FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE PUBLICA

Natália Coelho Araújo

Acesso e recepção na atenção básica

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito para obtenção de título de especialista em Saúde Coletiva.
Orientação: Profº. Leandro Heleno Guimarães Lacerda.

Contagem

2023

FACULDADE SETE LAGOAS – FACSETE

ESPECIALIZAÇÃO EM SAUDE PUBLICA

Natália Coelho Araújo

Acesso e recepção na atenção básica

Contagem

2023

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO_____4

2.OBJETIVOS_____7

2.1 Objetivo Geral_____7

Objetivos Especifcos_____7

3.RESUMO_____8

4.METODOLOGIA_____10

5.REVISÃO DE LITERATURA_____11

6.CONCLUSÃO_____18

7.REFERÊNCIAS_____19

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza, em sua política de saúde, ações que possibilitem a execução dos princípios da universalidade do acesso; a integralidade e a equidade da atenção à saúde; descentralização da gestão; regionalização e hierarquização; e participação popular por intermédio do controle social. O acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la constituem-se como pontos importantes a serem considerados para viabilizar a execução desses princípios e, portanto, devem ser revistos e aperfeiçoados no contexto da prática e da organização dos serviços de saúde. A desqualificação do cuidado ao usuário reflete a falta de comunicação entre profissionais e população, o que impossibilita que as reais necessidades do usuário seja atendida, dificultando a diversificação das práticas de atenção à saúde e fazendo com que os serviços se organizem com demanda limitada de procedimentos (CAMPOS, 2006; LOPES, 2014).

A Política Nacional de Humanização (PNH), idealizada pelo Ministério da Saúde (MS), surgiu como uma proposta para requalificar essa atenção, de modo a manter uma associação entre as formas de produzir saúde e as formas de administrar os processos de trabalho. Esta política objetiva possibilitar inovações nas ações gerenciais e nas ações de produção de saúde, de modo a propor novas formas de organização dos serviços de saúde. As abordagens teóricas e organizativas da PNH demonstram que essa política surgiu para impulsionar a efetivação de um SUS inclusivo, democrático, resolutivo e acolhedor. São conceitos amplificados sobre a humanização, de forma a agregar valores diversos: ‘organizativo’ porque se refere às formas de organizar os serviços de saúde; ‘gerencial’ por abordar o modo de gestão e a coordenação do trabalho desenvolvido; e ‘relacional’ por referir-se ao relacionamento consolidado entre os indivíduos que participam do processo de trabalho em saúde, que são os gestores, os trabalhadores e os usuários (MENDES, 2010; VILAR, 2014).

A PNH fundamenta-se em algumas diretrizes específicas para a Atenção Básica, que enfatiza: a elaboração de projetos individuais; o incentivo às práticas de promoção da saúde; o acolhimento e a inclusão do usuário no sistema, na perspectiva da garantia do acesso e da resolubilidade, além do trabalho em equipe, para gerar uma maior corresponsabilidade na atenção (BRASIL, 2004).

O acolhimento possui três esferas constitutivas: postura, atitude e tecnologia do cuidado; mecanismo de ampliação e facilitação do acesso; e dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Diante disso o acolhimento adquire o discurso de inclusão social em defesa do SUS, possibilitando reflexões e mudanças na organização dos serviços e na postura dos profissionais, na ideia do acesso universal, equipe multiprofissional e na qualificação do vínculo entre usuários e profissionais de saúde (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Dessa forma, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ação que deve existir em todas as relações, no vínculo entre trabalhadores de saúde e usuários, na prática de receber e escutar as pessoas, e deve ser estabelecido como uma ferramenta que: possibilite a humanização do cuidado; amplie o acesso da população aos serviços de saúde; assegure a resolução dos problemas; coordene os serviços; e vincule a efetivação de relações entre profissionais e usuários. Neste sentido, afirmar-se que a prática do acolhimento está presente em todas as relações de cuidado e pode se configurar de diferentes formas dependendo de quem participa dos processos e de como e em que condições este processo se dá. Entende-se que o acolhimento em saúde bucal se apresenta como um dispositivo capaz de organizar e planejar as atividades desenvolvidas no SUS, de forma mais eficiente e produtiva, transformando-se em um importante instrumento de gestão. O acolhimento deve acontecer de maneira contínua e dinâmica em todos os locais e momentos do serviço, e não apenas como o recebimento de uma demanda espontânea,

urgência ou emergência. Considera-se que a capacidade de resposta às necessidades do usuário se traduz de maneira efetiva e se amplia à medida que a prática profissional passa a reconhecer, além das demandas explícitas, as necessidades integrais, interiores e subjetivas do indivíduo no concernente à sua saúde (MOIMAZ et al., 2017).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar o acesso da comunidade e a forma de recepcioná-la na atenção básica.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar o conhecimento da comunidade ao acesso e observar as abordagens para tal.

Analisar a qualidade do acolhimento no serviço de saúde bucal, considerando sua capacidade de resposta às necessidades do usuário.

3. RESUMO

Esta pesquisa aborda reciprocidade entre trabalhadores e usuários, na Estratégia Saúde da Família. Entretanto, aspectos referentes à estrutura física deficiente, à demanda excessiva, à precariedade da rede de referência, à visão médico-centrada, à vulnerabilidade da população, dificultaram as relações mútuas entre os sujeitos. As políticas públicas adotadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) têm passado por sucessivas transformações, buscando reafirmar a saúde como direito universal. O acolhimento, diretriz operacional da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), vem ganhando contornos próprios e relevância na atenção primária à saúde (APS) para garantir acesso humanizado e resolubilidade às demandas de saúde dos usuários e das comunidades no Brasil. A ausência de articulação em redes integradas, o excesso de demanda, a ausência de capacitação e de espaços democráticos e reflexivos para reorganizar o processo de trabalho em saúde têm colocado em questão, de modo cada vez mais incisivo, a potencialidade desta diretriz na operacionalização e qualificação do SUS.

Palavras Chave: Acolhimento; Estratégia Saúde da Família; Humanização da assistência

ABSTRACT

This research addresses reciprocity between workers and users in the Family Health Strategy. However, aspects related to the deficient physical structure, excessive demand, the precariousness of the reference network, the doctor-centered view, the vulnerability of the population, made mutual relations between the subjects difficult. As public policies adopted by the Unified Health System (SUS) they have undergone successive transformations, seeking to reaffirm health as a universal right. Welcoming, operational direction of the National Policy for the Humanization of Care and Management of the SUS (Humaniza SUS), has been gaining its own contours and in primary health care (PHC) to ensure humanized access and resolvability to the health demands of users and communities in the Brazil. The lack of articulation in integrated networks, the excess demand, the absence of training and democratic and reflective spaces to reorganize the health work process, caused in an increasingly incisive way, the potential of this guideline in the operationalization and do the SUS. Keywords: Reception; Family Health Strategy; Humanization of care

4. METODOLOGIA

4.1 Caracterização da Pesquisa

Pesquisa bibliográfica em trabalhos publicados

4.2 Caracterização do Instrumento da Pesquisa e da Coleta de Dados

Pesquisa Bibliográfica nas bases de dados Scielo e Biblioteca virtual em saúde, utilizando as palavras-chave: acolhimento, gestão, saúde bucal e saúde pública.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O acolhimento é a postura diante do usuário em todos os momentos, e um dispositivo capaz de reorganizar o processo de trabalho. É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, e na responsabilização pela orientação e resolução. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. No entanto, existe um alerta para a atribuição exclusiva do acolhimento a recepção, o que gera sobrecarga de trabalho e pouca adesão dos demais profissionais de saúde. (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

Em estudos que propõem pesquisar a percepção do usuário, o acolhimento é discutido como uma postura dos profissionais na recepção, considerada positiva quando baseada no respeito, consideração e atenção dispensada aos usuários do serviço. O acolhimento aparece também referenciado como ajuda, que requer dos profissionais habilidades pessoais para se interessar, compreender e responsabilizar-se pelos problemas do usuário (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

O acolhimento proposto pela PNH ancora-se no protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de dos espaços interdisciplinares e democráticos de discussão. A necessidade do apoio da gestão produção de saúde, que incluem os usuários, os profissionais de saúde e os gestores, enfatizando a necessidade de reorganizar o serviço de saúde com mudanças na forma de gestão, a partir da ampliação para a produção de espaços de reflexão e capacitação do profissional é essencial (BVS, 2008).

O conceito de "acolhimento coletivo" foi introduzido como um dispositivo para ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde, estruturar o processo de trabalho centrado nas necessidades da população, com potencial para formar novas maneiras de produzir o cuidado. Um espaço capaz de incluir a voz do usuário na construção de projetos terapêuticos, e de integrar os profissionais e seus

saberes numa perspectiva "interdisciplinar", na qual os saberes e tecnologias circulam em benefício do cuidado. Vale ressaltar, que o acolhimento coletivo não exclui a necessidade do acolhimento individual e enfatizam um processo de trabalho que resulte, ao mesmo tempo, na realização profissional dos membros da equipe. Diante do exposto, faz-se necessário identificar e discutir as linhas de força, os avanços, os pontos críticos e os desafios do acolhimento na operacionalização e na qualificação do SUS (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

As práticas cotidianas do acolhimento nos serviços de saúde, no entanto, apontam fatores que merecem extrema atenção por parte dos gestores, a existência de conflitos e de desarticulação das equipes, a ausência de reuniões ou espaços para a discussão e reflexões das equipes; e a fragmentação do processo de trabalho pela ausência da participação dos profissionais na formulação das propostas dos serviços (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

É importante que o acolhimento aconteça com classificação de risco como uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis. A classificação de risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento . Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise (BVS,2008).

Em relação ao ambiente para o acolhimento, esta deve produzir segurança e privacidade, já que somente assim, poderá realmente potencializar o encontro entre usuário e profissionais no debate em torno da produção de cuidado, de vínculo e de corresponsabilização em saúde. Em contraposição, em alguns estudos evidenciou-se a negligencia deste aspecto (MITRE; ANDRADE; COTTA, 2012).

De acordo com , Gava *et al.* , 2016, vale enfatizar, ainda, que promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia é o propósito da Política Nacional de Informação e Informática em saúde, com vistas à melhoria dos processos de trabalho em saúde, e à construção de um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para: os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social.

O uso da informação será tão importante e rotineiro quanto melhor a tecnologia para a realização do trabalho do profissional de saúde. Esse uso é reconhecido pelo profissional da ponta quando os resultados do trabalho facilitam a recuperação de históricos dos pacientes e a disponibilidade de informações auxilia na condução do caso assistido. O avanço existe porque o registro eletrônico reduz os erros, padroniza conceitos que podem ser agrupados em um conjunto de dados, dando visibilidade às ações que facilitam diagnóstico e o monitoramento da linha de cuidado de saúde dos indivíduos, possibilitando planejamentos e a tomada de decisão em saúde (GAVA et al. , 2016).

Em sua política de humanização, o Ministério da Saúde, se apropriou de diversas ferramentas para estabelecer redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Entre essas ferramentas, o acolhimento surge como uma prática que possibilita reflexão e mudança nos modos de operar a assistência, pois questiona as questões clínicas e relacionais nos processos de trabalho em saúde e os modelos de atenção e gestão, bem como as relações entre trabalhadores e usuários no cotidiano dos serviços. Pode-se afirmar que o acolhimento, pelo fato de possibilitar a humanização do atendimento, sugere a garantia de acesso a este, entendido como ingresso e apropriação do serviço de saúde oferecido. Refere-se à atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, disponibilizando um feedback que proporcione a solução do seu problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução. Por conseguinte, deverá promover a resolubilidade, já que o objetivo do trabalho em saúde é elucidar efetivamente o problema do usuário. O compromisso com o problema de saúde vai além da assistência propriamente dita, está relacionado também ao vínculo necessário entre o serviço e a comunidade que é usuária. Os critérios que provocam influências na normatização do processo de trabalho do

acolhimento também tem repercussões nas relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários, contribuindo para fortalecer ou enfraquecer os vínculos entre eles. Existem fatores que possibilitam que dádivas como afetividade, respeito, justiça, responsabilidade e cuidado para com o próximo circulem dentro das relações de reciprocidade, destacando-se o acesso (ao profissional e ao serviço), a resolutividade, a atitude acolhedora e a responsabilização para com os usuários. Porém, há outros fatores no discurso que impedem as relações recíprocas entre trabalhadores e usuários, como estrutura física deficiente, demanda excessiva, precariedade da rede de referência, visão do usuário médico-centrada, vulnerabilidade da população e não entendimento do usuário sobre o acolhimento. Esses fatores permitem o desafeto, a descrença, desconfiança, desrespeito e injustiça. (GAVA et al. , 2016).

Portanto, é importante discutir sobre o tipo de sentimento que cada caso produz no profissional: indiferença burocrática; desafio profissional; vontade de ajudar; e indisposição em função de alguma característica do usuário, como alcoolismo, dependência de drogas, violência, religião, ideologia etc. Do mesmo modo, o usuário oferece, aos profissionais e ao serviço de saúde, diferentes afetos que necessitam ser compreendidos pelos dois lados: dependência absoluta do técnico; esperança mágica; revolta; e desafio, entre outros. Esses sentimentos não devem impedir as relações recíprocas nem comprometer o vínculo de cuidado entre trabalhadores e usuários (GAVA et al. , 2016).

Silva, Romano 2015, realizaram um estudo descritivo e exploratório em duas Unidades Básicas de Sáude (UBS) no município do Rio de Janeiro: uma Clínica da Família (CF) e um Centro Municipal de Saúde (CMS), entre os meses de julho e agosto de 2013. A pergunta que motivou o estudo foi: como vem sendo realizado o acolhimento nas UBS no município do Rio de Janeiro, considerando a Politica Nacional de Humanização, a Política Nacional de Atenção Básica e a Carteira de Serviços do município?

Os sujeitos da pesquisa foram, portanto, os próprios trabalhadores da saúde, em um universo de 22 profissionais pesquisados, a saber: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, técnico de higiene dental, Agente de Vigilância em Saúde (AVS), Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar de portaria, auxiliar de serviços gerais, um profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) e o gerente de ambas as unidades. Foram realizadas 11 entrevistas por unidade de acordo com as categorias apresentadas. Os critérios de inclusão para escolha dos profissionais foram aplicados nas duas UBS pesquisadas, a saber: tempo de atuação na atenção primária, especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF); possuir especialização na área da atenção primária, quando profissional médico, enfermeiro e dentista, e outros cursos específicos relacionados à atenção primária ou saúde da família, quando profissionais de nível médio.

O contato inicial com o campo e com os profissionais, em um primeiro momento, foi realizado sem a identificação prévia do pesquisador, permitindo realizar escuta, vislumbrar posturas e o manejo dos profissionais durante o atendimento. Assim, o pesquisador pôde identificar um padrão de solidariedade entre os profissionais, gerando potência no processo de trabalho, permeado por momentos de fragilidade. Ou seja, o pesquisador percebeu, nas duas unidades pesquisadas e sem grandes diferenças entre si, uma atitude geral de apoio e tentativa de resolubilidade dos problemas trazidos pelos usuários, apesar de também ter observado atitudes contrárias a estas, sinalizando que nem todos os profissionais e nem todos os serviços de saúde promovem um cuidado esperado. A competência individual de cada profissional dentro das unidades e a implicação do coletivo com o processo de trabalho não foi uniforme, uma vez que em muitos momentos a desinformação dos profissionais, a falta de espaços de fala e de escuta entre trabalhadores e usuários, contribuíram para a perpetuação de um descuidado. Observou-se que os usuários desconheciam o trabalho em equipe desenvolvido na ESF, e poucos valorizavam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo ‘exame e o medicamento’ nas unidades de saúde. Por outro lado, os trabalhadores tinham dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho. Quando o pesquisador se identificou para os profissionais, eles se empenharam em ofertar possibilidade de compreensão

sobre o envolvimento e entendimento da importância do acolhimento para a organização do processo de trabalho nas unidades, gerando como consequência, um reconhecimento dos serviços e fluxos de acolhimento adotados. Nas duas unidades, de acordo com o modelo de atenção e a estrutura física, existiam fluxos que direcionavam o acesso aos serviços. Foi possível identificar similaridades relacionadas à postura e ao comportamento dos profissionais e usuários de acordo com a demanda de atendimento. Na prática, no entanto, percebeu-se através das entrevistas e observação realizadas uma sobrecarga de trabalho do profissional ACS que assume o papel de acolher os usuários na recepção da unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos e ações realizados e que ainda atua como facilitador do acesso, organizando a demanda de atendimento dos que procuram o serviço diariamente. O papel que esse profissional desempenha na atenção primária, especificamente, no acolhimento, precisa ser repensado. Os ACS são os que mais acolhem os usuários nas unidades. Ainda precisa ser analisado, os recursos que esse profissional possui para atendimento das demandas pelas quais se torna responsável, considerando sua atuação e as responsabilidades. Considerando a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento, vimos que o encontro entre o profissional e o usuário fundamenta a postura dos profissionais, trazendo como exemplo o profissional de nível superior, que pouco se envolveu com o acolhimento em si, fazendo-nos supor que quanto maior o grau de formação dos profissionais maior o seu distanciamento com o acolhimento. Os profissionais de nível superior pouco estavam implicados com o acolhimento e assumiam a função de responder de forma pontual às demandas, salvo algumas exceções, quando consideramos o trabalho do enfermeiro na regulação do acolhimento (Silva, Romano, 2015).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), (BRASIL, 2012) estabelece que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou diminuir os danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Entender o acolhimento dentro dessa lógica de promoção e prevenção da saúde, não esquecendo a parte

curativa, exige envolvimento dos profissionais e entendimento da necessidade de longitudinalidade do cuidado. Para isso, ele deve se iniciar desde a recepção, que é a porta de entrada da unidade, mas não deve ser reduzido a ela, pois como diretriz clínica se destina à organização do serviço e do processo de trabalho, na garantia do acesso qualificado, resolutivo, baseado na construção do vínculo, tendo como princípio a integralidade do cuidado. Um acolhimento bem feito direciona o paciente dentro da unidade, ele entende o fluxo e como é que a unidade funciona. Se acolher implica singularizar – entender a demanda ou necessidade do usuário como algo individual – envolver-se com o processo, com o trabalho proposto, parece ser uma evidente necessidade; principalmente quando associamos a capacidade resolutiva do acolhimento à capacidade de escuta do profissional e à sua capacidade de resolver ou de buscar respostas para as demandas encontradas. A Politica Nacional e Humanização (PNH) enfatiza que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de ‘abrigar e agasalhar’ outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada para cada caso. Já a PNAB (BRASIL, 2012) atribui a todos os membros da equipe a participação no acolhimento dos usuários, realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo.

6. CONCLUSÂO

Considerando a dimensão relacional ocupada pelo acolhimento, vimos que o encontro entre o profissional e o usuário fundamenta a postura dos profissionais, trazendo como exemplo o profissional de nível superior, que pouco se envolve com o acolhimento em si, fazendo-nos supor que quanto maior a grau de formação dos profissionais maior o seu distanciamento com o acolhimento. O envolvimento e a aproximação da gerência com as dificuldades apontadas, reuniões específicas com o corpo técnico das unidades, reuniões periódicas com os ACS, participação nas reuniões de equipe e abertura de espaços de discussão nas reuniões gerais, são estratégias que podem contribuir para identificação de prioridades e corresponsabilização dos profissionais, já que no dito, o acolhimento foi visto como dispositivo capaz de contribuir para reorganização do processo de trabalho. Destaca-se que é preciso a realização de ações que possibilitem o acolhimento ao usuário, a criação de vínculo e a resolutividade dos problemas de saúde apresentados pelo mesmo e pela comunidade na qual está inserido. Para tanto, faz-se necessário investimentos governamentais na infraestrutura das Unidades de Saúde da Família, na qualificação profissional, e, no processo de trabalho das equipes de saúde que deve estar ligado a uma rede intersetorial eficiente. A recepção também pode mudar, utilizando-se a classificação de risco e também um pós-consulta, ou seja, uma orientação ao usuário depois da consulta, a partir do encaminhamento que tiver sido feito na consulta.

E ainda é essencial ampliar a qualificação técnica dos profissionais e das equipes de saúde para proporcionar essa escuta qualificada dos usuários, com interação humanizada, cidadã e solidária da equipe, usuários, família e comunidade.

7. REFERÊNCIAS

Acolhimento. Biblioteca Virtual em Saúde. Novembro de 2008. Disponivel em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>

MENDES, R. N. S. Humanização & acolhimento: uma revisão sistemática de literatura sobre a assistência no Sistema Único de Saúde. 2010. 40 f. Monografia (Especialização em Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

VILAR, R. L. A. Humanização na Estratégia Saúde da Família. São Caetano do Sul: Yendis, 2014.

LOPES, A. S. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

SILVA TF, ROMANO VF. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. Saúde Debate. V. 39, n. 105, p.363-374, abr jun 2015.

Marília Gava, Lisiane Seguti Ferreira, Dario Palhares, Eduardo Luiz Andrade Mota Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. Ciência & Saúde Coletiva, 21(3):891-902, 2016.