

# ACOLHIMENTO, ALTERIDADE E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

## Users embracement, alterity and the family health strategy

Sandra de Oliveira Saes<sup>1</sup>

José Rays<sup>2</sup>

Márcia Ap. Nuevo Gatti<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Sandra de Oliveira Saes. Fonoaudióloga. Doutora em Pediatria. Professora da Universidade do Sagrado Coração. Aluna do curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru.

<sup>2</sup>José Rays. Médico. Aluno do curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru.

<sup>3</sup>Márcia Ap. Nuevo Gatti. Professora Doutora em Doenças Tropicais. Coordenadora do Curso de Saúde Pública com ênfase na Estratégia Saúde da Família - USC, Bauru. Orientadora do trabalho.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

### RESUMO

**Introdução:** O Sistema Único de Saúde (SUS), como sistema complexo, é um processo contínuo de reelaboração em busca da efetividade, buscando aperfeiçoamento e utilização de novas estratégias para alcançá-lo. **Objetivo:** o estudo visa discutir as fases do SUS, sua evolução e a relação entre estratégia saúde da família, a diretriz do acolhimento e o entendimento de alteridade como elementos inter-relacionados. **Método:** tratou-se de um estudo de base bibliográfica com análise crítica e reflexiva. **Resultados e Discussão:** A evolução contínua do SUS requer aperfeiçoamentos para atingir seus pressupostos maiores. A estratégia saúde da família (ESF) assume função preponderante na modificação do paradigma de atenção à saúde, de um modelo biologista para a atenção integral. O acolhimento, enquanto diretriz, contribuiu para a equidade e universalidade da atenção. A prática da alteridade se mostra essencial para a efetividade do acolhimento. **Conclusão:** a formação dos agentes de saúde e a adoção da prática da alteridade são fundamentais para o sucesso da diretriz de acolhimento.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Alteridade. Saúde da família. Saúde coletiva, PSF

Recebido em: 24/11/2011

Aceito em: 20/01/2012

## ABSTRACT

**Introduction:** *The SUS as complex system is a continuous process of reworking search for effectiveness. In a continuous search of perfection, new strategies are needed to attain it.* **Objective:** *The study aims to discuss the phases of SUS, its evolution and the relationship between the family health strategy, the policy of welcoming and the understanding of otherness as interrelated elements.* **Method:** *This is a study in bibliographic basis with critical and reflective analysis.* **Results and Discussion:** *The continuous evolution of SUS requires improvements to achieve their key lines. The family health strategy assumes preponderant role in changing the paradigm of health care from a biologic model to a integral health care approach. The welcoming policy, while guideline, contributed to the universality and equity of care. The practice of otherness is essential to show the effectiveness of the welcoming policy.* **Conclusion:** *training of health workers and the adoption of the practice of alterity is fundamental to the success of the welcoming policy directive.*

**Key-words:** *User embracement. Alterity. Family health. Collective health. PSF.*

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

## INTRODUÇÃO

O modelo de assistência em saúde no Brasil evoluiu proporcionalmente muito pouco ao longo da história do país com importantes modificações gestadas na década de 1970. Um dos momentos relevantes de transformação foi a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978. Mesmo com os avanços que a reorganização dos sistemas de previdência social e assistência médica representaram em essência, a população do país naquela época, como bem afirma Souza (2002), se dividia em três grupos no que concerne a atenção em saúde: aqueles que podiam pagar pelos serviços médicos, os que tinham direito à assistência prestada pelo INAMPS e os que não direito nenhum. Uma importante fração dos brasileiros eram considerados indigentes, atendidos pelos sistemas caritativos das municipalidades. Assim, hospitais privados possuíam uma ala destinada à internação dessa categoria, assim como prestava-lhes atenção ambulatorial. As modificações políticas e sociais que ocorreram no país ao longo do último quartel do século passado incluíram profunda revisão do sistema de

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

saúde, particularmente representada pelas gestões políticas e acadêmicas que buscavam o princípio de universalidade da atenção. Essas iniciativas, tanto de ordem política como legal, culminam com a criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados - o SUDS. Nele, despontam como tópicos essenciais de organização a descentralização e a universalidade da atenção e o envolvimento dos estados federativos em sua consecução.

Desta forma, podemos dizer que o atual sistema, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma construção contínua que teve seus primeiros ensaios no Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS). Dado sua complexidade e arrojo como proposta, particularmente em um país com a realidade histórico, econômica e social do Brasil, essa construção ainda não atingiu sua plenitude. Mais que isto, ao longo de mais de duas décadas de existência, o Sistema parece se automodificar continuamente face às mudanças sociais que ocorre no país. Neste sentido, o SUS mostra-se como uma obra aberta em que os seus grandes eixos norteadores determinados pela Constituição de 1988 e o aparato legal que o constituiu funcionam como vigas mestras de uma grande obra de engenharia cujo formato final será moldado em torno dessa estrutura, sem previsão, ou mesmo expectativa, de um acabamento em curto prazo.

Neste contexto, objetiva o presente artigo apresentar e discutir a interação dessas modificações, aqui entendida como iniciativas de aperfeiçoamento do SUS, ou Estratégia Saúde da Família e a concepção de Acolhimento. O artigo se desenvolve através de uma pesquisa de natureza bibliográfica/teórica sobre os temas propostos, seguido de reflexão crítica, tendo sido utilizada preponderantemente a base LILACS/BIREME com os descritores alteridade, acolhimento, estratégia saúde da família e programa saúde da família.

## **A estratégia saúde da família e a promoção da saúde**

Implantada em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada uma das principais propostas de reorganização do modelo de atenção à saúde (GOMES E PINHEIRO, 2005). Atualmente é norteadora da política de saúde para a atenção primária em todo o Brasil. A relevância e prioridade emprestada a essa estratégia pelas autoridades sanitárias pode ser aquilatada pela importante expansão numérica, tanto quantitativa como geográfica de sua presença, por uma crescente legitimação institucional no âmbito do SUS e pelo

aumento do repasse de recursos para garantir a consecução dessa estratégia (UFBA, 2002).

Seu principal objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de ações que vão além da prática curativa (BRASIL, 2003). De fato, uma das possibilidades dessa política pública é a de tentar reverter o modelo médico-privatista (UFBA, 2002), e mesmo sanitarista para uma visão mais antecedente de promoção da saúde.

A questão da estratégia X programa, com seus reflexos sobre a concepção de atenção básica e a questão de promoção da saúde são dois importantes temas ligados à saúde da família. A dificuldade de se utilizar tanto Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Saúde da Família (PSF) parece aludir a um conflito interno dessa iniciativa de aprimoramento do SUS e revelar um desconforto semântico no discurso sanitarista. Em verdade, o que conta é a *saúde da família* como conjunto principal. Ela é quem centra a preocupação para a formulação de uma estratégia que pode ser efetivada através de um programa, mesmo que este último possa, em um primeiro momento, ter um conceito restritivo à ampliação política e social da proposta de focar a saúde do cidadão. Neste sentido, esse foco na saúde da família é antigo e remonta iniciativa do Ministério da Saúde ainda em 1993, cuja garantia de implementação se concretiza na Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/01-1996), oferecendo maior incentivo financeiro aos municípios com avançada cobertura do PSF (AGUIAR, 1998). Mais que isto, essa iniciativa da saúde da família é vista como uma forma de garantir o atingimento de importante meta, a reorganização da atenção básica, um dos pilares do funcionamento do SUS. Assim, entende-se este olhar sobre a saúde da família como estratégia e, desta forma, pensada, definida e estruturada para atingir seu objetivo maior. Esse olhar, entretanto, apresenta diferentes entendimentos, como era de se esperar para tema de tal complexidade.

Alguns autores concordam com essa finalidade de reorganizar e consolidar a atenção básica nos seus princípios de reverter a visão puramente curativista (CORDEIRO, 1996; LEVCOVITZ E GARRIDO, 1996; MENDES, 1996). Entretanto, há os que extrapolam essa visão mais imediata e vêm nessa estratégia fragilidades e conflitos importantes, principalmente no que se refere a não contemplar uma visão mais abrangente e inclusiva aos grandes preceitos norteadores do SUS (MISOCZKI, 2004). Já Campos (1996) é mais contundente

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

ao afirmar que “O Projeto Médico de Família apenas arranha esta lógica (da racionalidade e da prática médico-hospitalar)”. Poder-se-ia arriscar dizer que essa estratégia apresentaria aspectos reducionistas diante da amplitude da mudança de paradigma inserida na proposta desse Sistema Único de Saúde, como visto pela *intelligentzia* da reforma sanitária. Entretanto, com a expansão dessa estratégia, as correções de rumos, entre acertos e erros e a criação de uma experiência, a esta altura, já de considerável prazo, pode-se afirmar que a estratégia saúde da família tem logrado resultados positivos dentro de sua missão (DAB, 2011).

Como bem refere Freitas e Mandú (2010), a promoção da saúde é política e prática que envolve ações do governo, do setor saúde, de outros setores sociais e produtivos, e ações de indivíduos, famílias e comunidades, direcionadas ao desenvolvimento de melhores condições de vida e saúde. Assim, a promoção da saúde envolve uma diversidade de ações e de níveis de atuação que, coordenadamente, proporcionarão uma melhoria da condição de qualidade de vida das pessoas, com redução de agravos e doenças. De fato, essa necessidade de perceber-se o olhar para a saúde de forma ampla e multifatorial, desviando-se do foco da enfermidade, já foi identificada e discutida na Carta da Otawa no ano de 2001. Nela, a promoção da saúde vê-se conceituada como o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Em verdade, esta carta, que lança as bases centrais da promoção em saúde, vem com resposta ao que já se havia decidido na Conferência de Alma-Ata em 1978, a qual, sem eximir-se de uma complexidade e abrangência, aponta para pressupostos muito claros em relação ao pensar a saúde da coletividade. Entre eles cabe citar a necessidade de que, para se conquistar o mais alto grau de saúde, exige-se a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Afirmar, também, que a promoção e proteção da saúde da população são indispensáveis para o desenvolvimento econômico e social sustentado, contribui para melhorar a qualidade de vida, tendo a população o direito e o dever de participar individual e coletivamente na planificação e aplicação das ações de saúde. Esses princípios são claramente indutores do que, anos mais tarde, nortearia as iniciativas de promoção da saúde.

Desta forma, a proximidade da estratégia saúde da família com os conceitos da promoção da saúde fazem dela um *locus* privilegiado para a implementação dessas ações, haja vista a interação entre os agentes de saúde e os membros da comunidade. Aqui, eles podem exercer esta referida participação individual e coletiva, contribuindo

para a criação de um círculo virtuoso que, em algum momento no futuro, resultará no alcance dessa almejada modificação do olhar sobre a atenção em saúde.

## Acolhimento e estratégia saúde da família

O significado do termo acolhimento no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1975), está relacionado ao ato ou efeito de acolher; recepção, atenção, consideração, refúgio, abrigo, agasalho. Já acolhimento, significa dar acolhida ou agasalho; hospedar; receber; atender; dar crédito a; dar ouvidos a; admitir, aceitar; tomar em consideração; atender a. Cada uma desses significados pode ser concentrado no sentido de incluir o próximo na relação pessoal/profissional, seja ela limitada no tempo ou no espaço. Mas, o sentido de aproximação e compartilhamento é explícito. Desta forma, quando se pensa em processos de humanização das relações, a palavra *acolhimento*, neste contexto, tem perfeito lugar. Certamente, poder-se-ia questionar se tal humanização não se trata de algo tão obrigatório e necessário nas relações humanas que um processo de humanização poderia ser inapropriado. Entretanto, no setor saúde, com seu histórico de formação positivista centrado na relação poder/saber e plutocrática, esta necessidade se aloja à perfeição conquanto se deseje evoluir na proposta do Sistema Único de Saúde. Não é estranho, pois, que o acolhimento seja uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, o acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2006a).

Tal compromisso parece encaixar-se sob medida à estratégia saúde da família. De fato, considerando sua missão, vemos que o acolhimento é uma das diretrizes do processo de produção de saúde, processo este dual entre agente e usuário. Trata-se de um dos diferentes aprimoramentos para o SUS para que se logre a sua completude. A estratégia saúde da família, novamente, se credencia como *locus* privilegiado para a prática dessa diretriz, particularmente por ser a ESF um dos promotores da reorganização da atenção básica. Por outro lado, é na atenção básica que se poderá implementar esse tipo de

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.



SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

ação modificadora com possibilidade de resultados mais concretos com mentalidade mais aberta aos processos de mudança das relações de atenção à saúde; não há como descrever que em uma unidade hospitalar, historicamente ligado aos modelos mais conservadores, será menos provável lograr modificações dessas relações de forma mais precoce e abrangente.

Neste âmbito, os profissionais que compõem as equipes de ESF, incluíram em sua dinâmica de trabalho o acolhimento como ferramenta diária para modificações na sua própria relação de trabalho e na construção administrativa em que atuam, visando diminuição de filas e resolutividade para demanda espontânea na unidade de saúde. Ainda assim, percebe-se certa dificuldade no conceito por parte dos trabalhadores em saúde. Um fato comum nas equipes são as discussões sobre questões como quem deve acolher? Qual é o horário (melhor horário) do acolhimento? Qual é o lugar? Tais perguntas mostram, muitas vezes, a dificuldade de compreensão, por parte dos trabalhadores, do que vem a ser o acolhimento (PEREIRA, 2006). Entende-se que para acolher não há hora, local ou profissional específico para fazê-lo, devendo a “postura acolhedora” fazer parte das habilidades dos membros das equipes em sua relação com a população, em todos os momentos, facilitando o cumprimento das funções diárias da unidade de saúde, com criatividade. É importante ainda 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.

O conceito de acolhimento não pressupõe uma condição de favor ou de complacência resignada por parte dos agentes. Ela necessita ser crítica para que se torne incorporada às atitudes do agente. Certamente, o acolhimento poder ter uma dimensão espacial e administrativa, resultado em modificações positivas nos fluxos do atendimento do usuário (BRASIL, 2006a). Entretanto, acolhimento extrapola esta visão circunscrita e interage com questões conceituais mais complexas, como a de alteridade (COTTA, 2007). Realmente, o usuário com problema de saúde que adentra uma unidade necessita um olhar mais abrangente sobre o significado de sua presença, de sua busca de algo que pretende ou sabe ele encontrar naquele espaço físico. Quem pode preencher este espaço com a humanização do mero arcabouço arquitetônico é o agente de saúde empoderado pelo correto conceito de acolhimento. Neste sentido é que as questões da alteridade podem auxiliar sobremaneira a obtenção de um novo olhar sobre esta questão e resultar em acolhida adequada e efetiva.

## Formação, acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família

A formação do pessoal de saúde é o momento crucial para determinar o tipo de agente da saúde no sistema em que ele se inserir. Seja médico, enfermeiro, odontólogo ou agente de qualquer nível de complexidade de atuação, o processo de formação terá papel fundamental na construção de um modo de agir. Certamente, aqui não se pode descuidar do fato de que a formação social e familiar prévia tem influência. Mas a escola como elemento modelador, pode atuar efetivamente para a formação do indivíduo, particularmente no setor saúde (COTTA, 2012). Por outro lado, devemos refletir que, mesmo com o princípio da universalidade do SUS, em 2003 apenas 28,6% da população era usuária exclusiva do SUS (BRASIL, 2003) e que atendimentos e internações pelo SUS têm maior preponderância de uso pelos extratos com renda mais baixa na população (PORTO, 2011). Desta forma, pode-se dizer que a capacidade de acolhimento se torna mais necessária ainda, no sentido de suplementar algum tipo de dificuldade ou de restrição de acesso cultural que, por ventura, possa existir nesse estrato social. De fato, mesmo considerando-se os pilares de estruturação do SUS, certas restrições orçamentárias e uma desigualdade social marcada, que apenas mais recentemente começa a se modificar, induziram uma importante migração de usuário de extratos econômicos mais privilegiados para os planos de saúde privados (MENICUCCI, 2006).

Assim, ainda que não exclusivamente, o exercício da alteridade se impõe como possibilidade para o rompimento do conflito das relações humanas envolvidas na equação do acolhimento em saúde. Neste sentido, a formação em saúde na atualidade, particularmente a do médico, continua a ser realizada diametralmente em oposição a prática da alteridade. Essa formação nega a subjetividade dos atores envolvidos na relação saúde-doença e centra-se em um biologismo exagerado que estimula uma visão cienticista, tecnicista e excludente. Não há compartilhamento de decisões e ao outro lhe é negado, muitas vezes, uma de suas mais evidentes características, a de ser a parte decisória na relação médico-paciente, pois que é a este último que cabe aceitar, admitir, autorizar a prática médica. Em patamares diferentes na hierarquia da saúde, esses conflitos também se manifestam em graus distintos, mas a causa principal permanece - a dificuldade de experimentar a alteridade. Na prática, essa dificuldade se traduz por uma crescente deterioração da relação entre o cliente e o agente, revelada por um incremento de demandas judiciais na área

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.



SAES, Sandra de  
Oliveira; RAYS,  
José; GATTI,  
Márcia Ap. Nuevo.  
Acolhimento,  
alteridade e  
estratégia saúde da  
família. *Salusvita*,  
Bauru, v. 30, n. 3,  
p. 203-214, 2011.

da saúde (PUGINA e SILVA, 2005) e pela deficiência de fornecimento de esclarecimentos e informações, de afeto, de compreensão e, como refere Fortes (1998), pela, entre outras, restrição ao direito de privacidade.

O princípio do egocentrismo aparece transversalmente nessas difíceis relações interpessoais entre agentes e clientes. Na visão Piagetiana, parece que esse comportamento reflete uma dificuldade de passar-se do terceiro estágio do desenvolvimento infantil, libertando-se de seu egocentrismo. O reconhecimento do *outro*, o entendimento da diversidade, o respeito e a propositura de um diálogo interpessoal parecem inatingíveis. Entretanto, observe-se que as diferenças existem por imposição da diversidade, característica marcante e definidora do funcionamento da vida como um todo e, psicanaliticamente falando, próprio do ente humano. Há, então, necessidade de sair-se do seu *eu*, de admitir-se uma relação interpessoal, de assumir a capacidade de conviver com a diversidade, de reconhecer no outro os direitos que represento no meu *eu*. Esse, em realidade, é o sentido de alteridade. Nela, não apenas vemos o ser, mas percebemo-lo em nosso *eu*. Mais que isto, o reconhecimento da diversidade e a constatação das diferenças é que gera a alteridade (PUGINA e SILVA, 2005).

O acolhimento, como iniciativa dentro da inovação da gestão da estratégia saúde da família, permeia essa prática da alteridade. Ela, por sua vez, se introduz como elemento essencial no desenvolvimento da Política Nacional de Humanização (PNH), definida como as ações que visam a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2006b). Para tal, o sentido da alteridade, como antes explicado, se impõem como entendimento essencial para que a diretriz do acolhimento de processo de forma efetiva dentro da estratégia saúde da família. Certamente, não se pode esquecer que a subjetividade das condições de trabalho tem importante influência em como o profissional se comportará em seu papel na relação com o cliente. Aqui, a formação adequada pode perder importante parte de sua efetividade, tornando difícil a implementação de qualquer política de saúde, particularmente essas que envolve aspectos humanísticos. Com isto, verifica-se que uma ação coordenada de gerência em diferentes níveis hierárquicos devem ser articuladas para que determinada iniciativa não seja anulada pela ausência ou precariedade de outra que lhe é adstrita ou dependente. Neste sentido, cabe exemplificar esse fato com o estudo de Scholze *et. al.* (2009) os quais chama a atenção para que as novas propostas do PNH, ainda que gerem a humanização, encerram também novas exigências que podem resultar em sobrecarga maior para esses profissionais, caso não sejam devi-

damente instrumentalizados. Referem ainda que esta condição aflija a própria saúde do agente. Por mais contraditório que possa parecer, esta proposição de Scholze e seus colaboradores é verdadeira e se traduz pela conhecida Síndrome de *Burnout*. De fato, pode-se dizer que essa iniciativa gera, sem dúvidas, maiores responsabilidades e demandas para um cenário que, de pleno conhecimento, não é dos mais adequados para uma efetiva prática de promoção da saúde e mesmo de suas consequências mais complexas. Entretanto, como dito no início deste artigo, o SUS é um experimentação contínua e que se aperfeiçoa a cada instante. Há, então, que se buscar novas alternativas para superar uma sempre presente renovação de conflitos. A criatividade e a inovação se apresentam como armas importantes nesta busca. Nessa linha, e para o caso específico aqui abordado, tudo indica que o fino entendimento e o real exercício da alteridade se mostram cruciais para que essa proposta do acolhimento dentro de estratégia saúde da família seja um sucesso.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, DS. **A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?** Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para sua consolidação/Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus\\_doc\\_base.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus_doc_base.pdf).

CAMPOS, G. W. S., 1996. **Papel do Movimento Sanitário na Construção do Novo.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, pp. 23-25.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS.** In: Cadernos Saúde da Família. Ministério da Saúde. Brasília, ano I, n. 1, pp. 10-15. 1996.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.

COTTA RMM, GOMES AP, MAIA TM, MAGALHÃES KL, MARQUES ES, SIQUEIRA-BATISTA R. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 2: 278 – 286 ; 2007

COTTA, RMM *et al* . Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, Mar, 2012 .

DAB. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 27.

FORTES, PAC. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo (SP): EPU; 1998

FREITAS, MLA, MANDÚ, ENT. **Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras**. Acta Paul Enferm. São Paulo, v.23, n. 2:200-5, 2010.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Reception and attachment: integral practices in health care administration in largeurban centers. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

LEVCOVITZ, E. e GARRIDO, N. G. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado**. In: Cadernos Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, Ano I, n. 1. pp.03-08, 1996.

MENDES, E. V. 1996. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITECMENICUCCI TMG. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 15, n. 2:72-87, 2006.

MISOCZKY, M. C. **A Medicina de Família, os Ouvidos do Príncipe e os Compromissos com o SUS**. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, n. 42 pp. 40-44, 1994.

PEREIRA, RPA. **O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. Grupo de Estudos em Saúde da Família**. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em [http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP\\_acolhimento\\_esf.htm](http://www.smmfc.org.br/gesf/RPAP_acolhimento_esf.htm) [acesso em 14/09/2012]

PORTO SM, UGÁ MAD, MOREIRA RS. **Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Bra-**

**sil 1998 -2008.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 16, n. 9:3795-3806, 2011 Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev Bras Enferm. São Paulo, v. 58, n, 5:573-9, 2005.

SCHOLZE AS, DUARTE JUNIOR CF, FLORES E SILVA Y. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção básica em saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface - Comunic., Saude, Educ. Botucatu, v.13, n.31, p.303-14, out./dez. 2009.

SOUZA, RR. **Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação (Mestrado).** Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, UERJ, 2002.

UFBA. **O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil.** Relatório Final. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2002.

SAES, Sandra de Oliveira; RAYS, José; GATTI, Márcia Ap. Nuevo. Acolhimento, alteridade e estratégia saúde da família. *Salusvita*, Bauru, v. 30, n. 3, p. 203-214, 2011.