

ESTUDO DO ACOLHIMENTO DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA CIDADE DE SÃO PAULO

A Study of Patient Partnership at a Primary Health Care Unit in São Paulo City

Dayane Maia Costa Cabral¹, Alyne Martins Henrique²,
Eduardo Sawaya Botelho Bracher³, José Ricardo de Mello Brandão⁴

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo conhecer o perfil dos usuários que procuram o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde, identificar as queixas apresentadas pelos mesmos e a forma de condução dos casos pelos profissionais de saúde. Foram entrevistados todos os usuários que procuraram acolhimento de janeiro a março de 2007. Foram verificados dados sociodemográficos e o motivo de procura ao acolhimento. Os prontuários foram consultados, registrando o profissional responsável pelo atendimento, diagnóstico e conduta. Foram entrevistados 1.061 participantes, com predomínio de mulheres, pessoas casadas, com Ensino Fundamental incompleto e idade entre 21 e 60 anos. Alterações respiratórias foram relatadas por 21% dos participantes, seguindo-se queixas de dor (20%). A maioria (60%) foi atendida por médicos, e medicamentos foram prescritos para 86% dos usuários. Hipóteses diagnósticas foram registradas em 24% dos prontuários. A dor foi o principal motivo de busca pelo acolhimento, seguindo-se queixas respiratórias. A maioria dos usuários foi submetida à avaliação médica e o tratamento medicamentoso foi a conduta mais frequente. Observou-se que o Acolhimento não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família; acolhimento; centros de saúde; prática profissional.

ABSTRACT

Study Objective: To discern the profile of walk-in users of a public primary care unit, to identify their complaints and the health professionals' diagnosis and management of each case. All walk-in users from January to March, 2007, were interviewed. Sociodemographic data and the main reason for the visit were recorded. The consulting professional's category, diagnosis, and procedures, as registered in the files, were also recorded. 1,061 participants were interviewed, with a predominance of women, married persons, aged 21 to 60 years, and with incomplete primary education. Respiratory complaints were the most prevalent, reported by 21% of the participants, followed by pain complaints, reported by 20% of the participants. The majority (60%) were examined by a medical doctor, and medications were prescribed for 86% of the participants. Specific diagnosis was registered in 24% of the cases. Pain was the main reason for seeking assistance, followed by respiratory complaints. Most of the patients were examined by a doctor, and drug prescription was the treatment most commonly used. It is observed that patient participation in a screening procedure will not suffice in improving care, as expected from this device.

KEY WORDS: Family Health Program; user embracement; health centers; professional practice.

¹ Dayane Maia Costa Cabral: Mestranda pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. E-mail: dayane_mcc@yahoo.com.br

² Alyne Martins Henrique, Quiropraxista Graduada na Universidade Anhembi Morumbi

³ Eduardo Sawaya Botelho Bracher, Médico Fisiatra e Quiropraxista. Doutor em Ciências, Universidade Anhembi Morumbi

⁴ José Ricardo de Mello Brandão, Post-doctoral-fellow, Doutor em Ciências, CSE Butantã FMUSP

INTRODUÇÃO

O termo “acolhimento”, utilizado no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), diz respeito à escuta de problemas de saúde do usuário por profissionais qualificados, com o objetivo de fornecer uma resposta positiva e assumir responsabilidade pela resolução do problema.^{1,2} O acolhimento e os profissionais que nele atuam constituem uma porta de entrada para o sistema de saúde e servem como mecanismo de gerenciamento da demanda espontânea nos serviços de atenção primária à saúde onde estão inseridos.^{3,4,5}

O Ministério da Saúde lançou o PSF, em 1994, com o objetivo de reorganizar a atenção básica.⁶ O acolhimento no PSF ocorre de forma usuário-centrada e pressupõe um conjunto de atividades de escuta, identificação de problemas e intervenções para sua resolução. Desta maneira, procura ampliar a resposta às demandas dos usuários, reduzir a centralidade das consultas médicas e otimizar o potencial da equipe de saúde.^{1,7} Apesar do grande investimento, o processo de trabalho continuou reproduzindo a centralidade médica, diminuindo a capacidade de atendimento e, por consequência, o acesso dos usuários aos serviços.⁸ Para solucionar este problema, foi proposta a Política Nacional de Humanização como um movimento para implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na prática da assistência.⁹

Apesar de sua importância, há poucos estudos sobre a natureza da demanda no acolhimento. Em um serviço de saúde no estado de Minas Gerais integrado ao PSF, foram estudados 1.040 atendimentos. Os quatro principais motivos de procura foram queixas respiratórias (26%), dermatológicas (11%), gastrointestinais (10%) e osteomusculares (9%).³

A implantação do PSF trouxe a expectativa de que a distribuição da demanda por serviços de saúde se modificaria, no sentido da atenção básica, que passaria a absorver e a resolver grande parte dos problemas de saúde da população, contribuindo para esvaziar, em consequência, os prontos-socorros e hospitais. No entanto, observou-se que isso não só não ocorreu, como também tem se observado, nos últimos anos, uma crescente demanda às unidades de urgência e emergência.⁹

Um estudo analisou a implementação do acolhimento em Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade de São Paulo. Observou que o acolhimento consiste de uma escuta clínica focalizada na queixa, com intervenção pontual e pouco resolutiva, que não possibilita a construção de vínculos, isto é, não estabelece mecanismos de intervenção que permitam atuar sobre as necessidades dos usuários.¹⁰

O presente estudo procura conhecer o perfil dos usuários que procuram o acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo, verificar as queixas apresentadas pelos usuários e a forma de condução dos casos pelos profissionais de saúde.

MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo sob o parecer no 077/07. Estudo do tipo transversal descritivo, realizado na UBS de Vila Reunidas I, município de São Paulo. A unidade é responsável por uma área de abrangência correspondente à época a 24.705 usuários cadastrados, segundo dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Todos os usuários que procuraram, espontaneamente, o serviço de saúde, no período do estudo, foram abordados e incluídos no estudo após consentimento e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram incluídas pessoas de ambos os sexos, sem limites de idade. O consentimento informado foi concedido por pais ou responsáveis em casos de participantes menores de idade.

Inicialmente, os participantes responderam a um questionário que continha basicamente dados sociodemográficos, motivos da procura pelo acolhimento e características da queixa. Após o atendimento, os prontuários dos participantes foram consultados, com identificação do tratamento ao qual o paciente foi submetido, o profissional responsável pela conduta e o diagnóstico registrado.

Para a análise descritiva de dados relacionados a características sociodemográficas e queixa dos usuários, utilizou-se de médias, desvio-padrão (dp), medianas e valores mínimo e máximo para variáveis quantitativas e frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas.

A permissão para realização da pesquisa foi obtida junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura da Cidade de São Paulo.

RESULTADOS

Participaram do estudo 1.061 usuários que procuraram acolhimento entre 02 de janeiro a 31 de março de 2007. Este número consistiu-se da totalidade de pessoas acolhidas no período da manhã, no serviço estudado, no qual concentra a grande maioria dos acolhimentos realizados nesta unidade. Segundo o SIAB, este número representa 4% da população adscrita à UBS estudada.

A média de idade dos participantes foi de 35 anos (dp = 22), oscilando entre 0 a 92 anos. Houve um predomínio de pessoas casadas e do sexo feminino e aproximadamente metade dos participantes não havia completado o ciclo escolar fundamental. (Quadro 1).

Quadro 1 - Dados sociodemográficos dos usuários entrevistados na UBS de Vila Reunidas I.

Idade	n	%
0-10	185	17,5
11-20	161	15,2
21-40	270	25,4
41-60	279	26,3
> 61	166	15,6
Sexo		
Feminino	738	69,6
Masculino	323	30,4
Estado Civil*		
Casado	414	50,8
Solteiro	242	29,7
Viúvo	92	11,2
Separado	67	8,3
Anos de Estudo**		
Fundamental Incompleto	421	53,6
Fundamental Completo	109	13,9
Ensino Médio Incompleto	66	8,4
Ensino Médio Completo	171	21,8
Superior Incompleto e Completo	18	2,3
Ocupação Atual e Vínculo Empregatício**		
Prendas domésticas	194	24,8
Trabalhador Registrado ou Informal	337	42,9
Inativo***	166	21,1
Aposentado	74	9,4
Estudante	14	1,8

*participantes com 15 anos ou mais

** participantes com 18 anos ou mais

*** desempregados ou afastados por incapacidade

A maioria dos participantes (n=606, 57%) estava procurando a UBS pela primeira vez e 43% (n=455) estavam retornando devido à mesma queixa ou para dar continuidade a um tratamento iniciado em consulta anterior.

A maior parte dos usuários (n=853, 80%) estava procurando o acolhimento devido a uma sintomatologia. Quanto às sintomatologias, 21% (n=179) referiram alterações respiratórias, 20% (n=170) referiram dor, seguindo-se alterações dermatológicas e gastrointestinais. (Quadro 2).

Durante a entrevista, aproximadamente um terço dos participantes referiu ter sido diagnosticado previamente como portador de uma doença (n= 371, 35%), sendo a hipertensão arterial sistêmica (n= 209, 51%) e diabetes (n= 71, 17%) as doenças mais citadas independentemente da queixa que os trouxe ao acolhimento.

Quadro 2 - Classificação das queixas primárias apresentadas no acolhimento*.

Queixas por Categorias Amplas		Queixas por Categorias Específicas	
Categoria Ampla	n (% do total de participantes)	Categoria específica	n (% da categoria ampla)
Alterações respiratórias (1)	179 (21,0)	Dor de garganta	60 (33,5)
		Tosse	58 (32,4)
		Falta de ar	38 (21,2)
Dor (2)	170 (20,0)	Gripe	23 (12,9)
		Dor musculoesquelética	170 (79,8)
		Alergias	83(60,7)
Alterações de pele (3)	137 (16,1)	Lesões cutâneas, infecções cutâneas, nódulos superficiais	41(29,9)
		Lesões ungueais	8(5,8)
		Lesões bucais	5(3,6)
		Dor abdominal, diarreia	92 (82,9)
Alterações gastrointestinais (4)	111 (13,0)	Náuseas e vômitos	15 (13,5)
		Hemorroidas	4 (3,6)
		Cefaleia, Enxaqueca	43 (20,2)
Cefaleia (5)	43 (5,0)	Alterações oftálmicas	25 (59,5)
Alterações dos órgãos dos sentidos (6)	42 (4,9)	Dor na orelha	17 (40,5)
		Alterações miccionais	23 (60,5)
Queixas genito-urinárias (7)	38 (4,4)	Alterações ginecológicas	15 (39,5)
Alterações cardiovasculares (8)	34 (4,0)	Hipertensão arterial sistêmica	21 (61,8)
		Hemorragias (epistaxes, hematêmese, melena, etc.)	11 (32,3)
		Alterações venosas periféricas	2 (5,9)
		Febre (9)	33 (3,9)
Alterações endócrinas (10)	15 (1,7)	Diabetes	15 (100)
		Saúde mental (11)	11 (1,3)
Diversos (12)	40 (4,7)	Tontura	13 (32,5)
		Dor no peito	11 (27,5)
		Mal-estar, fraqueza, tremores	10 (25,0)
		Dormência, queimação e sensação de inchaço	6 (15,0)
		Total	853

* Total dos participantes que referiram que a visita era motivada por uma queixa de saúde, excluindo-se aqueles que referiram procurar atendimento por outros motivos

Entre os participantes, 20% (n=208) não referiram sintomatologia. Estas pessoas procuraram o acolhimento para dar continuidade a um tratamento (n= 82, 39% dos participantes sem queixas específicas), trocar receita ou guia para exame (n= 82, 39%), obter laudo ou atestado médico (n= 22, 11%) ou realizar teste de gravidez (n= 22, 11%).

Os prontuários de todos os participantes foram analisados posteriormente e observou-se que 4% dos participantes abandonaram a UBS sem serem atendidos. Entre os participantes atendidos, a maioria passou por consulta médica (n=598, 59%), sendo que 99 destes participantes foram atendidos por médicos e enfermeiros (Tabela 3).

Quadro 3 - Conduta dos Profissionais de Saúde* do acolhimento da UBS.

Profissional**	n (% do total de participantes)	Condutas	n (% do total do profissional)
Médico	604 (59,5)	Prescrição Medicamentosa	497 (48,8)
		Orientações	282 (27,7)
		Solicitação de Exames	106 (10,4)
		Encaminhamentos	73 (7,1)
		Outros Procedimentos	61 (6,0)
		Total	1019 (100)
Enfermeiro	446 (43,9%)	Dispensação Medicamentosa	261 (37,4)
		Orientações	206 (29,5)
		Solicitação de Exames	82 (11,8)
		Encaminhamentos	82 (11,8)
		Outros Procedimentos	66 (9,5)
		Total	697 (100)
Auxiliar de enfermagem	23 (2,2)	Encaminhamento para o médico	8 (40)
		Orientação	6 (30)
		Encaminhamento para a enfermeira	4 (20)
		Outros Procedimentos	2 (10)
		Total	20 (100)

* Mais de uma conduta pode ter sido realizada para cada usuário.

** Houve usuários que passaram por mais de um profissional.

Foram consideradas condutas as seguintes categorias registradas pelos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento: orientações, prescrição medicamentosa, por médicos, dispensação de medicamentos, por enfermeiros, solicitação de exames, outros procedimentos. A conduta “orientações” incluía o agendamento de consultas, reeducação alimentar, crioterapia, mapa de controle de pressão arterial, repouso, orientação para atividades físicas ou higiene. Foram considerados “dispensação de medicamentos” os casos em que o enfermeiro realizou a prescrição de medicamentos, sem que o paciente tenha sido visto por um médico. Em “outros procedimentos” foram incluídos: a análise de exames, atestado/laudo médico e troca de receita ou curativo.

Os principais encaminhamentos realizados por médicos foram: avaliação cirúrgica (n=12, 16%), avaliação psiquiátrica (n=7, 9%) e tratamento com quiropraxia (n=6, 8%), uma modalidade de tratamento para dores musculoesqueléticas proporcionada neste serviço. Os principais encaminhamentos realizados por enfermeiros foram: avaliação médica (n=46, 56%) e avaliação ortopédica (n=6, 7%) (Quadro 3).

Medicamentos foram prescritos por médicos para 86% dos usuários atendidos. Entre os medicamentos, analgésicos e anti-inflamatórios não-hormonais foram prescritos com maior frequência (n=152, 24%), seguindo-se antibióticos (n=104, 16%) e broncodilatadores (n=52, 8%). Estas três categorias constituíram 48% dos medicamentos prescritos (Quadro 4).

Quadro 4 - Distribuição dos medicamentos prescritos na conduta médica* pelos médicos do acolhimento.

Medicamento	n	%
Antibióticos	104	16,2
Analgésico e antipirético	90	14,1
Anti-inflamatório não hormonal	62	9,7
Broncodilatador	52	8,1
Anti-histamínico	42	6,6
Anti-hipertensivo ou diurético	41	6,4
Antitussígeno	33	5,2
Antifúngico ou antimicótico	30	4,7
Corticosteroides	28	4,4
Antidepressivo ou ansiolítico	21	3,3
Antiácido	20	3,1
Antiespasmódico ou antidiarreico	16	2,5
Descongestionante nasal	15	2,3
Vitaminas e sais minerais	11	1,7
Outros	75	11,7
Total	604	100

* Observação: mais de um medicamento pode ter sido prescrito para cada participante.

Os diagnósticos também foram levantados durante a análise dos prontuários e observou-se que 76% não apresentaram hipótese diagnóstica.

Com relação à dispensação medicamentosa realizada por enfermeiros com supervisão médica, observou-se maior proporção de medicamentos para o tratamento de queixas dolorosas (n=100, 22%), seguindo-se medicamentos para o tratamento de broncoespasmo (n=50, 11%) e infecção (n=37, 8%).

DISCUSSÃO

A maior parte dos usuários que procuraram o acolhimento do PSF era do sexo feminino, tinha idade superior a 22 anos e pouco mais da metade não concluiu Ensino Fundamental. Alterações respiratórias e queixas de dor foram os principais motivos para a procura do acolhimento. Juntos, estes dois grupos representaram 41% das queixas primárias. A maioria dos usuários foi atendida por médicos e quase a totalidade (98%) foi atendida por médicos e/ou enfermeiros. Medicamentos foram prescritos para a grande maioria das pessoas atendidas (86%). A hipótese diagnóstica foi registrada em apenas 24% dos prontuários.

Estudos indicam que mulheres tendem a utilizar serviços de saúde mais do que homens, o que é também observado no presente estudo.^{11,12} Fatores biológicos, sociais e culturais foram associados a este achado. O maior interesse das mulheres com relação à sua saúde, por exemplo, é citado como uma possível explicação.¹³

A escolaridade da maioria dos participantes, com ciclo fundamental incompleto, é compatível com dados sobre a população da cidade de São Paulo, na qual 42% dos habitantes maiores de 15 anos de idade não concluíram o Ensino Fundamental.¹⁴

Diversos autores observam que sintomas dolorosos estão entre os principais motivos de procura a serviços de saúde.^{15,16} Um estudo com entrevistas domiciliares de pacientes idosos na cidade de Londrina (PR) verificou que a dor crônica foi uma das principais queixas apresentadas e que sintomas dolorosos interferem de maneira importante na qualidade de vida dos indivíduos.¹⁷ Um dos estudos sugere que os serviços de saúde devem estar preparados para tratar e diagnosticar quadros dolorosos, em especial a lombalgia, bem como estabelecer estratégias adequadas de prevenção.¹⁸ O número expressivo de pessoas com queixa primária de dor evidencia a importância da formulação de estratégias para o tratamento de quadros dolorosos.

Sintomas respiratórios são citados como uma das principais queixas no sistema de saúde primária.¹⁹ Queixas respiratórias representam a terceira causa em ordem de importância à qual se pode atribuir anos de vida perdidos por incapacidade em crianças.²⁰ É provável que a proporção anual de pessoas com queixas respiratórias na população estudada seja ainda maior do que a observada neste estudo, pois a coleta de dados foi realizada durante o verão e a incidência de infecções respiratórias é maior durante os meses de baixa temperatura.^{20,21}

A maioria dos usuários foi encaminhada para o atendimento médico após a avaliação inicial por enfermeiros. Isto sugere a necessidade de readequação, pois esta não resolutibilidade pode propiciar a desistência dos usuários o que, no estudo, foi observado em 4% de todos os casos. O acolhimento visa o redirecionamento da assistência, fazendo com que o usuário seja encaminhado para um dos profissionais da equipe que, por meio de uma atitude capaz de acolher, escutar e dar respostas às suas necessidades resolva o problema ou o oriente e apoie em busca de soluções para suas demandas, dentro da própria unidade ou em outros serviços.

Apenas 7% dos participantes atendidos por médicos foram encaminhados para outros serviços. Isto sugere que, na casuística estudada, o atendimento foi resolutivo em 93% dos casos. Entretanto, durante a coleta de dados, um grande número de pessoas relatou aos pesquisadores que procuravam o acolhimento devido à dificuldade em marcar consultas com outros profissionais de saúde, como fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, etc. Em certos segmentos da população, a dificuldade usual de conseguir

atendimento resulta em baixa expectativa e que o simples fato de ser atendido pode produzir satisfação nos pacientes.²² Um estudo realizado no estado de Minas Gerais observou baixa resolutividade obtida pelo acolhimento.³ Uma meta do Programa Saúde da Família é que as equipes sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.²³

Um estudo realizado em Porto Alegre - RS, sobre a opinião dos usuários e dos profissionais com relação ao acolhimento, observou que a grande maioria dos usuários pesquisados considerou indispensável, no acolhimento, a possibilidade do encaminhamento a outros profissionais, diferente das respostas encontradas quanto ao que eles buscavam no acolhimento. Por sua vez, os trabalhadores de saúde identificaram como o significado maior do acolhimento o encaminhamento a outros profissionais e, como fator indispensável, a resolutividade.²⁴

É importante observar que, no presente estudo, não foram registradas hipóteses diagnósticas em três quartos dos prontuários. É possível que isto seja devido à presença de um grande número de usuários com quadros clínicos que não são prontamente classificáveis em uma categoria nosológica específica como, por exemplo, pessoas com quadros dolorosos inespecíficos. A ausência de registro de hipóteses diagnósticas pode também ser atribuída ao preenchimento inadequado de prontuários pelos profissionais da saúde. Um estudo de auditoria médica observou resultados semelhantes, com preenchimento inadequado dos prontuários por parte dos profissionais de saúde com falta de informações.²⁵

Vários aspectos relevantes são evidenciados pelo presente estudo. Seria importante compreender melhor as características das queixas dolorosas de pessoas que procuraram o acolhimento, bem como o impacto destas queixas na qualidade de vida e capacidade funcional das pessoas. Seria também relevante verificar o grau de satisfação dos usuários atendidos pelo acolhimento. E, por fim, é valioso estudar semelhanças e diferenças das características demográficas da população atendida e do atendimento proporcionado em outras regiões do Brasil.

CONCLUSÃO

Alterações respiratórias e queixas dolorosas foram os principais motivos de busca pelo acolhimento em uma unidade básica de saúde na cidade de São Paulo, seguindo-se queixas dermatológicas e gastrointestinais. A maioria dos

usuários foram submetidos à avaliação médica e o tratamento medicamentoso foi a conduta proposta com maior frequência. Observou-se que o Acolhimento não favorece suficientemente a melhoria assistencial, conforme se espera.

REFERÊNCIAS

1. Solla JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2005 out/dez;5(4):493-503.
2. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2003 jan/fev; 19(1):27-34.
3. Esperança AC, Cavalcante RB, Marcolino C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade básica de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. *Rev Min Enferm*. 2006 jan/mar; 10(1):30-6.
4. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, *et al*. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Cien Saude Colet [online]*. 1999 jul;4(2): 221-42.
5. Teixeira MJ, Teixeira WGJ, Santos FPS, *et al*. Epidemiologia clínica da dor musculoesquelética. *Rev Med (São Paulo)* 2001;80(Pt1):1-21.
6. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):316-9.
7. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999 abr-jun;15(2):345-53.
8. Franco T, Panizzi M, Foschirea M. O “Acolher Chapecó” e a mudança do processo de trabalho na rede básica de saúde. *Divulg Saúde Debate*. 2004;(30):30-5.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: 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.
10. Oliveira, LH de; Mattos, RA; Souza, AIS. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. *Cien Saude Colet [online]*. 2009 dez;14(5):1929-38.
11. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. *Rev. Esc Enferm USP*. 2004 jun;38(2):143-51.
12. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, *et al*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2002 jul;7(4):687-707.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [online]. (2003) National Center for Injury Prevention and Control (producer). August 2006.
14. Sistema Estadual de Análise de Dados. Informações de dados estatísticos [acessado durante o ano de 2007] [Monografia na internet] Disponível em <http://www.seade.gov.br>.
15. Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative Importance of Musculoskeletal Disorders as a cause of chronic health problems, disability, and health care utilization: Findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol*. 1994 mar;21(3):505-14.
16. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saude Publica*, 2007 mai;23(5):1151-60.
17. Silva MC, Fassa AG, Valle NCJ. Dor lombar crônica em uma população adulta do sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saude Publica*, 2004 mar/abr;20(2):377-85.
18. Lebrão ML, Carandina L, Magaldi C. Análise das condições de saúde e de vida da população de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. *Rev Saude Publica*, 1991 dez;25(6):452-60.
19. Tanaka OY, Espírito Santo ACG. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2008 jul/set;8(3):325-32.
20. Duchiede MP. Poluição do ar e doenças respiratórias: Uma revisão. *Cad Saude Publica*. 1992 jul/set;8(3):311-30.

21. Martins LC, Latorre MRDO, Saldiva PHN, *et al.* Relação entre poluição atmosférica e atendimentos por infecção de vias aéreas superiores no município de São Paulo: avaliação do rodízio de veículos. *Rev Bras Epidemiol.* São Paulo 2001 nov;4(3):220-29.

22. Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Cien Saude Colet* [online]. 2005 set;10(3):599-613.

23. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo assistencial. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2005 nov-dez;13(6):1027-34.

24. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, *et al.* Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador em saúde. *Rev APS.* Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 4-9, 2010 jan/mar;13(1):4-9.

25. Souza CN, Góes WB, Grisi SJFE. Avaliação do atendimento médico de equipes do Programa da Saúde da Família através da auditoria de prontuários. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Cunha ICKO, Silva GTR, organizadores. *Saúde na família e na comunidade.* 2002;142-66.

Submissão: julho/2011

Aprovação: agosto/2012
