

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RAFAEL ANDRADE CRISTINO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PLANO DE
ATENDIMENTO PARA UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO
RIO DE JANEIRO- RJ.**

FLORIANÓPOLIS-SC

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

RAFAEL ANDRADE CRISTINO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO- RJ.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Enfermagem na Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra. Márcia Astrês Fernandes

FLORIANÓPOLIS - SC

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: UM PLANO DE ATENDIMENTO PARA UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO- RJ** de autoria do aluno RAFAEL ANDRADE CRISTINO foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

Profa. Dra. Márcia Astrês Fernandes

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS - SC

2014

Dedico este trabalho a todos os profissionais e usuários da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, que contribuíram e contribuirão para esse projeto de intervenção.

À meus pais Walter e Cecília, pelo amor sem medida, pela educação e ensinamento que me ajudaram e deram a base necessária para vencer mais essa etapa e todas que estão por vir.

Em especial, ao meu grande amor, pelo carinho, atenção, companheirismo, incentivo, apoio, lealdade e compreensão mesmo nos momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a “DEUS”, fonte de amor, justiça e sabedoria, por permitir chegar não ao fim, mas ao início dessa longa caminhada.

À orientadora Prof^a.Dra.Márcia Astrês Fernandes e a tutora Murielk Motta Lino que sempre com sabedoria e paciência me ensinaram, apoiando e auxiliando com o sábio conhecimento.

À coordenação do curso de especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: atenção psicossocial em parceria com a Universidade aberta do SUS – UNA-SUS, por proporcionar a vários profissionais de saúde do Brasil, essa grande oportunidade de aumentarmos nossos conhecimentos teóricos e aplicá-los em nossa prática profissional, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade da assistência prestada aos nossos usuários, garantindo um SUS com qualidade.

Aos membros da Banca, por todas as contribuições na revisão final deste trabalho, pois vocês contribuem para fazer um Sistema Único de Saúde com maior qualidade e profissionais capacitados para de fato exercerem suas funções.

“Não há ensino sem pesquisa e pesquisa sem ensino. Esses que fazeres se encontram um no corpo do outro. Enquanto ensino, continuo buscando, reprocurando. Ensino porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade”.

(FREIRE, 2005).

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	16
4.1 Descrição do projeto de intervenção.....	16
4.2 Cronograma de implantação do projeto.....	28
4.3 Processo de análise e avaliação.....	29
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

RESUMO

O acolhimento envolve todo o processo de trabalho em saúde, desde sua entrada até a sua saída, iniciando na recepção, além de ser um processo de reorientação e reorganização da assistência à saúde. Assim, o objetivo do presente estudo consiste em elaborar um plano de acolhimento com classificação de risco para atendimento às demandas espontâneas de uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro RJ. Trata-se de um projeto de intervenção de acolhimento estruturado para ser desenvolvido e implementado em um período de três meses na UBS – Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, situada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Atualmente o município possui 6.429.992 habitantes, 76 Clínicas de Saúde da Família e aproximadamente 145 unidades básicas de saúde. A cobertura de ESF até 2013 foi de 40,66% com 971 Equipes de Saúde da Família credenciado no MS e mais de 70 Clínicas da Família em funcionamento e já pactuada para 2016 uma cobertura de 70%. Espera-se que o projeto possa contribuir para um atendimento com qualidade e humanizado, facilitando a promoção de uma assistência integral ao usuário. Ademais, poderá também contribuir para uma nova visão dos profissionais sobre suas práticas assistenciais e a sensibilização para desenvolver suas potencialidades no quesito acolhimento, além de estimular reflexões sobre o trabalho em saúde, no sentido de que possam praticar uma assistência acolhedora, humanizada com a escuta das necessidades do usuário, valorizando sempre as queixas, oferecendo autonomia, resolutividade e garantia a todos do direito à saúde.

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro tem passado, ao longo dos anos, por grandes transformações, especialmente após a promulgação da Constituição Federal de 1988, que deu origem ao Sistema Único de Saúde- SUS e a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que reforçou os princípios e diretrizes que norteiam o SUS. O art.196 da referida constituição estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e a garantia da universalidade e equidade de acesso à saúde, integralidade da assistência, participação popular, financiamento tripartite, bem como as ações de vigilância sanitária, epidemiológica, saúde do trabalhador, dentre outras mudanças (ARAÚJO et al, 2004).

Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família (PSF) com o propósito de constituir-se em uma estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil e alavancar o Sistema Único de Saúde (SUS) que, apesar dos avanços jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio sanitário nacional, regional ou local, permanecendo como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAÚJO et al, 2004).

De acordo com Araújo et. al. (2004) um pilar essencial na construção do novo modelo de atenção básica é a humanização, sendo esta proposta que a Estratégia de Saúde da Família tem por objetivo contemplar por meio da criação de vínculo entre profissionais/usuários/famílias e da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade.

O SUS vem para contrapor o modelo biomédico e hospitalocêntrico com várias propostas e dentre elas o acolhimento/humanização da assistência, como estratégias de intervenção que podem auxiliar na concretização dos princípios e diretrizes do SUS.

Acolhimento está intimamente relacionado com a criação do vínculo, pois acolhimento e vínculo são características essenciais no processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Para Franco et al (1999) acolhimento é uma forma de organização do serviço de saúde e com uma resposta positiva ao problema de saúde apontado pelo usuário.

O acolhimento possui três princípios como: atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal e reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, além de qualificar a relação profissional/usuário por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al, 1999).

O acolhimento envolve todo o processo de trabalho em saúde, desde sua entrada até a sua saída, iniciando na recepção. Para Henninton (2005) acolhimento é um processo de reorientação e reorganização da assistência à saúde.

O acolhimento não se esgota na recepção do usuário e devem permanecer nos demais encontros que ocorrem durante a sua permanência no serviço de saúde, do mesmo modo, o acolhimento existente na unidade de saúde tem papel primordial na autonomia desse usuário, afim de que o mesmo possa fazer suas escolhas e superar eventuais dificuldades, determinando de forma concreta um vínculo duradouro entre usuário e serviço (RAMOS; LIMA, 2003).

O município do Rio de Janeiro no ano de 2010 contava com uma cobertura de 3% em Estratégia de Saúde da Família e no final de 2013 a cobertura era de 60%, sendo que já foi pactuado para 2016 uma cobertura de 70%. Percebe-se, portanto, uma fragilidade na Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, necessitando de melhorias na qualidade da assistência prestada à população usuária do SUS no município.

Diante do exposto, surgiu a motivação para elaborar um projeto de intervenção com o propósito de promover a melhoria da assistência ao usuário de forma humanizada e acolhedora, cujo principal pilar é o acolhimento digno para todos os usuários que procura a unidade de saúde, sem discriminação ou distinção.

Assim, o objetivo do presente estudo consiste em elaborar um plano de acolhimento com classificação de risco para atendimento às demandas espontâneas de uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro-RJ.

Considerando que o acolhimento pode ser a base para uma humanização da assistência nas instituições de saúde, a fim de possibilitar a resolutividade, vínculo e responsabilização do cuidado entre os profissionais e usuários, o presente estudo poderá contribuir para a melhoria da qualidade da assistência prestada na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, bem como colaborar com a ampliação do vínculo entre usuário/profissional e um aumento da satisfação dos mesmos.

2.0 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

De acordo com Brasil (2011) acolhimento pode ser entendido como uma relação de cuidado entre os profissionais de saúde e usuários, de modo a receber e escutar os usuários, podendo ser de formas variadas e iniciando uma relação de cuidado com o usuário.

No entanto, é fundamental se analisar como está sendo realizado o acolhimento nas unidades de saúde, pois a demanda espontânea o usuário tem o direito de definir o que é necessidade de saúde para ele, por isso, é fundamental que os profissionais da unidade o acolhem, escuta, problematiza e reconhece as suas necessidades.

São várias as situações em que devemos acolher o usuário, mesmo que não programadas como: usuário com cefaleia ou tontura; pessoa com ardência ou dor ao urinar; alguém que está com insônia há uma semana; criança com febre; mulher com sangramento genital, entre outros. Essas situações revelam que, apesar de ser necessário programar o acompanhamento do usuário na agenda de um profissional, devemos estar com as portas abertas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos (BRASIL, 2004).

O acolhimento requer agendamento, encaminhamento e apoio matricial, sendo de suma importância à escuta ativa, pois em certos momentos os usuários buscam o atendimento da unidade por sentirem-se desamparados, desprotegidos, ameaçados, fragilizados e, assim, procuram o serviço por considerarem o vínculo terapêutico de confiança e respeito com a equipe de saúde.

O fato de conhecer um usuário, sua história, não só facilita a identificação do problema (evitando, às vezes, exames e procedimentos desnecessários ou indesejáveis), como também o seu acompanhamento, pois, não raro, o usuário que é acompanhado pode apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos em que o acompanhamento não está agendado (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2011) a implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças na organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar, pois para acolher com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado ou encaminhar todas as pessoas ao médico, visto que o acolhimento não se trata de uma triagem para atendimento médico.

Para o sucesso do acolhimento é necessário que a equipe reflita e discuta sobre algumas situações, como: o conjunto de ofertas disponíveis na unidade; o modo como os

diferentes profissionais participarão do acolhimento; quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar ou agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado, além da consulta, podem ser necessárias etc (BRASIL, 2011).

Para implantar o processo do acolhimento com vistas a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes apenas ações normativas, burocráticas nem discursivas, tampouco destinar uma sala de acolhimento, restringir a responsabilidade de acolher aos trabalhadores da recepção ou a qualquer trabalhador isoladamente, pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Além disso, jamais deve restringir o acolhimento em um horário específico como no turno da manhã ou tarde (BRASIL, 2011).

Para um efetivo acolhimento se faz necessário o envolvimento de toda a equipe multiprofissional, sendo necessário um conjunto de ações articuladas que envolva usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de uma única pessoa.

O fluxograma em uma UBS com Estratégia de Saúde da Família é fundamental, pois define um padrão do fluxo do usuário desde sua entrada até a saída. Esse fluxograma precisa ser revisado frequentemente, posto que, o número de equipes e a estrutura física da unidade podem interferir diretamente no fluxo (BRASIL, 2011).

O fluxograma deve ser tomado como uma oferta, um ponto de partida possível, uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo na UBS, devendo, sempre que necessário, ser adaptado, enriquecido, testado e ajustado, considerando a singularidade de cada lugar, de modo a facilitar o acesso, a escuta qualificada e o atendimento às necessidades de saúde da população com equidade.

De acordo com Brasil (2011) há vários modelos de acolhimento, a saber: o acolhimento pela equipe de referência do usuário; a equipe de acolhimento do dia: o acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia) e; o acolhimento coletivo.

O acolhimento pela equipe de referência do usuário tem como principal característica o acolhimento de cada usuário pelos profissionais de sua equipe de referência, sendo que há várias formas de desenvolver esse tipo de acolhimento, podendo ser o enfermeiro para fazer a escuta do usuário e avaliação clínica e/ou médico e, enfermeiro realiza a escuta e avaliação clínica simultaneamente e/ou em determinada hora o enfermeiro realiza a escuta do usuário e depois passa para outro profissional da equipe. A principal vantagem dessa modelagem é a

potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adstrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade.

A equipe de acolhimento do dia funciona em unidades com mais de uma equipe, sendo que o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem da determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo aos usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda do acolhimento. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão escalados, não precisam reservar agenda para o acolhimento. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão escaladas podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adstrita e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia.

O acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia) acontece em unidades com mais de uma equipe, e estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário para o enfermeiro de cada equipe que acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Além disso, fica um enfermeiro com sua agenda sem marcação de consultas, para poder acolher e absorver toda a demanda da unidade após terminar o horário estipulado e/ou a quantidade de usuários previamente estipulado para o acolhimento por equipe.

E por fim, o acolhimento coletivo. Este no primeiro momento do funcionamento da unidade toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde.

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento da demanda espontânea, pois a equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo e evitando diferenciações injustas e negativas (BRASIL, 2011).

Segundo Brasil (2011) uma estratégia para a garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação e ou estratificação de risco, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, procedendo às devidas prioridades. Portanto, é necessário ter um espaço mais reservado para escuta e identificação de riscos, como o atendimento individual de enfermagem.

Em alguns casos, o tato, a competência técnica, o bom senso e a sensibilidade são suficientes para avaliar os casos atendidos, considerando o risco e a vulnerabilidade, porém, outros profissionais podem ter dificuldades na estratificação, assim é importante que as equipes discutam e que haja troca de conhecimentos, que sejam pactuados critérios e sinais que sirvam de subsídios para a classificação de risco, bem como para o entendimento da vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

A utilização de protocolos e suas respectivas escalas têm impacto importante na qualidade do acesso desses serviços, especialmente na atenção básica, na qual as noções de vinculação, responsabilização, clínica ampliada e gestão do cuidado são fundamentais, exigindo uma combinação do olhar sobre riscos e vulnerabilidades.

O acolhimento demanda uma mudança no modo de realizar o atendimento individual para além da inclusão do atendimento de casos agudos do dia, por isso, a agenda dos profissionais se torna um recurso-chave tanto para garantir a retaguarda para o acolhimento, quanto para a continuidade do cuidado programático ou não (BRASIL, 2011).

Por isso, é fundamental o planejamento e gestão das agendas, pois devem ter espaços para as demandas programadas, demandas espontâneas e retornos/ reavaliações, sendo assim, a construção das agendas precisa de critérios. Jamais, programar as consultas por categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica.

O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário avaliar constantemente a agenda, pois quanto maior o tempo de espera, maior a chance dos usuários buscarem outros meios de resolver seus problemas, assim como normalmente são maiores as taxas de absenteísmo dos pacientes agendados , o que acaba agravando o acesso (BRASIL, 2011).

3.0 MÉTODO

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção estruturado para ser desenvolvido e implementado em um período de três meses na UBS – Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, situada na zona norte do município do Rio de Janeiro, na comunidade do Jacarezinho, atendendo uma população de aproximadamente 22.600 usuários de acordo com o SIAB.

No município do Rio de Janeiro há um sistema novo de saúde funcionando, sendo um dos mais recentes investimentos da prefeitura do município. O sistema de saúde funciona da seguinte forma – atenção primária (UBS tradicional e ESF), atenção secundária (UPAS e hospitais) e a terciária (centro de reabilitação). De acordo com o IBGE (2013) o município possui 6.429.992 habitantes, 70 clínicas de saúde da família e aproximadamente 145 unidades básicas de saúde. A expectativa para até final de 2016 haja uma cobertura de 70%.

Após, será exposto o projeto para aprovação dos profissionais de saúde da unidade e da gestora local, e será definida a data de implantação do projeto.

No projeto de intervenção adotou-se o protocolo de enfermagem do município do Rio de Janeiro publicado em 2012 – 2ª edição, as linhas de cuidados da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, o caderno da atenção básica número 28 que trata sobre acolhimento as demandas espontâneas, além de artigos científicos para o embasamento teórico.

Em relação ao monitoramento e controle das ações, pretende-se criar uma planilha de consolidado das demandas espontâneas na unidade, a fim de ser consolidado mensalmente para a exposição na reunião geral sobre as demandas espontâneas da unidade.

No que tange a organização e gestão do serviço serão feitas algumas ações como: capacitação sobre acolhimento aos usuários na unidade; garantia de um atendimento humanizado, com qualidade e acesso aos serviços de saúde ofertados; exposição da cartilha dos direitos e deveres do usuário.

Em relação ao engajamento público serão feitas algumas ações como: orientação na comunidade sobre o funcionamento da unidade; cartilha dos direitos e deveres do usuário; acesso à informação nas salas de esperas através de ações educativas.

Na qualificação da prática clínica pretende-se promover a capacitação da equipe multiprofissional na unidade básica de saúde para sistematizar e padronizar o atendimento relacionado aos usuários por demanda espontânea, além de trabalhar com ações de

conscientização da equipe multiprofissional para um atendimento acolhedor, humanizado e com qualidade; incentivo aos profissionais de saúde sobre a relevância dos grupos educativos em saúde na comunidade, auditório e na sala de espera.

A população alvo do projeto de intervenção será de aproximadamente 22.600 usuários assistidos pela Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, no município do Rio de Janeiro-RJ.

No município é utilizado um sistema denominado SISREG – Sistema de Regulação da Prefeitura para encaminhar o paciente a qualquer tipo de assistência secundária ou terciária. O usuário é lançado no sistema, no qual entra em uma fila de espera de acordo com a classificação de seu risco. E o médico regulador (médica responsável técnica da unidade) ou a gerente local deve entrar diariamente para regular as vagas que são abertas de acordo com a especialidade médica e/ou procedimento. Caso haja vaga, ambos podem regular a vaga para o usuário da sua unidade, além disso, conta-se com um regulador externo que também pode aprovar ou reprovar as solicitações.

4.0 RESULTADOS E ANÁLISE

4.1 Descrição do projeto e plano de ação

O cenário de implantação do projeto será a Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira, localizada no município do Rio de Janeiro- RJ e que possui 07 equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal e 01 equipe de consultório de rua.

No município do Rio de Janeiro há um novo sistema de saúde funcionando e um dos mais recentes investimentos da prefeitura no município. O sistema de saúde estrutura-se da seguinte forma – atenção primária (UBS tradicional e ESF), atenção secundária (UPAS e hospitais) e a terciária (centro de reabilitação). De acordo com o IBGE (2013) o município possui 6.429.992 habitantes, 76 Clínicas de Saúde da Família e aproximadamente 145 unidades básicas de saúde. A cobertura de ESF até 2013 foi de 40,66% com 971 Equipes de Saúde da Família credenciado no MS e mais de 70 Clínicas da Família em funcionamento e já pactuada para 2016 uma cobertura de 70%.

O NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família fornece assistência a todas ESF, entretanto cada NASF é responsável por 3 unidades, o que acaba tornando um serviço deficitário. No município se utiliza um sistema denominado SISREG para encaminhar o paciente a qualquer tipo de assistência secundária ou terciária. Pelo fato do serviço ser informatizado e todo o município do Rio de Janeiro utiliza esse sistema, e muitas vezes ocorrem demoras e filas. Apesar desta dificuldade, o sistema funciona vasculhando onde e quando pode ser realizado o procedimento. No caso de conseguir encontrar a unidade ou o profissional, o médico responsável técnico da unidade (responsável pela regulação), a gerente e um regulador externo regulam e marcam a consulta, exame ou procedimento com dia, hora e local. Este trabalho resulta na diminuição de filas e de usuários tendo que buscar a própria sorte por serviços especializados.

A unidade da ESF é urbana, sendo composta por 08 equipes das quais uma atua na rua. As equipes da ESF são compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, dentista, técnico de saúde bucal, auxiliar de consultório dentário, agente de vigilância em saúde e auxiliar administrativo. A equipe de rua é composta por um coordenador, um enfermeiro, um psicólogo, um músico terapeuta, um médico, três agentes de redução de danos, três agentes comunitários de saúde, um auxiliar administrativo. A equipe odontológica é composta por três dentistas, três técnicos de higiene bucal e três auxiliares de saúde bucal. Existem na unidade oito auxiliares administrativos, pessoas que

prestam serviços gerais e também dois vigilantes. Tem ainda, uma gerente que é assistente social, além de um farmacêutico, uma técnica de farmácia, um técnico de raio X, sete agentes de vigilância em saúde e o apoio da equipe do NASF 3 (psicóloga, psiquiatra, terapeuta ocupacional, pediatra, educador físico, farmacêutica, ginecologista, fisioterapeuta).

O vínculo de contrato é por meio da Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT através de uma organização social (empresa privada que administra a saúde) e recentemente criou-se o vínculo com as instituições de ensino IESC/UFRJ e ENSP/FIOCRUZ. Atualmente há 01 residente de enfermagem, 01 residente de psicologia, 05 internas da medicina do IESC/UFRJ e já para início no dia 18 de maio de 2014, ingressaram os residentes multiprofissionais da Escola Nacional de Saúde Pública.

A unidade de saúde foi construída para tal fim, com área totalmente plana, com rampa de acesso, rua com asfalto, um bom espaço para os usuários se acomodarem enquanto esperam as consultas. A estrutura física é bem parecida com o preconizado pelo MS, que conta com: 08 consultórios de equipe, 02 consultórios extra, 01 sala da criança, 01 sala acolhimento mamãe-bebê, 01 sala da mulher, 01 sala para diabetes e hipertensão, 01 sala para utilidades (expurgo e esterilização), 01 sala de eletrocardiograma, 01 sala de observação, 01 sala de raio x, 01 sala de ultrassonografia, 01 sala de coleta de sangue, 01 sala de vacinação, 01 sala de curativos, 01 sala de procedimentos, 01 sala da odontologia, 01 escovário, 03 banheiros adaptados para pessoas com necessidade especiais, 01 almoxarifado, 01 sala dos agentes, 01 sala da administração/gerência, 01 sala de reunião, 01 auditório bem amplo, 01 farmácia, recepção, estacionamento, 01 academia da terceira idade, 01 copa, banheiro para funcionários. Todas as salas são bem equipadas, porém alguns pontos ainda deixam a desejar por não serem iguais às preconizadas pelo MS.

Uns dos pontos positivos é o conhecimento das equipes sobre a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, reconhecendo as suas características sociais, demográficas e epidemiológicas – identificando os problemas de saúde prevalentes e situações de risco as quais a população está exposta; participam junto com a comunidade situações de risco e intervir junto à realidade de cada um e prestam assistência integral aos mesmos; realizam visita domiciliar programadas aos usuários; ter o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde que é um componente facilitador entre os outros membros da equipe e os usuários.

Após 03 anos de inauguração da unidade supriu-se a necessidade dos profissionais médicos, onde há 03 médicos do Programa Mais Médicos, além de 04 outros médicos, ambos com carga horária de 40 horas, completando as equipes.

O estímulo à criação de um Conselho Local de Saúde pode ser uma das soluções para que as equipes possam expor as dificuldades enfrentadas na unidade e todos juntos, se articulassem para conseguir resolver os problemas atuais encontrados na unidade de saúde, que muitas das vezes fogem da alçada de nós profissionais de saúde. A educação em saúde talvez seja a maneira mais ideal em uma ESF para conseguirmos a implantação de um Conselho Local de Saúde.

Para a assistência de uma população de aproximadamente 22.600 usuários, as 07 equipes de ESF realizam atendimento de clínica médica (quando há o profissional médico na equipe), pré-natal, consulta ginecológica, puericultura, atendimento para hipertensos e diabéticos, grupos de gestantes, atividades em escolas, planejamento familiar, grupo de reabilitação, grupo de artesanato, grupo de tabagismo, grupo de criança e adolescente, grupo de hipertensos e diabéticos, grupo de melhor idade (idosos), caminhada, alongamento e dança de salão. Além disso, existem também: realização de triagem neonatal, teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C, triagem pré-natal, teste rápido de dengue, aferição de pressão arterial, nebulização, administração de medicamentos, realização de curativos, administração de vacinas, eletrocardiograma, verificação do HGT- hemoglicoteste.

Baseados no perfil demográfico que exhibe um alto número de menores de 5 anos (aproximadamente 10%) e idosos acima de 60 anos, enfocou-se na unidade, além das atividades rotineiras dos grupos, atividades semanais nas escolas e creches da área adstrita e ações voltadas para o envelhecimento saudável. Há ainda uma 8ª equipe que é o consultório de rua, realizando um trabalho fantástico com os usuários de drogas e moradores de rua, população muitas vezes esquecida e abordada tão somente com ações pontuais e efêmeras.

Analisando a relação entre a demanda programada e espontânea, recursos humanos, estrutura física considerando a carga de trabalho dos profissionais exigida pela unidade e os propósitos traçados pela equipe, a unidade apresenta uma estrutura bem próxima da preconizada pelo MS (Ministério da Saúde), visto que são realizados, em média, 300 a 500 atendimentos diariamente, dentre os quais consultas, procedimentos, curativos e imunizações.

A ESF (Estratégia de saúde da família) atualmente deve atender as agendas programadas e espontâneas, que às vezes procuram o serviço quando na realidade deveriam se dirigir imediatamente a uma Unidade de Pronto Atendimento- UPA. Embora isso seja uma falha dos profissionais, pois a educação em saúde é fundamental para que os usuários consigam entender a real função da ESF e UPA. No município do Rio de Janeiro, a ESF é algo bem novo, pois nas gestões anteriores não expandiram a Estratégia de Saúde da Família,

com isso, os usuários ainda não estão bem esclarecidos ou relutam em aprender sobre a diferença entre ESF e UPA.

De acordo com o protocolo local do município, os usuários deveriam chegar à unidade e ser recebido pelo posso ajudar (agente comunitário de saúde que fica com um colete azul), onde iniciaria o acolhimento, então após a escuta, o usuário é encaminhado ao guichê de sua equipe ou para alguma sala específica como procedimento, curativo, imunização, triagem neonatal, auditório. O outro agente comunitário de saúde faria a escuta ativa do usuário e solicitaria que o aguardasse na sala de recepção em caso de demanda programada e em caso de demanda espontânea deve-se ser encaminhado para uma avaliação clínica da sua equipe (médico, enfermeiro, dentista ou técnico sob supervisão), onde poderia gerar o atendimento ou a marcação de uma consulta programada, de forma que todos os usuários saíam acolhidos e orientados.

Todavia, isso não acontece, e comumente o usuário chega ao serviço e deveria ser recepcionado pelo o agente comunitário de saúde, porém quase não se encontra na recepção, então esse usuário vai até os consultórios ou quando vão ao guichê falam com o ACS e os mesmos, mal ouvem suas queixas e mandam embora, alegando não ter médico, tirando a oportunidade de uma avaliação com o enfermeiro e com isso, restringindo o acesso.

De forma que, se faz necessário criar um plano de acolhimento na unidade com classificação de risco, melhorar o envolvimento dos profissionais com serviço de saúde, criar um fluxograma de encaminhamento para os serviços ofertados na unidade, supervisionar o serviço de acolhimento e recepção da UBS, capacitar a equipe para um acolhimento de forma humanizado e acolhedor a fim de aumentar o vínculo e a confiança no serviço de saúde, dentre outras ações.

Acredita-se que além da educação em saúde dos usuários, os enfermeiros de equipe devem também realizar educação em saúde dos funcionários de sua equipe, pois demanda espontânea em excesso acaba prejudicando o desempenho da equipe.

Entre consultas agendadas e demanda espontânea, a equipe médica atualmente com 03 médicos, deve realizar no mínimo 12 consultas por período e alguns profissionais acabam negando realizar algum atendimento quando algum enfermeiro solicita avaliação médica. Com isso, é necessário que a equipe também compreenda a real função de uma unidade com Estratégia de Saúde da Família, mesmo com um número de profissionais reduzidos, para que, somente assim, alcancemos uma atenção humanizada, holística, com formação de vínculo, longevidade e resolubilidade.

Acredita-se que com a implantação de um Conselho Local de Saúde e com uma gerência e um médico responsável técnico bem atuante, essas questões possam ser resolvidas com a equipe médica.

Na unidade procura-se captar as gestantes o mais precocemente possível, sendo realizado o diagnóstico de gravidez (TIG) realizado pela urina, e caso o resultado seja positivo, é agendada a primeira consulta de pré-natal com no máximo 7 dias. Durante a consulta de pré-natal, o profissional inscreve a gestante no SIS-PRENATAL, solicita os exames preconizados pelo MS, fornecem orientações nutricionais e hábitos saudáveis, incentiva o parceiro no acompanhamento da gestante às consultas na unidade, encaminha para avaliação odontológica, verifica o cartão de vacina da gestante e encaminha à sala de imunização, realiza a coleta de citopatológico (caso necessário) e exame clínico das mamas, encaminha para o projeto cegonha carioca, realiza prescrições necessárias de acordo com o protocolo da SMSDC- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, encaminha ao grupo de gestante e grupo de planejamento familiar, incentiva a amamentação exclusiva até os 6 meses desde a primeira consulta de pré-natal, incentiva a participação ativa dos familiares no acompanhamento da gestante, dentre outras. Conta-se ainda com a participação ativa dos ACS no processo da busca ativa das faltosas, bem como na identificação as situações de vulnerabilidade.

As crianças da área de abrangência recebem sua primeira consulta na visita domiciliar e outra em até 28 dias de nascimento que é agendada com o nome da mãe na última consulta de pré-natal. Após identificação do agente comunitário de saúde na visita domiciliar através da data provável do parto, então é agendada uma visita domiciliar com o enfermeiro ou médico logo que a puérpera receba alta da maternidade. Nesta oportunidade se avalia a mãe e o bebê, além de ministrar orientações sobre os cuidados com o RN, chamando atenção para amamentação em livre demanda, cuidados com a higiene corporal, oral e do coto umbilical, a vacinação, teste do pezinho, orelhinha e do olhinho.

A unidade oferece a usuárias alguns serviços como: teste do pezinho que deve ser realizado preferencialmente de 3 a 5 dias após o nascimento; consultas de puericultura conforme o protocolo do MS; prescrição de suplemento vitamínico e ferro para crianças que não estão recebendo amamentação no seio materno; o programa bolsa família e cartão família carioca, o PSE – Programa de saúde escolar; dentre outras ações.

As ações de atenção à prevenção do câncer ginecológico são realizados na unidade pela equipe de enfermagem através das salas de espera na recepção e durante as consultas de enfermagem, além das palestras realizadas no auditório. Os atendimentos são registrados no

prontuário eletrônico – VITA CARE e em um livro específico onde são registrados os resultados dos exames citopatológicos e da mamografia, sendo revisados, trimestralmente, por uma equipe.

As melhorias na unidade em relação à prevenção do câncer do colo de útero e de mama são poucas, porém, talvez haja a necessidade de se criar um grupo para orientar as mulheres sobre o câncer do colo de útero e de mama.

As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos que são realizadas na unidade são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e saúde bucal, imunizações, promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis e saúde bucal. As ações são estruturadas de forma programáticas, com protocolos da Secretaria Municipal de Saúde e do MS. Os aspectos positivos são a realização da promoção e prevenção à saúde dos diabéticos e hipertensos, acompanhamento do programa HIPERDIA, saúde bucal voltada a essa população específica, grupos de orientações, grupo de caminhada, academia carioca.

Um dos pontos negativos que precisam ser revistos pela unidade é uma comissão de monitoramento das ações voltadas aos hipertensos e diabéticos, além da não realização de consultas intercaladas devido à alta rotatividade de profissionais médicos.

A estimativa do Ministério da Saúde é de 2.200 idosos acima de 60 anos, porém atualmente temos aproximadamente 2.747 idosos cadastrados e acompanhados pela clínica, no qual 224 idosos são acamados e/ou restritos ao domicílio.

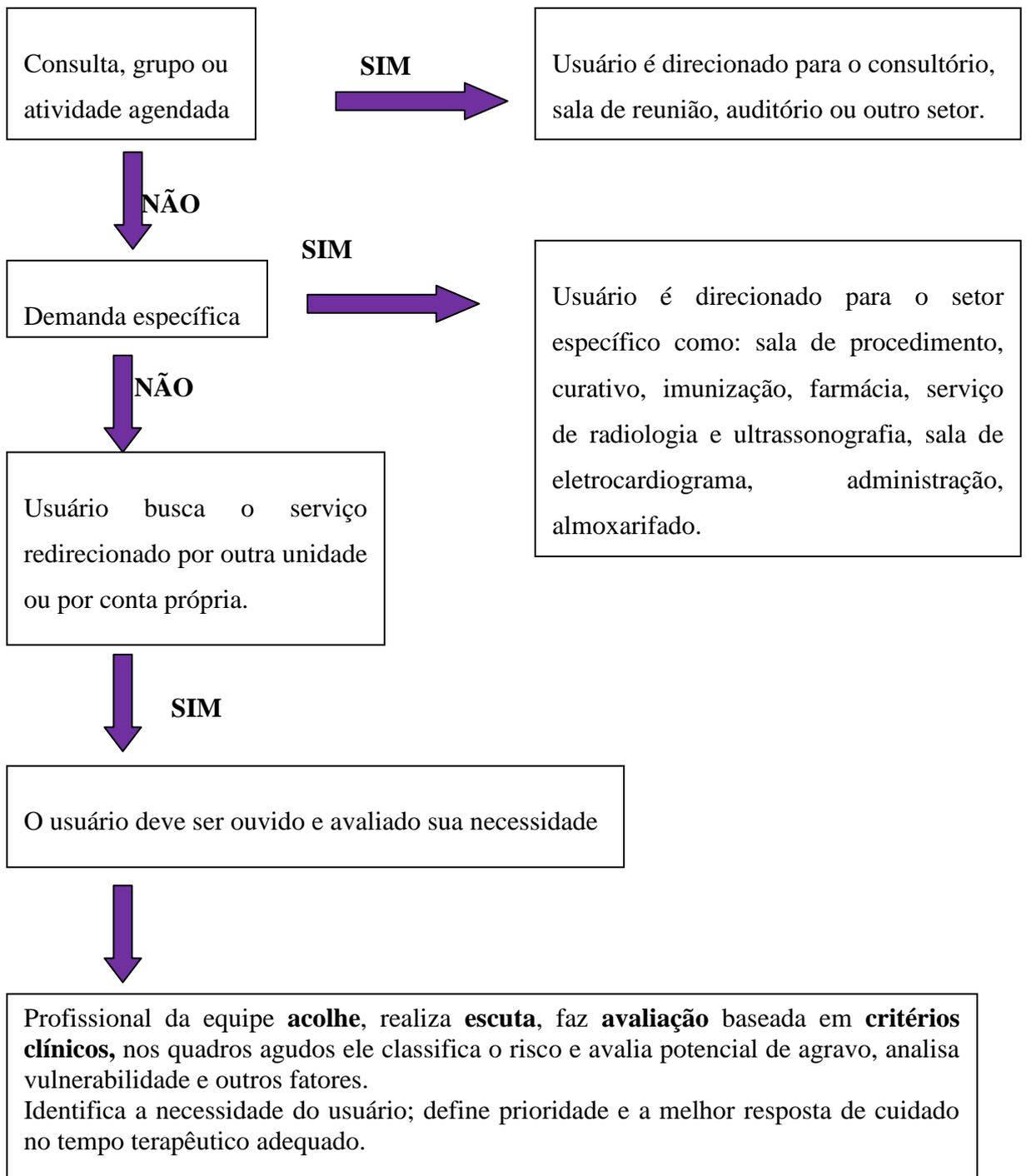
A unidade aguarda uma possível acreditação na saúde do idoso, pois foram uma das unidades selecionadas no Rio de Janeiro para receber esse tipo de certificação de qualidade no atendimento ao idoso devido ações voltadas para este público. Atualmente conta-se com apoio de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, professor de educação física, nutricionista, psicóloga dando apoio a ESF, com isso, implantou-se os grupos da idade feliz, grupo de caminhada, grupo da academia carioca, grupo de reabilitação, grupo de artesanato, grupo de dança, consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológica, assistência farmacêutica, dentre outras ações voltadas para qualidade de vida.

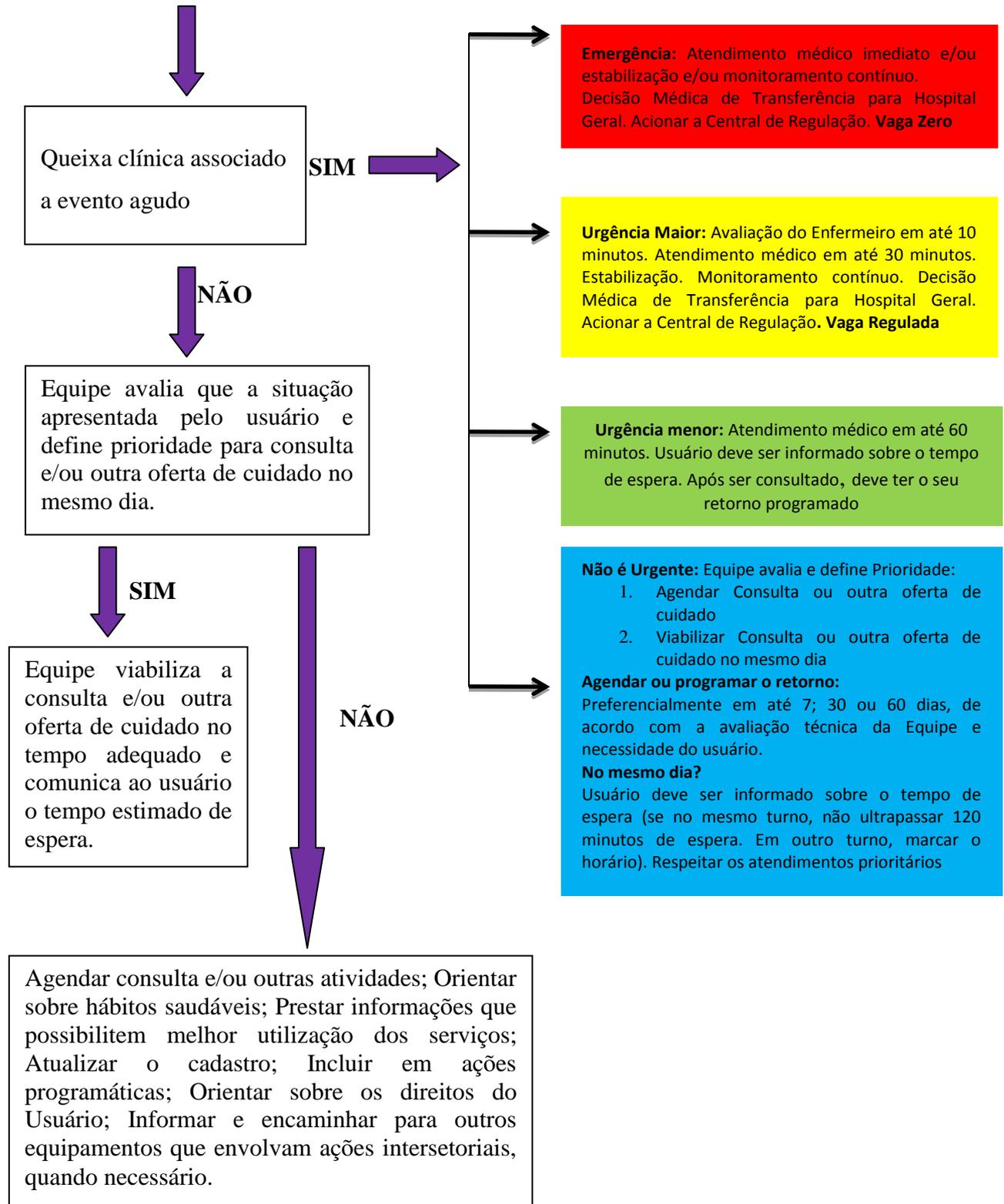
Embora a unidade possua uma boa estrutura física, com uma equipe multiprofissional bem atuante, um dos desafios consiste na reestruturação do acolhimento, pois é na porta de entrada que se inicia o acolhimento e começa a criação do vínculo com o usuário. A seguir é descrito o plano de ação que será executado.

PLANO DE AÇÃO

Fluxograma de Orientação do Acesso

Usuário chega à unidade sendo recepcionado pelo o “agente comunitário de saúde - posso ajudar”, que iniciará o acolhimento, realizando a escuta ativa do usuário e redirecionando ao guichê de sua equipe.





Usuário não pertence ao Território. Deve-se lembrar que o Acesso é Universal, então, acolher, avaliar, consultar, se necessário. Redirecionar por escrito para unidade de referência do usuário. Acessar o site da SUBPAV e localizar a unidade do usuário, imprimindo guia e explicando a sua unidade de referência. Caso seja necessário, entrar em contato com a Unidade para comunicar redirecionamento.

De acordo com Rio de Janeiro (2012) classificar riscos implica em avaliar a situação clínica do usuário, ouvir sua queixa verificando forma e duração, histórico do usuário, sinais vitais, exame físico, uso de medicamento, alergia, glicemia e ECG (caso necessário).

VERMELHO - EMERGÊNCIA

Parada cardiorrespiratória ou risco de uma parada, crise convulsiva; trauma grave; grande queimadura com acometimento das vias aéreas; cefaléia (rigidez de nuca, dor intensa, náuseas/vômitos, alterações do estado mental, sinais neurológicos focais como afasia, paresia); Choque (hipotensão PA < 80 mmHg, taquicardia/ bradicardia, palidez acentuada, sudorese, pele fria, pulso fraco, síncope); Alteração do estado mental (Glasgow < 8, doença psiquiátrica com rigidez de membro, agitação psicomotora, intoxicação exógena); Insuficiência respiratória (apnéia, cianose, dispnéia importante, letargia/confusão mental); Gravidez apresentando metrorragia; Dor torácica (Dor torácica com duração superior a 30 minutos, sem melhora em repouso, irradiando para um ou os dois MMSS de forte intensidade acompanhada de náuseas, vômitos, podendo ter queimação epigástrica, perda da consciência com história de IAM, angina, aneurisma e embolia pulmonar); AVC (hemiplegia aguda com grande déficit neurológico); Emergência hipertensiva associado a complicações agudas como AVE, IAM, IRC.

AMARELO – URGÊNCIA MAIOR

Trauma leve a moderado (TCE, cefaleia moderada, náuseas/vômitos, luxação, sinais vitais normais); Queimaduras de 2° e 3° grau com área < 10% e 1° grau > 10% em áreas não críticas; Dor torácica (localizada ou em pontada, com piora na respiração profunda, com dor de intensidade moderação sem melhora com analgésico, febre e com distensão abdominal associada); Diarreia ou vômito (sem instabilidade

hemodinâmica, letargia, turgor cutâneo diminuído, mucosa ressecada); Articulações apresentando processo inflamatório (dor, calor, rubor, edema e eritema), urticária e prurido intenso; Diálise (distúrbio hidroeletrólítico e com risco de arritmias); Dor intensa (abdome, cabeça e tórax); Luxações; Lombalgia traumática ou não com diminuição de MMII; Transtorno psíquico comportamental (gesticulando, agressivo, com risco imediato para si ou para outrem, com ou sem acompanhante).

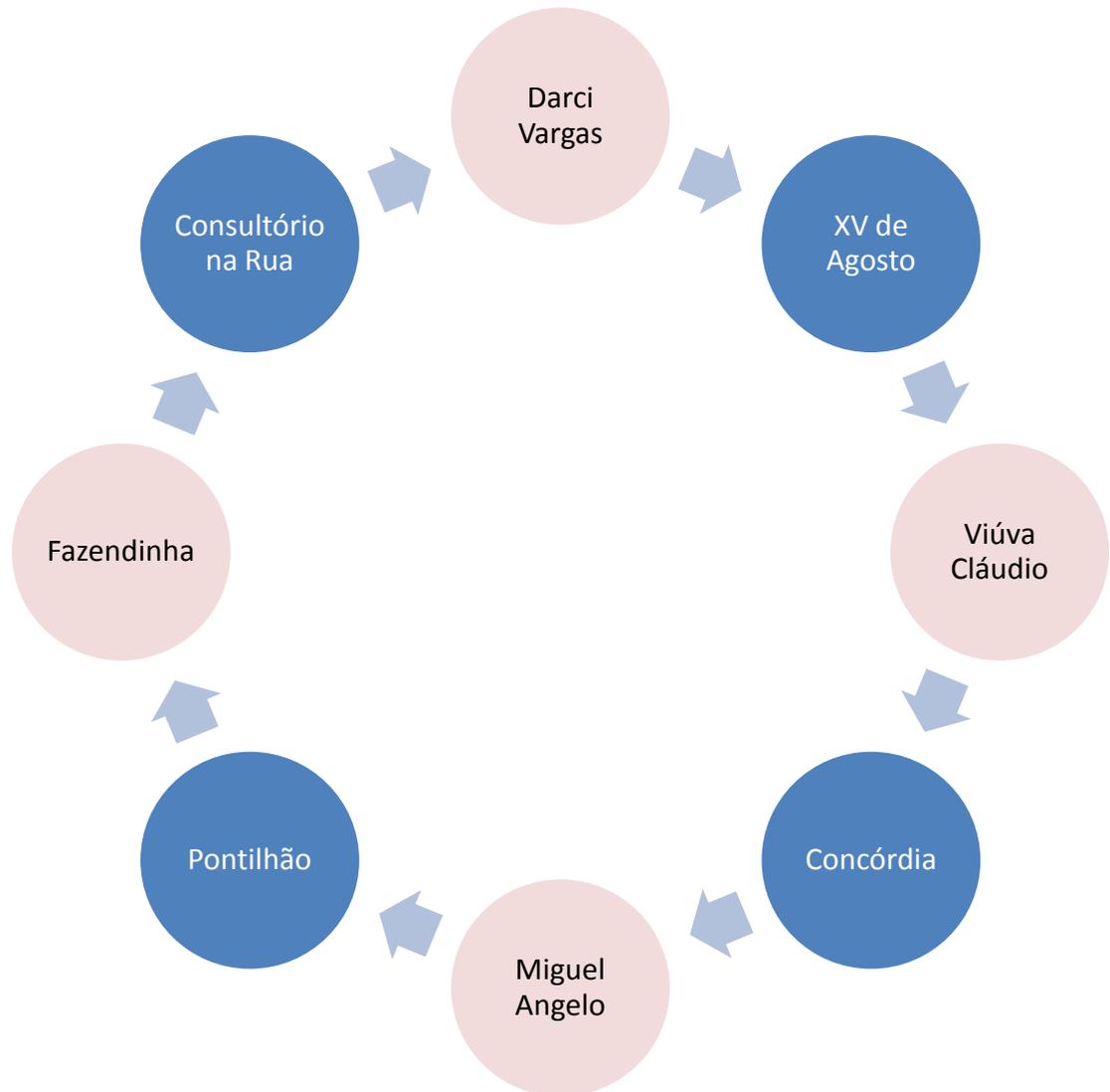
VERDE – URGÊNCIA MENOR

Trauma leve; Queimadura 1º grau < 10%; Míiase infestação intensa; Úlcera com febre ou infecção local, necrose; Cefaleia (Não súbita, não intensa, não enxaqueca, rinorreia purulenta, sem fator de risco, sinais vitais estáveis); Transtorno psíquico comportamental (gesticulando porém não agressivo, sem risco imediato para si ou para outrem, com acompanhante); Sintomas gripais (dor de garganta, dor de ouvido, tosse produtiva, rinorreia purulenta, febre < 38,5°C, mialgia); Vômito e diarreia sem desidratação (sinais vitais normais, mucosas úmidas, diurese e turgor cutâneo normais).

AZUL – NÃO URGENTE

Trauma leve (escoriações, dor leve, contusão, distensão, mialgia); Queimadura 1º grau em pequenas áreas; Úlcera limpas, controle de úlcera crônica, retirada de pontos; Transtorno psíquico comportamental (depressão crônica ou recorrente, insônia, impulsividade, crise social, sinais vitais normais, estado mental normal); Sintomas gripais (dor de garganta, coriza, queixas leves, estado febril, sinais vitais normais); Vômito e diarreia sem desidratação (sinais vitais normais, sinais vitais normais); Dor leve a moderada (crônica, central ou periférica piora com compressão, lombalgia crônica não traumática, em MMII ou articulações crônicas).

FLUXOGRAMA DA EQUIPE IRMÃ



Importa ressaltar que o acolhimento deverá ser realizado em equipe, visto que os problemas agudos também são de responsabilidades dos profissionais da equipe. Além disso, facilita a intervenção naquele momento, por conhecerem a história do usuário. A avaliação clínica deverá ser realizada pela equipe técnica composta por médico, enfermeiro, dentista e técnicos sob supervisão dos mesmos.

Diferentemente das Unidades de Pronto Atendimento, o médico, o enfermeiro e o dentista são responsáveis pela avaliação clínica, não sendo essa atribuição exclusiva do enfermeiro (RIO DE JANEIRO, 2012).

Na ausência do médico e do enfermeiro da equipe, nunca poderá ser negado o atendimento ao usuário que deverá ser referenciado a outra equipe para avaliação. Para isso, utilizam-se as equipes irmãs como referência.

4.2 Cronograma de implantação do projeto

1º Semana	2º Semana	3º Semana	4º Semana
<p>Capacitação sobre acolhimento das equipes Darci Vargas e Viúva Cláudio;</p> <p>- Discussão sobre o processo de implantação do plano de acolhimento na UBS;</p> <p>- Apresentação do projeto de intervenção sobre acolhimento.</p>	<p>- Capacitação sobre acolhimento das equipes Miguel Ângelo e Concórdia;</p> <p>- Discussão sobre o processo de implantação do plano de acolhimento na UBS;</p> <p>- Apresentação do projeto de intervenção sobre acolhimento.</p>	<p>- Capacitação sobre acolhimento das equipes XV de Agosto e Pontilhão;</p> <p>- Discussão sobre o processo de implantação do plano de acolhimento na UBS;</p> <p>- Apresentação do projeto de intervenção sobre acolhimento.</p>	<p>- Capacitação sobre acolhimento da equipe Fazendinha e consultório na rua;</p> <p>- Discussão sobre o processo de implantação do plano de acolhimento na UBS;</p> <p>- Apresentação do projeto de intervenção sobre acolhimento.</p>

5º Semana	6º Semana	7º Semana	8º Semana
<p>- Supervisão do acolhimento na recepção.</p>			

9º Semana	10º Semana	11º Semana	12º Semana
<p>- Avaliação dos resultados através do PEP.</p> <p>- Divulgação dos resultados.</p>			

4.3 Processo de análise e avaliação do projeto de intervenção

Em relação à análise ou avaliação dos resultados pretende-se realizar supervisão na abordagem do profissional ao usuário na entrada da unidade em horários alternados, além de solicitar e estimular os usuários a responderem a pesquisa de satisfação do serviço recebido na unidade através do Totem ou pelo telefone 1746 da ouvidoria. Por meio dessa avaliação do Totem, localizado na entrada da unidade, podem ser avaliados o atendimento farmacêutico, os procedimentos realizados, o agendamento de consulta, os serviços de radiografia e de ultrassonografia, além dos atendimentos das consultas.

A estimulação do usuário para realizar a pesquisa de satisfação do serviço de saúde prestado na unidade através do Totem ou por telefone, permite se obter um indicador fidedigno no final do mês, no qual é gerado pelo PEP – Prontuário Eletrônico. De forma que os médicos e enfermeiros poderão avaliar a qualidade do atendimento prestado pela equipe mensalmente e levar para uma discussão durante as reuniões de equipe sobre o grau de satisfação dos usuários, e assim, traçar intervenções a fim de melhorar a satisfação dos mesmos.

5.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que com o plano de acolhimento da Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira possa contribuir de fato para um atendimento com qualidade e humanizado, facilitando a promoção de uma assistência integral de forma que cada profissional possa ter uma visão holística do usuário. Porém, o projeto de intervenção haverá êxito com a colaboração de todos os funcionários, pois se deve entender o acolhimento como um processo de responsabilidade de todos os profissionais pela saúde dos usuários, através do trabalho da equipe multiprofissional qualificada, capacitada com postura acolhedora, a fim de que se estabeleça o vínculo dos usuários com o serviço de saúde.

É mister destacar a relevância do projeto, posto que, é através do acolhimento que se inicia a reestruturação do processo de trabalho, a fim de garantir um acesso da assistência com qualidade e de forma integral, além de uma postura acolhedora da equipe multiprofissional.

Sendo assim, acredita-se que este projeto possa contribuir para os profissionais terem uma visão sobre suas práticas assistenciais e na busca de desenvolver suas potencialidades sobre o acolhimento, além de estimular reflexões sobre o trabalho em saúde, para que os profissionais possam praticar uma assistência acolhedora, humanizada com a escuta das necessidades do usuário, valorizando sempre as queixas, oferecendo autonomia, resolutividade e garantia a todos do direito à saúde.

Pretende-se, então, por meio da criação de um protocolo de acolhimento com classificação de risco na Clínica da Família Anthídio Dias da Silveira facilitar o processo de trabalho e o acesso do usuário, que poderá levar ao aumento da satisfação do usuário, contribuindo assim, para a humanização da assistência na Unidade de Saúde e, por conseguinte a diminuição das reclamações na ouvidoria.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Daysí Vieira de; FELIX, Lidiani Galdino; SILVA, Lidiane Carvalho da; SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo. Acolhimento no programa de Saúde da Família: Um caminho para a humanização da atenção à saúde. Londrina. Cogitare Enfermagem, Universidade Federal do Paraná: 2004. Vol. 9. N. 1. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs-2.2.4/index.php/cogitare/article/view/1707> >. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília, 2004. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf> >. Acesso em: 12 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf >. Acesso em: 12 nov. 2013.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 1999; Vol. 15. N. 2: 345-353. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf> >. Acesso em: 15 nov. 2013.

HENNINGTON, Élide Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005; Vol.21. n.1: 256 - 265. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100028 >. Acesso em: 15 nov. 2013.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA; Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública 2003. Vol.19. n.1. 27 - 34. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100004 >. Acesso em: 12 nov. 2013.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Protocolo de enfermagem na atenção primária em saúde: Humanização, acolhimento, acesso na atenção primária. 2ª edição. Rio de Janeiro: SMSDC, 2012.