

Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família

Reception of children in primary health care: a study on attitudes by family health team members

Liliane da Consolação Campos Ribeiro ¹
Regina Lunardi Rocha ²
Maria Letícia Ramos-Jorge ¹

Abstract

This was a descriptive cross-sectional study with parents and guardians (n = 384) of children enrolled under six family health teams, using the Primary Care Assessment Tool (PCATool). Characteristics of the children were: 52.9% girls; 55.5% < 3 years of age; and 71.6% living with both parents. For 77.6%, the reference service for health care was the family health facility. In relation to reception and attitudes, 74.2% of parents reported that the health professional understood their complaints and questions, and 79.2% reported that the health professional responded in such a way that parents could understand. A total of 77.2% of the parents/guardians stated that they were always able to talk to the health professional when needed, and 73.8% felt comfortable about this dialogue. These results indicate that the family health team's reception of children and their attitudes in these services have allowed satisfactory user-provider interaction, an indispensable factor for quality health care.

User Embracement; Family Health; Child Health; Primary Health Care

¹ Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, Brasil.
² Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Correspondência

L. C. C. Ribeiro
Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.
Rua da Glória 187,
Diamantina, MG 39100-000, Brasil.
lilianeribeiro@hotmail.com

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao se configurar como uma política de reorganização da atenção primária à saúde no Brasil a partir de 2006, propõe aplicar os preceitos técnicos assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), com base na universalidade, integralidade, equidade, resolutividade e participação social ¹.

Atualmente, a equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até dez agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental ¹. A partir de 2008 outros profissionais puderam ser incorporados a esta equipe por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ². Esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e articular com vários atores sociais a fim de promover uma qualidade assistencial ³.

Conforme Ribeiro et al. ⁴, a qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde, dentro de uma abordagem acolhedora, que assegure continuidade e a coordenação da atenção. Portanto a percepção dos usuários sobre a postura dos profissionais da ESF é de fundamental importância uma vez que constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a

resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também adequar o serviço às expectativas da população adscrita.

Um pilar essencial na construção deste novo modelo de atenção é a humanização, política do Ministério da Saúde do Brasil, que tem como eixo norteador o acolhimento nos serviços de saúde ⁵.

Importante destacar que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si o comprometimento de “abrigar e agasalhar” aqueles que procuram o serviço, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde ⁵.

Teixeira ⁶ é um dos autores que trabalha com abordagens do acolhimento enquanto modo de se relacionar com os usuários e o define como “rede de conversações”. O autor propõe a adoção do termo “acolhimento-diálogo” para determinar o tipo de conversa que deve ocorrer dentro dos serviços de saúde imprescindível para o desempenho técnico assistencial da unidade de saúde.

Neste sentido, o acolhimento busca junto às instituições de saúde, ampliar o grau de coresponsabilidade dos atores ⁷, que constituem a rede assistencial, na produção de saúde, e requer a mudança na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho ⁸.

De acordo com Morais ⁹, esta mudança na atenção à saúde implica, acima de tudo a criação de vínculos entre os profissionais e usuários por meio de uma postura acolhedora, garantindo os seus direitos, bem como de seus familiares. Em relação à gestão dos processos de trabalho, esse mesmo autor ressalta que significa buscar uma aproximação entre a oferta de ações e serviços às necessidades e demandas da população.

Assim, o trabalhador da saúde deve ser empático com o usuário, a fim de sentir quais são suas necessidades, atender, orientar e ou direcionar para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas ¹⁰.

Não significa a resolução completa do problema, mas atenção dispensada na relação que envolve a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades e a sua transformação em objetos de ação em saúde ¹¹.

Neste trabalho, objetivou-se avaliar o acolhimento na perspectiva da postura profissional da equipe de saúde da família na sua forma de receber, escutar e de aproximar quem cuida de quem é cuidado, na visão dos responsáveis por crianças.

Procedimentos metodológicos

Localização geográfica

Essa pesquisa foi realizada na sede da cidade de Diamantina, Minas Gerais, localizada a 292km da capital. Em 2009, o município contava com cinco equipes de saúde da família, com cobertura em torno de 60% da população, quatro equipes de ACS, dois hospitais, uma central de marcação de consultas. Os cenários do estudo foram as suas cinco equipes de saúde da família: Renascer; Viver Melhor; Sempre Viva; Bela Vida e Diamante Vida.

Delineamento do estudo

Foi realizado estudo quantitativo descritivo transversal representativo da sede do Município de Diamantina para verificar a prática do acolhimento às crianças de 0 a 6 anos em unidades de saúde da família.

A prática do acolhimento foi avaliada por meio da postura dos profissionais frente aos responsáveis pelas crianças.

• Amostra

A população desta pesquisa foi composta por crianças entre 0 a 6 anos de idade cadastradas nas cinco equipes de saúde da família da sede do Município de Diamantina.

O cálculo amostral foi realizado adotando-se uma prevalência de 50% um erro de 5% e nível de 95% de confiança. A amostra foi composta por 384 crianças.

Após a definição da amostra, foi obtida a relação das crianças cadastradas nas fichas de cadastro familiar (ficha A) das equipes de saúde família. A partir dos seguintes critérios de inclusão: crianças com idade entre 0 a 6 anos, uma criança por domicílio, quando houve mais de uma criança por domicílio foi escolhida a mais velha.

As crianças, então, foram selecionadas por meio da amostragem aleatória sistemática estratificada, fez-se, então, a distribuição de modo proporcional a real distribuição das crianças pelas equipes de saúde da família.

Obtenção dos dados

Foi utilizada, para coleta de dados, parte do instrumento elaborado por Bárbara Starfield e validado no Brasil, por Harzheim et al. ¹², chamado *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária em Pediatria* (PCATool) que respondia ao objetivo do estudo. O instrumento possui perguntas

semi-estruturadas e de fácil compreensão, que devem ser aplicadas ao cuidador principal da criança em seu domicílio.

Os dados foram coletados no período de maio e junho de 2009. Os entrevistadores foram recrutados entre os acadêmicos do curso de enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

A equipe recebeu treinamento de 40 horas com discussão do questionário, entrevistas simuladas e esclarecimentos sobre temas da pesquisa. O estudo piloto testou o planejamento da pesquisa e permitiu a avaliação do questionário.

Análise estatística

As informações coletadas pertinentes ao objetivo proposto neste artigo foram digitadas em um banco de dados no programa SPSS versão 12.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos) a partir do qual se realizaram a análise de frequência das variáveis categóricas e descritiva das variáveis quantitativas.

Aspectos éticos

Durante toda a pesquisa foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos pela *Resolução nº. 196/96* do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo obteve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Diamantina e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº. ETIC 643/2008 Após a explicação formal da pesquisa, todos os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Em relação às 384 crianças 52,9% (n = 203) eram do sexo feminino, 55,5% (n = 213) menores de 3 anos e 71,6% (n = 275) viviam com o pai e a mãe, seguido de 26,6% (n = 102) que viviam só com a mãe. A média da idade das mães foi de 28 anos (DP = 6,6) e dos pais 35 anos (DP = 7,95).

Em 87,5% dos casos a mãe foi identificada como a pessoa mais capacitada para relatar o atendimento à saúde da criança, seguida da avó, (7,6%). A maioria das mulheres entrevistadas tinha como atividade principal a de dona de casa (57,4%).

As crianças residem em domicílios de tijolo 86,7% (n = 333), 98,5% (n = 378) com água encanada, 93,2% (n = 358) com vaso sanitário em casa, e 71,1% (n = 275) residem com até cinco pessoas. A renda de 52,9% (n = 203) das famílias

é menor que dois salários mínimos e 117 (30,5%) não quiseram relatar.

O serviço de referência para o atendimento à criança foi a unidade de saúde da família com 77,6% (n = 298), seguido de 13,3% (n = 51) um consultório específico de um médico ou clínica privada.

As razões da escolha pela unidade de saúde da família como serviço de referência foram apontadas por 61% (n = 182) dos responsáveis por ser um local definido, 25% (n = 74) por causa da enfermeira e 12,5% (n = 37) por causa do médico.

A Tabela 1 mostra a experiência dos 298 responsáveis pelas crianças frente ao acolhimento/postura dos profissionais das unidades de saúde da família durante o atendimento em relação à escuta qualificada, interpretação das perguntas, respostas, tempo para o atendimento, se o usuário se sente à vontade frente ao profissional e se no local a criança é reconhecida com atenção.

Discussão

Harzheim¹³ destaca que a única maneira de se avaliar a experiência do usuário frente aos serviços de saúde é por meio de suas opiniões, no caso das crianças, devido à idade, cabe a opinião de seus responsáveis.

Na pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por Harzheim¹³, os valores encontrados para os serviços de referência para a criança foram de 74,4% a unidade de saúde da família, seguido dos consultórios particulares 11,1%, assemelhando aos nossos achados.

A ESF tem se configurado como uma política impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde. Segundo conceitos do Ministério da Saúde¹ trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o objetivo de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados. Atua sob a luz dos princípios de integralidade, hierarquização, territorialização e trabalho em equipe interdisciplinar, tem como uma de suas principais metas a redução das desigualdades regionais por meio de intervenções personalizadas e individualizadas.

Assim considera-se fundamental o serviço de referência para o atendimento infantil ser a ESF ao considerar esta política governamental como reestruturadora dos princípios norteadores do SUS.

Esperava-se, no entanto, que estes resultados fossem maiores, uma vez que todas as crianças estavam cadastradas pelas equipes de saúde e

Tabela 1

Acolhimento/postura dos profissionais das equipes de saúde da família frente aos responsáveis por crianças. Diamantina, Minas Gerais, Brasil, 2009.

Perguntas	n	%	% acumulado
Profissional entende o que você diz?			
Nunca	12	4,0	4,0
Poucas vezes	21	7,0	11,0
Muitas vezes	30	10,1	21,1
Sempre	221	74,2	95,3
Não sei	14	4,7	100,0
Total	298	100,0	
Profissional responde de maneira que você entende?			
Nunca	3	1,0	1,0
Poucas vezes	20	6,7	7,7
Muitas vezes	27	9,1	16,8
Sempre	236	79,2	96,0
Não sei	12	4,0	100,0
Total	298	100,0	
Em caso de dúvidas pode conversar com o profissional?			
Nunca	8	2,7	2,7
Poucas vezes	27	9,0	11,7
Muitas vezes	28	9,4	21,1
Sempre	230	77,2	98,3
Não sei	5	1,7	100,0
Total	298	100,0	
O profissional lhe dá tempo para falar de suas preocupações?			
Nunca	12	4,0	4,0
Poucas vezes	33	11,1	15,1
Muitas vezes	32	10,7	25,8
Sempre	216	72,5	98,3
Não sei	5	1,7	100,0
Total	298	100,0	
Você se sente a vontade para falar com o profissional?			
Nunca	14	4,7	4,7
Poucas vezes	22	7,4	12,1
Muitas vezes	37	12,4	24,5
Sempre	220	73,8	98,3
Não sei	5	1,7	100,0
Total	298	100,0	
No local a criança é reconhecida com atenção?			
Nunca	3	1,0	1,0
Poucas vezes	18	6,0	7,0
Muitas vezes	35	11,7	18,7
Sempre	241	80,9	99,6
Não sei	1	0,4	100,0
Total	298	100,0	

deveriam, mensalmente, receber a visita do ACS. Ainda, conforme as diretrizes do atendimento infantil propostas pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) ¹⁴ essas deveriam ser acompanhadas em relação à imunização, crescimento e desenvolvimento, promoção ao aleitamento materno, acompanhamento de crianças em risco nutricional, prevenção de todas as formas de acidente, assistência às doenças prevalentes na infância: diarreia, infecção respiratória aguda, anemias, parasitoses e assistência e prevenção às doenças bucais.

Ao direcionarmos a análise ao objetivo principal do trabalho, que consiste no acolhimento enquanto postura do profissional de saúde frente aos responsáveis pelas crianças, observa-se que a maioria dos responsáveis considera satisfatória a postura dos profissionais, uma vez que em todas as respostas o resultado foi superior a 70%, valor maior ou igual ao escore 3. No entanto, no estudo realizado por Cotta et al. ¹⁵ os usuários avaliaram a postura acolhedora do profissional da equipe de saúde da família frente aos usuários, superior a 93%.

Entende-se como postura acolhedora a forma de relação entre o serviço/usuário com escuta qualificada para desvelar as necessidades dos que buscam a unidade de saúde da família para uma produção do cuidado, da autonomia no modo de viver a vida e da queixa biológica que os levaram a procurar o serviço de saúde, de ser alguém singular ¹⁶.

Destaca-se aqui a inserção da postura acolhedora dos demais profissionais da equipe, que pode ter contribuído para a busca do atendimento à saúde nestes serviços, independente de quem fosse atender a criança. Já que, a maioria dos responsáveis respondeu que procura a ESF independente de quem o atende e, ainda quando questionados se nesta unidade a sua criança era atendida com atenção, obtivemos a única resposta superior a 80%.

Starfield ¹⁷ apresenta que uma das principais dificuldades da resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde encontra-se na postura dos profissionais frente aos usuários dos serviços, muitas vezes direcionando as atividades assistenciais para a doença e não para a pessoa; ao número de atendimentos e não para a qualidade da atenção; impedindo a formação de vínculos e serviço integral.

Em pesquisa realizada por Tavares ¹⁸ a maioria dos familiares relatou ter dificuldades no entendimento das informações prestadas pelo médico da equipe, a vergonha dos pais em perguntar ou dizer que não compreendem o que foi dito pelo profissional de saúde é a principal causa. Esta postura aponta para relações hierarquizadas

de forma vertical, o que dificulta o processo de co-construção.

A assistência humanizada deve se dar na combinação dos conhecimentos técnicos de um profissional e de sua capacidade de interação com o outro, que vai desde saber trabalhar em equipe até a forma como interage com quem está sob os seus cuidados. Assim é que a postura profissional torna-se um importante instrumento para a humanização, pois por meio dela pode ocorrer uma maior interação do profissional com o cliente.

Para Merhy ¹⁹, esta ação em saúde condiz com a utilização de toda a tecnologia disponível por parte do trabalhador para chegar ao diagnóstico e adequado tratamento a cada caso que lhe é apresentado, finalizando com uma alteração no quadro do usuário e com a sua satisfação.

É relevante ressaltar que, apesar de a metodologia empregada nesta pesquisa também ter sido utilizada em outros estudos ^{12,20,21} algum viés de avaliação positiva por parte do usuário, supervalorizando a qualidade do atendimento recebido, pode estar contido no presente trabalho.

Embora as entrevistadoras tenham reforçado a confidencialidade dos dados e assegurado aos usuários entrevistados que a participação neste estudo não prejudicaria a assistência nos serviços de saúde tal fato pode ter ocorrido, tendo em vista, que os usuários que foram avaliados no estudo tinham como referência para o atendimento infantil a ESF, e o usuário pode ter emitido respostas positivas com receio de represálias, como a dificuldade de acesso às unidades de saúde da família. Outra possibilidade de viés que poderia ser atribuída ao presente estudo, estaria ligada ao fato de os entrevistadores conhecerem os objetivos da pesquisa, que foi minimizado com o estudo piloto e o treinamento dos pesquisadores.

Considerações finais

Com este trabalho analisou-se o acolhimento em uma de suas nuances, que é a postura do profissional frente aos responsáveis pelas crianças atendidas. Pode-se constatar que os responsáveis pelas crianças consideram satisfatória a postura dos profissionais, uma vez que em todas as respostas o resultado foi superior a 70%.

A caracterização “acolhimento-postura” proposta nesta pesquisa contribui, ainda que parcialmente, para a avaliação dos serviços em busca de um cuidado integral.

Contudo, faz-se necessário que os profissionais da saúde da família repensem suas práticas e atuem em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.

O número de crianças que tem como referência para a sua assistência a ESF é satisfatório (77,6%), mas deve melhorar, uma vez que todas as crianças têm o seu cadastro no serviço e estão na área de atuação da unidade. Desses responsáveis, que têm como referência a saúde da família para o atendimento à criança, relataram que procuram por este serviço independentemente de quem vai atender à criança (61%), o que destaca a participação dos demais profissionais desse serviço, seguido do enfermeiro (25%) e do médico (13%).

Fazem-se necessárias novas pesquisas de avaliação da prática do acolhimento envolvendo os seus outros atributos, tais como: acessibilidade, vínculo, resolutividade, reorganização da assistência, uma vez que o acolhimento tem se constituído como um pilar para a Política Nacional de Humanização e contribui diretamente na consolidação da ESF como responsável pela reorganização da atenção primária à saúde.

Resumo

Trata-se de estudo descritivo transversal, realizado com 384 responsáveis por crianças cadastradas em seis equipes de saúde da família. Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool). Em relação às crianças, 52,9% eram do sexo feminino, 55,5% menores de 3 anos, 71,6% viviam com o pai e a mãe. O serviço de referência para o atendimento foi a unidade de saúde da família 77,6%. Em relação ao acolhimento/postura, 74,2% consideram que o profissional entende o que ele diz e pergunta, e 79,2% respondem da forma que o cuidador da criança entende. Para 77,2% dos responsáveis sempre que precisam conversar com o profissional eles conseguem, e 73,8% se sentem à vontade para falar com o profissional. A partir destes resultados pode-se inferir que o acolhimento/postura nestes serviços tem permitido uma interação usuário- profissional satisfatória, imprescindível para um atendimento à saúde com qualidade.

Acolhimento; Saúde da Família; Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde

Colaboradores

L. C. C. Ribeiro participou da descrição do projeto, coleta e análise dos dados, escrita do artigo. R. L. Rocha colaborou na correção durante a descrição do projeto, na coleta de dados, na análise e redação do artigo. M. L. Ramos-Jorge contribuiu na correção, na análise estatística e na redação do artigo.

Agradecimentos

Ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) pelo financiamento.

Referências

1. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº. 154, de 25 de janeiro de 2008. Cria Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União 2008; 25 jan.
3. Ribeiro LCC, Ribeiro M, Dias KS, Matos KA, Ferreira TS. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm* 2008; 13:448-52.
4. Ribeiro EM, Chomatas ERV, Caputo Neto M. Integralidade e redes de atenção básica e saúde familiar: a experiência do município de Curitiba-Paraná. In: Fernandes AS, Seclen-Palacin JA, organizadores. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004. (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8). p. 37-61.
5. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
6. Teixeira RR. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10:585-97.
7. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Humaniza-SUS Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. Santos AM, Assis MMA, Rodrigues AAAO, Nascimento MAA, Jorge MSB. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoíneas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 75-85.
9. Moraes MST. Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF: discurso de enfermeiras [Dissertação de Mestrado]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2005.
10. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2003; 19:27-34.
11. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev Esc Enferm USP* 2004; 38:143-51.
12. Harzheim E, Starfield B, Rajmil L, Álvarez-Dardet C, Stein AT. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do *Instrumento de Avaliação da Atenção Primária* (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1649-59.
13. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre [Tese de Doutorado]. Alicante: Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.
14. Fundo das Nações Unidas para a Infância. O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2005.
15. Cotta RMM, Marques ES, Maia TM, Azeredo CM, Schott M, Franceschini SC, et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci Med* 2005; 15: 227-34.
16. Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 15-35.
17. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
18. Tavares GR. Visão sistemática da prematuridade: as interações família e equipe de saúde diante do nascimento de risco [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
19. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 117-60.
20. Ribeiro LCC. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
21. Ribeiro CDAL. Avaliação dos atributos da atenção primária: um enfoque sobre a saúde infantil na estratégia de saúde da família em Montes Claros-Minas Gerais [Dissertação de Mestrado]. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros; 2009.

Recebido em 05/Abr/2010

Versão final representada em 02/Ago/2010

Aprovado em 19/Ago/2010