falas:

“[...] o acolhimento é você ouvir a queixa do usuário, o que ele veio fazer aqui e ouvir, ouvir, ouvir e depois direcionar ele para aquilo que ele veio buscar e tentar direcionar e ajudar mesmo, né?” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é a escuta inicial para poder escutar a pessoa no que ele está precisando, para depois a gente direcionar, para área, assim, pro problema dele, certo, né?” (Rute/Agente Comunitária de Saúde)

“Acolhimento é, pra mim, ouvir o paciente, a queixa dele e tentar resolver a situação que ele precisa [...].” (Isabel/ Agente Comunitária de Saúde)

“Eu acho que é inicialmente estabelecer o vínculo, porque acho que com o vínculo a gente consegue encaminhar melhor o paciente. [...]. Então eu acho que quando a gente estabelece vínculo o paciente passa a confiar na gente e acreditar no que a gente está falando para ele, e ele é melhor atendido.” (Ester/ Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é esse acompanhamento mais de perto do paciente, é como se ele fosse um membro da sua família, [...]. Pra saber onde a gente pode ajudar ele, eu acho que é isso.” (Tamara/Farmacêutica)

Nesta categoria, o conceito de acolhimento é percebido pelos trabalhadores como um espaço para o diálogo, aonde a escuta ativa e o vínculo são estabelecidos.

4. IDENTIFICAÇÃO DAS REAIS NECESSIDADES OU DOS PROBLEMAS DOS USUÁRIOS E RESOLUBILIDADE

O acolhimento foi percebido como um dispositivo fundamental no processo de valorização e de identificação das necessidades de cada usuário:

“[...] De repente o paciente vem querendo uma consulta, ou querendo falar com a psicóloga, mas quando você faz o acolhimento dele, você vê o que ele quer, mas não é aquilo o que ele precisa e você pode ajudar promovê-lo.” (Maria/ Agente Comunitária de Saúde)

“Eu acho que o acolhimento é importante porque a gente consegue identificar erro de medicação, horário, dose. Principalmente pacientes que tomam vários tipos de medicamentos, tem muito esse tipo de erro, e na maioria das vezes eles nem descrevem se tomam a medicação da maneira correta. Então, o acolhimento é importante pra gente poder passar uma orientação pro paciente e poder acompanhar ele mais de perto, saber como que está tomando, sempre ver o que ele está sentindo, se está tendo alguma reação.” (Tamara/Farmacêutica)

“Com o acolhimento a gente identifica muitas demandas, muitos problemas. Nós como PSF, somos um trabalho multiprofissional, então assim, nós conseguimos identificar muitas necessidades pelo acolhimento.” (Lia/Assistente Social)

“A importância do acolhimento no UBSF para mim significa tudo, porque é aqui que a gente vai acolher esse cliente, saber o que esse cliente está precisando, então esse é o início de todo o tratamento de todo o conhecimento da vida desse cliente. [...] então a gente dá atenção a esse cliente, procura saber o porquê que ele veio na unidade e procura resolver da melhor maneira possível, aqui ou encaminhando para onde ele pode ser bem atendido.” (Noemi/Técnica de Enfermagem)

“[...] O paciente quando é acolhido e é bem orientado, vai resolver todos os problemas de saúde, e resolvendo, vai ser um doente a menos [...]” (Rute/Agente Comunitária de Saúde)

“[...] é tentar resolver a situação que ele precisa, porque as vezes ele não consegue ter a solução aqui, mas, as vezes com uma orientação, um encaminhamento, ele consegue encontrar aquilo que ele precisa.” (Isabel/ Agente Comunitária de Saúde)

A partir das falas é possível salientar a importância da identificação dos problemas e da resolubilidade para a garantia de uma referência correta a outros serviços possibilitando uma continuidade do cuidado eficaz.

VISÃO HOLÍSTICA DO ACOLHIMENTO

Nesta segunda unidade temática o acolhimento é reconhecido como um conjunto de ações que buscam valorizar as diferentes dimensões – biológicas, sociais, ambientais, psicológicas, entre outras – que constituem o ser humano, reconhecendo suas características e tratando-as de acordo com suas especificidades. O que acaba por englobar todas as subcategorias que compõe a unidade temática – visão fragmentada do acolhimento (Figura 1).

“[...] não só a questão de doença, é também uma questão social, como por exemplo, casos de mulher e violência, que a gente indica pra mediação de conflitos e a gente tenta também amenizar com as instituições que existe no bairro.” (Maria/Agente Comunitária de Saúde)

“Então o paciente está doente, está numa situação difícil, ele já é barrado nesse primeiro atendimento, de qualquer pessoa que estiver aqui dentro; então eu acho que todas as pessoas da unidade tem que ter boa vontade de fazer esse atendimento e ter sequência depois com os profissionais técnicos e graduados, porque se não, no meio do processo, se não tiver a continuidade desse acolhimento, ele pode parar, ele pode interromper o tratamento dele, por não sentir acolhido em qualquer das etapas do tratamento”. (Raquel/Agente Comunitária de Saúde)

“O acolhimento é tentar entender seu paciente como um todo, não só a queixa principal.” (Débora/Dentista)

Segundo a fala de Maria a visão de acolhimento vai além da dimensão física, perpassando pela área social em consonância com a diretriz da PNH, acolhimento.

DISCUSSÃO

Em relação a caracterização dos trabalhadores da UBSF, a partir da análise do questionário, podemos destacar o processo de feminização que se mostrou intensificado e o número de profissionais de nível fundamental e médio e um menor número de profissionais de nível superior. Sendo justificado pela incorporação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo em sua maioria pertencentes ao sexo feminino e em maior quantidade/peso dentro das unidades. (MARSIGLIA, 2011)

Os resultados do presente estudo permitiram construir duas unidades temáticas, que estão em consonância com as diretrizes nacionais que conceituam o acolhimento, entretanto, em uma das unidades percebe-se que os profissionais identificam o acolhimento de forma fragmentada não conseguindo compreendê-lo na sua totalidade. A percepção de um acolhimento fragmentado por parte dos trabalhadores pode estar relacionada a sua formação profissional e a insuficiente capacitação do serviço (TINTORI et al., 2014).

De acordo com a fala de trabalhadores da UBSF do presente estudo, o acolhimento significou a facilidade do acesso e o primeiro contato à atenção primária a saúde. O acolhimento vem com o intuito de promover uma reorganização dos serviços de saúde a fim permitir o acesso aos serviços. Acabando por ratificar a atenção primária como “porta de entrada” ao Sistema de Saúde e por consequência o contato preferencial dos usuários (BRASIL, 2010).

A busca ativa foi mencionada por um dos trabalhadores como um importante recurso do acolhimento utilizado na UBSF. Esta é uma perspectiva esperada quando se descreve as práticas dos trabalhadores de saúde da atenção básica, uma vez que é apresentada como um princípio político e apontada como uma atribuição de todos os profissionais da UBSF na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

A busca ativa é um instrumento importante do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), que possibilita ao trabalhador da unidade verificar as ausências e presenças dos usuários, conhecer a realidade, condições de vida e vivência, vulnerabilidades, principalmente quando realizado a visita domiciliar – valendo reforçar que a busca ativa nem sempre se traduz em visita domiciliar –. Além de garantir uma aproximação destes usuários com os profissionais de saúde e permitindo assim maior inclusão aos serviços de saúde, revertendo a sistemática pública usual de espera pela demanda (CAMOLESI; TEIXEIRA, 2015).

Alguns trabalhadores quando abordados sobre o acolhimento, colocam a escuta terapêutica e vínculo como elementos que descrevem o significado de acolhimento. Referem ainda que acolhimento é ouvir a queixa e buscar resolver o que o usuário do serviço de saúde precisa. É importante destacar a aproximação dos trabalhadores com a realidade, ou seja, a criação de vínculo permite conhecer a subjetividade de cada família, a forma como cada usuário lida com a saúde e a doença e assim como os problemas relacionados à saúde podem interferir na vida de cada pessoa (VIEGAS; PENNA, 2012). Nesse sentido, ter uma equipe que conheça o usuário e sua família e escute a pessoa é imprescindível.

A identificação das reais necessidades ou dos problemas dos usuários também foi reconhecida como um elemento que descreve o significado de acolhimento. Nota-se que os trabalhadores percebem a relevância de se acolher com base nessa identificação, pois muitas vezes o usuário busca o serviço por outro motivo, que não apenas a sua condição patológica. Desta forma por meio de uma adequada identificação dos problemas pode-se realmente conseguir a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência conforme preconizado pela lei 8.080 (BRASIL, 1990).

Nessa perspectiva é fundamental um envolvimento de uma equipe interdisciplinar de saúde qualificada para otimizar a resolução das ações. Esta nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional do sistema de saúde representado muitas vezes apenas por encaminhamentos, referências e contrarreferências (CORTÊS et al., 2015).

No trabalho resolutivo o atendimento acolhedor, mediante responsabilização das equipes, com atitudes criativas e flexíveis, contribui para a formação de vínculos interpessoais e por fim a autonomia no processo de trabalho na atenção primária (COSTA et al., 2014).

Nesse sentido entende-se que a identificação das reais necessidades do usuário é fator essencial na resoluibilidade dos problemas de saúde.

Por outro lado, a unidade temática, visão holística no acolhimento, surge amplamente dentro do contexto da humanização, que vai de encontro com o referencial teórico de Wanda Aguiar Horta (1979) que é uma referência clássica para os profissionais de enfermagem que por sua vez está em consonância com as diretrizes do SUS. Este é permeado desde a necessidade de cuidado multiprofissional até a visão integral do indivíduo, sendo esta última essencial para fundamentar o cuidado humanizado proposto pela PNH (LEMOS et al., 2010).

Esse cuidado integral também deve priorizar outras necessidades em saúde que também dizem respeito às carências ou vulnerabilidades (PAIM, 2006), cabendo destacar a importância do acolhimento nesse processo. Dois fatores relevantes como a grande demanda e a necessidade de agilidade no atendimento, acabam por fragilizar o atendimento voltado para a totalidade do indivíduo, que necessitam ir além da identificação de processos fisiopatológicos, e permitir a identificação das necessidades implícitas. O que torna necessário compreender que a qualidade da assistência também se baseia nas relações formadas e estreitadas entre profissionais e usuários (GUEDES et al., 2013).

CONCLUSÃO

A partir dos resultados da pesquisa, conclui-se que, a maioria dos trabalhadores possui conhecimento fragmentado acerca do significado de acolhimento, demonstrando dificuldade em reconhecer o acolhimento na sua totalidade. Cada categoria compõe o acolhimento como um processo constitutivo fundamental das práticas de produção e promoção de saúde, de forma a possibilitar um cuidado integral e humanizado.

A pesquisa permitiu observar que essa percepção fragmentada do significado de acolhimento relacionou-se a prática de cada trabalhador dentro da UBSF. Os depoimentos denotaram uma fragilidade acerca do conceito de acolhimento na saúde, principalmente quando considerado um recurso multidisciplinar, uma vez que a realização do acolhimento não deve estar restrita somente a um profissional de saúde. Toda a equipe deve estar envolvida no processo de acolher, pois todo profissional deve estabelecer uma relação com o usuário.

O que, por sua vez, mostra a necessidade do fortalecimento da elucidação deste significado e ainda se faz necessário qualificar a maneira de como o acolhimento vem sendo desenvolvido, pois, se trabalhado de forma desarticulada e isolada, pode ser resumido a uma mera atividade de triagem e descaracterizado de sua principal função: a humanização.

A visão holística de acolhimento está em consonância com os princípios de humanização, onde alguns trabalhadores de saúde rompem com os automatismos na percepção do acolhimento, permitindo, dessa forma, a abertura para a execução de grupos operativos, no qual o potencial dos trabalhadores e seus movimentos sejam explorados em sua totalidade, criando práticas para o acolhimento pautado em um modelo holístico, fugindo do modelo curativista.

Como barreiras para a realização do acolhimento nos serviços, destacaram-se: limites estruturais, algumas questões éticas, como falta de privacidade e sigilo nas interações profissional-usuário; e falta de postura de escuta e comprometimento. Acabam por reprimir o acolhimento pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando as suas bem privadas e as suas individualidades.

Estes obstáculos, em função disso, refletem negativamente tanto para os usuários, que não recebem um atendimento de real efeito, quanto para os trabalhadores, que ficam incapazes de atender a todos com o mesmo critério de qualidade. Causando assim insatisfação de ambos os atores envolvidos no processo do acolhimento. Os sujeitos envolvidos na prática necessitam de respaldo para uma boa atuação.

E, por fim, os resultados, demonstraram a necessidade de estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades de APS. Além de se buscar difundir as experiências positivas na atuação dos trabalhadores, e se estas têm realmente repercussão na qualidade dos serviços de saúde e atendimento ao usuário, compreendendo que é instrumento fundamental na organização de todo o serviço.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2012.
- _____. Lei Nº 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm> Acesso em: abril. 2018.
- 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, 2016.
- CAMOLESI, A.B.; TEIXEIRA, E. **A busca ativa no cotidiano dos assistentes sociais: um estudo de caso a partir dos CRAS de um município de médio porte da região Baixa Mogiana – SP**. Universitas, Brasília, ano 8, n. 15, 2015.
- CÔRTEZ, J.C.S.C.; et al.; Otimização da resolutividade no cuidado em Medicina de Família e Comunidade por meio do apoio matricial: relato de experiência. **Revista de Saúde**, v. 6, n. 2, p. 27-29, 2015.
- COSTA, J.P.; et al.; Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014.
- FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.
- FONTANELLA, B.J.B.; et al.; Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 388-394, 2011.
- HORTA, W.; **Processo de Enfermagem**. ed EPU, 1979.
- LEMOZ, R.C.A.; et al.; Visão dos enfermeiros sobre a assistência holística ao cliente hospitalizado. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 12, n. 2, p. 354-359, 2010.
- MARSIGLIA, R.M.G.; Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, 2011.
- MINAYO, M.C.S.; **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PAIM, J.S.; **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: ed.UFBA; 2006.
- PIRES, A.P.; **Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2008; p. 154-211.
- TINTORI, J.A.; et al.; O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 8, n. 5, p. 1101-1109, 2014.
- VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012, v. 13, n. 2.