

CONDIÇÃO CRÔNICA E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: AVANÇOS DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

PINTO, Janaína Suziéli*; **SOUZA, Silvia A.**;** **DAL PAI, Daiane***;**
FRANCHINI, Beatriz**;** **NOGUEZ, Patrícia T*****;** **ROESE, Adriana*******

*Acadêmica da Faculdade de Enfermagem /UFPEL. Bolsista PROBEC. Participante do projeto

** Acadêmica da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Participante do Projeto.

***Doutoranda em Enfermagem/UFRGS. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Participante do projeto

****Mestre em Saúde Pública/UFSC. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Participante do Projeto.

*****Mestre em Enfermagem/FURG. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Participante do Projeto

*****Doutoranda em Enfermagem/UFRGS. Docente da Faculdade de Enfermagem/UFPEL. Coordenadora do Projeto.

Introdução:

O projeto aqui apresentado objetiva a aproximação entre a formação para a área da saúde e a viabilização das propostas do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme indicado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs).

A necessidade de articulação entre educação superior e saúde, objetivando a formação geral e específica dos egressos/profissionais para a promoção, recuperação e reabilitação da saúde e prevenção da doença se concretiza a partir de 2001 com o Parecer n. 1133 do CNE/CES. Essa articulação da educação cidadã e solidária com o conjunto de competências e habilidades à formação profissional generalista crítica e reflexiva visam a problematização das práticas de saúde a fim de assumir desafios em defesa da melhoria da qualidade de vida da população (LOPES NETO et al, 2006).

A partir dessa proposta, faz-se necessário rever alguns conceitos que serviram de base para a construção do presente projeto, como também justificativas relevantes para o estudo.

As redes de atenção à saúde (RAS) representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008, p. 81).

Pensando na consolidação de redes e nas doenças crônicas, o conceito de linhas de cuidado se coloca como uma das principais estratégias de trabalho com RAS, pois “orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos da rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas”; abrangendo “os campos de prevenção, cura e reabilitação” (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008, p. 83).

Desta forma, são realizadas ações preventivas e de promoção da saúde, sendo que os usuários acessam os pontos da rede e caminham entre eles conforme suas necessidades. Tem-se o objetivo de reduzir as hospitalizações e da busca pelos serviços de emergência, bem como a humanização da relação destes usuários com o sistema de saúde (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2008).

O itinerário terapêutico é definido como as trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, as quais seguem um percurso particular de cada indivíduo, contando com as suas próprias redes de sustentação e de apoio para o cuidado e suporte na experiência de adoecimento. Além disso, o IT inclui a forma como os serviços de saúde produzem e ofertam cuidados, permitem também visualizar a rede para o cuidado em saúde (BELLATO et al., 2009).

A condição crônica possui diferentes temporalidades, transitando entre a agudização (crise) e o silenciamento (estabilidade/normalidade) da doença. Em momentos de crise se faz necessário a intervenção profissional, aumentando as “trajetórias de busca por cuidados no subsistema profissional” (ARAÚJO; BELLATO; HILLER, 2009, p. 210).

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis, a hipertensão arterial crônica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), são as doenças que tem maior prevalência no País, sendo, respectivamente, 10 milhões e 17 milhões (BRASIL, 2006; SILVA, 2008). O itinerário terapêutico (IT) é definido como as trajetórias de busca, produção e gerenciamento do cuidado para a saúde, as quais seguem um percurso particular de cada indivíduo, contando com as suas próprias redes de sustentação e de apoio para o cuidado e suporte na experiência de adoecimento (BELLATO et al., 2009). Além disso, o IT inclui a forma como os serviços de saúde produzem e ofertam cuidados e permitem evidenciar as trajetórias nos subsistemas de cuidado e a qualidade das relações que vão se constituindo.

Frente às questões a serem refletidas, cabe mencionar que no município, no ano de 2009, constam 926 hipertensos e 41 diabéticos tipo 2, cadastrados no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Já no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no mesmo ano, constam 83.289 hipertensos e 19.755 diabéticos – tipos 1 e 2 (BRASIL, 2010). A disparidade existente

entre as duas fontes de informação demonstra uma grande fragilidade do sistema de informação nacional (HIPERDIA deveria ter todos os doentes do Município cadastrados) e o SIAB (representa apenas a população coberta pela ESF ou EACS – aproximadamente 30% no Município em questão. Porém, tentando-se chegar a um número aproximado, utilizam-se as taxas propostas pelo Ministério da Saúde (MS), lembrando que são referentes ao ano de 2002 e devem ser relativizadas. A população adulta (acima de 20 anos) da cidade do estudo, no ano de 2009, foi de 243.047, pode-se inferir que existem de 26.735 a 48.609 hipertensos no Município e, cerca de, 18.471 diabéticos.

A partir desse contexto foi criado o projeto de extensão e pesquisa “Condição crônica e itinerários terapêuticos: esforços para a construção de linhas de cuidado com usuários de um serviço de saúde do município de Pelotas, RS”, por professoras da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de pelotas- UFPel com o objetivo de reconhecer e acompanhar itinerários terapêuticos de usuários e famílias de hipertensos e diabéticos da área de abrangência de Unidade de Saúde de Estratégia da saúde da família- ESF, bem como o sentido atribuído pelos mesmos à condição crônica. Além de potencializar/mediar à construção de linhas de cuidado junto aos profissionais sujeitos do cuidado nas redes de atenção em saúde (RAS), oportunizar a vivência junto às trajetórias de usuários e famílias nos diferentes momentos da doença; aproximar e confrontar conhecimentos produzidos no ambiente acadêmico com a produção do cotidiano de cuidado, construir material científico para divulgação das ações desenvolvidas.

O presente trabalho objetiva relatar os avanços de um projeto de extensão universitária interessado nas trajetórias/itinerários terapêuticos de usuários e famílias de hipertensos e diabéticos da área de abrangência de uma UBS.

Metodologia:

O projeto teve início em abril de 2010 e conta com acadêmicos de Enfermagem que entraram por meio de seleção na forma de entrevista grupal, docentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Está sendo desenvolvido junto a 50 usuários e famílias que convivem com a HAS e/ou DM de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sorteados aleatoriamente entre os cadastrados no Programa HiperDia, desta unidade.

As atividades estão sendo realizadas por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/UFPel e professores tutores; por meio de visita domiciliar e registros em diário de campo. As visitas domiciliares ocorrem com o objetivo de identificar os sentidos da condição crônica, bem como seu percurso pela

rede de serviços de saúde, os recursos e os mediadores dessa busca pela saúde, além de interagir com os cuidadores formais e informais.

Durante essas visitas, os acadêmicos buscam identificar os sentidos da condição crônica para os indivíduos e famílias, bem como seu percurso pela rede de serviços de saúde, os recursos e os mediadores dessa busca pela saúde. Além disso, buscar-se-á o desenvolvimento de estratégias que apontem caminhos para a construção de linhas de cuidado, onde a comunidade acadêmica também poderá servir de mediadora, inclusive acompanhando percursos terapêuticos e interagindo com os cuidadores formais e informais envolvidos.

Com essa interação, pretende-se estreitar relações entre os serviços da rede, especialmente entre os cuidadores e os cuidados envolvidos, bem como o processo de ensino-aprendizagem engajado na construção de linhas de cuidado. Nos diários de campo são registradas as impressões e informações vivenciadas, a fim de refletir e avaliar posteriormente nas rodas de conversa que ocorrem quinzenalmente com as professoras tutoras.

Na pesquisa os acadêmicos entrevistam os usuários por meio de um instrumento qualitativo que aborda questões sobre a unidade básica (encaminhamentos, equipe, atendimento), relação usuário X posto, profissional, perguntas sobre a doença (cadastro HiperDia, retirada de medicamentos, participação no grupo), além de questões a respeito dos serviços de saúde e os problemas de saúde quando os serviços não funcionam. A pesquisa respeita todos os preceitos éticos, sendo que os acadêmicos gravam as entrevistas, após transcrevem tal e qual os usuários responderam, depois serão analisadas nas rodas de conversa com as professoras e os outros colegas, para construção de trabalhos científicos.

Resultados:

Os resultados prévios apontam um breve perfil de 34 (68%) mulheres e 16 (32%) homens. A idade média das mulheres acompanhadas é de 61,5 anos e têm entre 36 a 89 anos sendo uma variação de 53 anos, quanto a sua entrada no HiperDia, em 47% dos casos se deu há mais de 5 anos, em 25% entre 1 e 2 anos e 25% de 3 a 4 anos. Já entre os homens a média de idade foi de 55,6 anos, sendo entre 43 a 72 anos com variação de 29 anos. A entrada no HiperDia se deu em 42,8% de 1-2 anos, em 28,5% de 3-4 anos e, em 28,5% há mais de 5 anos. Outra evidência foi o fato de haver uma diferença de 17 anos entre a mulher e o homem com maior idade cadastrada.

No estudo de Pierin et al. (2001), sobre o perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença, dos 205 hipertensos

entrevistados 72% eram mulheres, com mais de 5 anos de hipertensão, comprovando os dados encontrados na pesquisa. No artigo de Jesus et al. (2008) também encontramos um número superior de mulheres com hipertensão, da amostra de 511 entrevistados 347 (67,9%) são mulheres contrapondo com 164 homens (32,1%).

As mulheres são a maioria da população brasileira, 50,77%, e as principais usuárias do SUS. Elas frequentam os serviços de saúde como usuárias, mas também como acompanhantes de crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade, por esse motivo que as mulheres são em maior número nas pesquisas sobre hipertensão (BRASIL, 2007).

A mudança do padrão de vida das mulheres talvez explique, em parte, a ocorrência de dados tão alarmantes: ao lado das responsabilidades tradicionais com a casa, filhos, marido e parentes idosos, as mulheres adquiriram as responsabilidades que antes se destinavam ao homem; trabalho fora do lar e necessidades financeiras decorrentes de abandono, divórcio e viuvez são exemplos disso. Ao mesmo tempo, as mulheres adquiriram “hábitos de homem”: dietas irregulares e sem restrição de gorduras e carboidratos, fumo, álcool, falta de atividade física regular e de repouso adequado, por causa de toda essa sobrecarga as mulheres acabam adoecendo mais cedo que os homens (LUZ; SOLIMENE, 2001).

No âmbito das doenças cardiovasculares, destacam-se a hipertensão arterial, que é a mais prevalente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial; esse número é crescente, a carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta, e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por essa razão esse projeto foi construído para conhecer o caminho percorrido pelo usuário nos serviços de saúde e para identificar as possíveis “falhas” dentro do serviço (BRASIL, 2006).

No estudo de Lessa (2001), sobre a epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil as prevalências da HA são, na maioria, acima dos 25%, predominando no sexo masculino. Dados oficiais sobre hospitalizações refletem parte da morbidade e referem-se aos 2/3 da população atendidas pelo SUS (70%), estimando-se que 58 milhões dela sejam adultos \geq 20 anos. As hospitalizações pela IC predominam nos homens, sendo maior de 1,8 vez do que por doenças cerebrovasculares, 2,5 do que para doença arterial coronária e 3,3 vezes mais do que para doenças hipertensivas.

Para as mulheres, seguindo a mesma ordem, os valores são: 1,9, 3,3 e 2,0, para uma média de 5,9 dias de hospitalização, a taxa de letalidade intra-hospitalar pela IC é de 10% para os homens (variação entre 8,1% e 16,3%) e para mulheres de 6,0%, para o mesmo tempo médio de hospitalização. Podemos observar que os homens procuram menos o sistema de saúde, logo adoecem mais tendo um tempo de internação maior que as mulheres e risco mais elevado para doenças cardiovasculares em consequência da hipertensão.

Outros estudos abordam que o risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres. Nos grupos mais idosos esta diferença entre os sexos reduz-se, particularmente, ao risco de complicações cardiovasculares, acentuadamente aumentada nas mulheres após a menopausa (MESSERLI et. al., 1987; NACHTIGALL, 1987; ROSENTHAL, 2000).

No artigo de Jardim (2007) foram avaliadas 1.739 pessoas com, novamente, predomínio do sexo feminino (65,4%), média de idade de 39,7 anos ($\pm 15,6$). A prevalência de HA foi de 36,4%, sendo maior entre homens (41,8%) que entre mulheres (31,8%). Além de ser encontrada correlação positiva da HA com IMC, circunferência da cintura (CC) e faixa etária, enquanto o sexo feminino representou fator de proteção para o risco de hipertensão.

Os resultados também apontam que alguns usuários apresentaram um pouco de resistência em relação à proposta de acompanhamento, bem como a própria perspectiva dos usuários quanto à melhora da sua condição de saúde. Constatou-se que alguns usuários não mantinham vínculo com o serviço de saúde e que desacreditavam na sua importância, procurando-o somente para a retirada da medicação de uso contínuo. Ainda, foi mencionada por parte de alguns usuários a insatisfação em relação à oferta e à resolutividade da Unidade Básica. Houve situações em que foi percebida a desarticulação entre os diferentes serviços utilizados pelos usuários.

Através das visitas pode-se observar que os usuários procuram a atenção básica, mas não em casos de agudização da doença, sempre que procuram o serviço referem ter resolutividade, só que com um tempo de espera maior, como por exemplo, consulta com o médico e realização de exames. Todos vão à unidade pelo menos uma vez ao mês para pegar medicação e verificar a pressão arterial, mas só vão nele, pois fica próximo do domicílio. Com relação à equipe, a maioria não os conhece e não sabe identificar por nome ou função e quando sabem apenas o médico que os atende ou agente de saúde. Reclamam bastante do número de fichas para o atendimento médico, como também das filas para conseguir consulta.

No estudo de Paiva et al. (2006) onde os pacientes com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família avaliaram a assistência com relação ao acesso ao serviço de saúde e resolutividade dos 105 entrevistados entre os 64 usuários do PSF, 17 (26,6%) referiram que não tinham acesso a nenhum serviço de saúde antes da implantação do programa. Entre os indivíduos que tinham acesso, 25 (53,2%) se deslocavam para unidades básicas de saúde ou hospitais de outros municípios, e apenas 15 (31,9%) recebiam atendimento em programas de atenção básica local. Dos indivíduos atendidos pelo PSF, 65,6% consideraram que houve resolutividade de seu problema pela ESF, e 68,8% afirmaram estar satisfeitos com a atenção recebida na USF, porém, destes, 15,8% referiram como problema a falta de medicamentos. Entre os 31,2% de entrevistados insatisfeitos, os motivos são: falta de medicamentos, o mau atendimento.

Esses dados mostram que mesmo os usuários reclamando dos serviços de saúde nas visitas o problema de acesso e resolutividade está melhor com a Estratégia de Saúde da Família, bem como no estudo citado. Com relação às reclamações dos usuários contrapõem com os do presente estudo, pois eles gostam do atendimento no geral.

No trabalho de Paiva (2006) onde compara Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidade Básica de Saúde (UBS) ele aborda em um dos tópicos de análise a questão do vínculo apresentando como resultado que há uma diferença significativa entre a unidade PSF e a UBS. Somente no estrato de maior exclusão, quando na realidade o esperado seria haver diferenças em todos os estratos, uma vez que o PSF tem no seu ideário o estabelecimento de vínculo entre a família e os profissionais da unidade PSF. De qualquer forma, a dimensão do vínculo é bem percebida de forma geral, com escores superiores a 4 em todas as unidades de todos os estratos, significando que o estabelecimento do vínculo ocorre “quase sempre”.

Esse estudo contrapõe com o que os usuários relatam nas visitas e respondem nas entrevistas. Eles não sabem o nome dos profissionais, não sabem identificar quem é o técnico ou enfermeiro, às vezes nem o agente de saúde, além disso, mantém um vínculo superficial com o serviço e com a equipe de saúde.

Alguns usuários consideraram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um fator pouco relevante. Outros consideram que comparecer de madrugada ao serviço de saúde é um dever de quem quer receber a assistência. Além disso, essa situação acontece em todas as unidades de saúde é uma característica do sistema público de saúde (LIMA, 2007). Nesse estudo pode-se observar situações idênticas às vivenciadas pelos usuários que o

projeto acompanha, suas reclamações são as mesmas e as suas justificativas também.

Segundo Santos (1995), os usuários se submetem às dificuldades na obtenção de acesso ao atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representa a alternativa mais viável, especialmente sob o aspecto econômico, para buscar a resolução de suas necessidades de saúde. Em relação ao acolhimento, o processo de trabalho e a competência profissional das equipes, promovendo resolutividade, são elementos geradores de satisfação dos usuários, apesar de algumas dificuldades pontuais (RAMOS, 2003). Assim como é evidenciado nos relatos dos usuários que visitamos.

É necessário repensar o processo de trabalho na equipe de saúde, em especial na equipe de Enfermagem, reformulando, implementando ou criando tecnologias que possam favorecer mudanças na lógica do atendimento, de modo a torná-lo mais centrado no sujeito e na equipe (FRANCO et al., 1999; RAMOS, 2011). Esse mostra o desafio da equipe de saúde, mas que é possível, pois somente através do acolhimento se formará o vínculo e conseqüente assistência e intervenção de qualidade.

Considerações finais:

O projeto está oportunizando aos acadêmicos de Enfermagem uma construção lenta e progressiva das redes de cuidado, como também estimulando a percorrer as trajetórias que os usuários fazem pelo sistema de saúde tanto na agudização da doença, quanto nas necessidades básicas para controle e prevenção de agravos.

Acredita-se, com base nas informações buscadas até o presente, que são necessários investimentos no fortalecimento dos vínculos da comunidade com a Unidade Básica de Saúde, pois é a base para prevenção de doenças e agravos da mesma, além de envolvimento e comprometimento dos profissionais da saúde com os usuários.

Além de conscientização da população sobre os agravos que a doença pode causar, pois nas visitas observamos um descomprometimento dos usuários com sua doença, pois não realizam atividades físicas e dieta balanceada associado ao uso de medicação, como também não costumam ir a unidade básica para fazer controle de pressão arterial nem peso, tampouco fazem exames de rotina com frequência.

As visitas ajudam a fortalecer vínculos e a conhecer os usuários em seu meio, como também observar seu modo de vida, como cuida de sua saúde e como trata sua doença, porém desafia o grupo, pois intervir nos costumes e hábitos de uma pessoa em sua residência é uma intervenção delicada que requer conhecimento,

comprometimento, sem pré-conceitos, respeitando a individualidade e o contexto de cada indivíduo.

Referências:

LOPES NETO, D. et al. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília, 2006. p. 31-86.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16).

BELLATO, R. et al. Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (orgs). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: Abrasco, 2009. p. 187-194.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F. (org). Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: Idisa; Conasems; 2008 p. 69-85.

PIERIN, AMG et al. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP, v.35, n. 1, p. 11-8, mar. 2001.

JESUS ES, AUGUSTO MAO, GUSM, O J, MION J'NIOR D, ORTEGA K, PIERIN AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm 2008; 21(1): 59-65.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1ªed. Brasília (DF); 2007.

LUZ P.L, SOLIMENE M.C. Peculiaridades da doença arterial coronária na mulher. Rev Ass Med Bras 2001. 45(1): 45-54.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Caderno de Atenção Básica-Hipertensão Arterial Sistêmica. 1ª ed. Brasília (DF); 2006.

LESSA I., Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. Rev Bras Hipertens vol 8(4): outubro/dezembro de 2001.

MESSERLI FH, GARAVAGLIA G.E, SCHMIEDER R.E, SUNDGAARD-RIISE K., NUNEZ B.D. Amodeo C. Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. Ann Intern Med 1987; 107: 158-61.

NACHTIGALL L.E. Cardiovascular disease and hypertension in older women. Obstet Gynecol Clin North Am 1987; 14: 89-105.

ROSENTHAL T., OPARIL S. Hypertension in women. J Hum Hypertens 2000; 14: 691-704.

JARDIM, P.C.B.V et al. Hipertensão Arterial e Alguns Fatores de Risco em uma Capital Brasileira. Arq Bras Cardiol 2007; 88(4) : 452-457.

PAIVA DCP ET AL. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(2):377-385, fev, 2006

SANTOS M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev Bras Enfermagem. 1995; 48(2): 109-19.

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 = Rep Public Health. 2003; 19(1): 27-34.

FRANCO T.B, BUENO W.S, MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública = Rep Public Health. 1999; 15(2): 345-53.

RAMOS D.D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS no contexto da municipalização da saúde [Tese]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.

LIMA, M.A.D.S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. Acta paul. enferm. 007, vol.20, n.1, pp. 12-17.