



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Renata Schwendler Fiorini

Reorganização e reestruturação do atendimento aos
usuários na Unidade Básica de Saúde do município de
Saudades-SC

Florianópolis, Março de 2016

Renata Schwendler Fiorini

Reorganização e reestruturação do atendimento aos usuários na
Unidade Básica de Saúde do município de Saudades-SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Carolina Carvalho Bolsoni
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Renata Schwendler Fiorini

Reorganização e reestruturação do atendimento aos usuários na
Unidade Básica de Saúde do município de Saudades-SC

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Carolina Carvalho Bolsoni
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

Saudades é um município do Estado de Santa Catarina com 9454 habitantes que possui uma unidade básica de saúde (UBS) central onde atuam três equipes da Estratégia Saúde da Família. Nesta unidade, encontram-se inúmeras dificuldades principalmente devido à grande demanda de consultas médicas e à inexistência de um acolhimento eficaz, o que limita o desenvolvimento de ações de prevenção e promoção de saúde. O objetivo desse projeto é reorganizar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência da UBS de Saudades-SC. A proposta consiste na análise do perfil dos usuários que utilizam os serviços de saúde e a realização de um paralelo com os dados obtidos através da revisão bibliográfica para resolução dos seguintes nós críticos: triagem ineficaz, falta de planejamento de ações e inexistência de fluxograma de atendimento. Este projeto envolve a comunidade, os profissionais da equipe e os gestores. Os resultados que se pretende alcançar com este estudo são a qualificação da assistência, a redução da demanda por consulta médica devido a valorização do papel desempenhado pelos profissionais não médicos, organização e resolutividade dos serviços ofertados na unidade.

Palavras-chave: Acolhimento, Processo de trabalho, Qualidade da assistência, Atenção Primária à Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
3.1	Diagnóstico situacional	13
3.2	O acolhimento	15
3.3	Demanda espontânea	15
3.4	Demanda programada	16
3.5	Instrumentos utilizados na organização do processo de trabalho e na abordagem familiar	16
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

Saudades é um município do estado de Santa Catarina pertencente à Mesorregião do Oeste Catarinense e à Microrregião de Chapecó. Foi colonizada na década de 1930 por imigrantes, na sua maioria, alemães, vindos do Rio Grande do Sul que se instalaram nas margens do Rio Saudades. "O Vale da Hospitalidade", como é conhecida a cidade por ali morar uma população muito hospitaleira e acolhedora, foi emancipada em 30 de dezembro de 1961 e hoje possui aproximadamente 9.454 habitantes (2014), sendo 3893 moradores da área rural e 5123 da área urbana (IBGE, 2015)

A economia da cidade é baseada na Agricultura, Pecuária, Indústria e Comércio. O salário médio mensal é entre 1 a 2 salários mínimos. Apenas 90 famílias do município são beneficiadas pelo programa Bolsa Família.

Quanto à escolaridade, 85% da população é alfabetizada. Na cidade encontram-se 5 escolas de ensino pré-escolar, 6 escolas de ensino fundamental e 3 escolas de ensino médio, sendo todas públicas.

O município possui três estabelecimentos de saúde (SUS) sendo um Hospital; uma Unidade Básica de Saúde (UBS) central onde atuam três equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma UBS em comunidade interiorana (Distrito de Juvêncio).

A Estratégia Saúde da Família II (área central) possui um total de 672 famílias cadastradas, somando 2037 pessoas. Dentre elas, temos uma população de risco que merece atenção especial, incluindo: 222 habitantes com 60 anos ou mais; 141 crianças entre 0 e 4 anos de vida, 197 hipertensos e 20 diabéticos que fazem acompanhamento na Unidade de Saúde (BRASIL, 2015)

Nesta área, a população possui boas condições financeiras sendo que a grande maioria é trabalhadora do setor industrial. 78% das moradias são de tijolo e o restante de madeira. A coleta do lixo é 100% seletiva, água tratada fiscalizada pela vigilância sanitária do município e pela SAMAE, o esgoto é recolhido em fossas sépticas individuais ou rudimentares, todas residências contam com abastecimento de energia elétrica. O risco ambiental mais significativo encontrado relaciona-se com a população que reside na Avenida Beira Rio devido a proximidade com o Rio Saudades e a alta frequência de enchentes que atingem os moradores. Não há, nesta área, famílias com risco social relatado.

A unidade de saúde tem o processo de trabalho organizado de forma a atender os pacientes em livre demanda, não sendo realizado agendamento dos doentes crônicos, grupos de acompanhamento, intervenções em saúde mental. Além disso, o excesso de demanda por consultas médicas e o acolhimento inadequado limita o desenvolvimento de ações programáticas e a ênfase na promoção de saúde e prevenção das doenças.

No período compreendido entre janeiro de 2014 a abril de 2015 registraram-se 1205 internações hospitalares no município, considerando que as doenças do aparelho respi-

ratório, doenças infecto parasitárias e doenças do aparelho digestivo foram as principais responsáveis. Também observou-se que no ano de 2014 as principais causas de morte no município foram: neoplasias malignas dos brônquios e pulmões, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico, complicações do Diabetes Mellitus e de doença pulmonar obstrutiva crônica. Tais dados sugerem discrepância entre a quantidade de usuários que procuram as unidades básicas de saúde e a capacidade de resposta dos profissionais.

O modelo assistencial desorganizado atualmente praticado na UBS de Saudades, além de ser responsável por uma fragmentação do cuidado, acarreta também em baixa resolubilidade, insatisfação por parte da população, frustração por parte da equipe e incredibilidade na atenção básica da saúde. Além disso, gera desperdício de recursos econômicos e humanos.

Essa desorganização gera uma grande demanda de usuários na Atenção Básica e faz com que as equipes acabem exercendo uma clínica desqualificada. Nos profissionais, causa a sensação de serem pouco resolutivos, uma vez que se sentem trabalhadores de Pronto Atendimento e não conseguem praticar as ações estabelecidas na Estratégia Saúde da Família. (COSTA; CAMBIRIBA, 2010).

Diante do exposto, surgiu a necessidade da criação de um projeto de intervenção capaz de compreender as reais necessidades da população com a conseqüente adequação do trabalho das equipes de saúde da família. Iniciando pelo correto direcionamento do usuário a partir da reestruturação do acolhimento e gerando qualificação da assistência, resolutividade na Unidade Básica de Saúde e redução da sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam na unidade.

Segundo a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS do Ministério da Saúde, as UBS devem garantir mecanismos que viabilizam a acessibilidade e o acolhimento dos usuários a partir da estruturação de estratégias que promovam mudanças na rotina dos serviços e uma lógica organizacional que otimize esse processo. Apesar disso, nota-se que há dificuldade de acesso à algumas UBS (como no município de Saudades) pois não há agendamento de consultas a partir de um sistema pré-estabelecido, o que não permite a organização da demanda agendada e a disponibilização de vagas para demanda livre diária. Tudo isso implica em prejuízo ao bem estar da população que fica desassistida no âmbito da promoção e prevenção, além de comprometimento do propósito de longitudinalidade preconizado para a Estratégia Saúde da Família. (BRASIL, 2006).

Desta forma, o presente projeto de intervenção, propõe-se a analisar o perfil dos usuários que utilizam os serviços de saúde (diagnóstico epidemiológico) para apresentar uma proposta de organização da unidade básica com qualificação do acolhimento na UBS, estruturação de uma demanda programada com agendamento de consultas e disponibilização de vagas para demanda espontânea (urgências/emergências).

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reorganizar o processo de trabalho e melhorar a qualidade da assistência da Unidade Básica de Saúde de Saudades-SC a partir do diagnóstico situacional.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil epidemiológico da população;
- Sistematizar e qualificar o acolhimento na Unidade Básica de Saúde;
- Diminuir a demanda por atendimento médico imediato;
- Propor agendamento de consultas periódicas para doentes crônicos.

3 Revisão da Literatura

O Programa Saúde da Família, atualmente chamado Estratégia Saúde da Família, foi uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica e modificar o modelo médico curativo que era utilizado, sendo referenciada como a porta de entrada para saúde pela população (GOMES; PINHEIRO, 2005).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, antes baseado no atendimento ao usuário de forma mecanicista, medicamentosa e curativa. É operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde para proporcionar uma atenção integral, sistematizada e contínua. Estas equipes são responsáveis por um número definido de famílias em uma determinada área geográfica. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade em todas as fases da vida (BRASIL, 2016).

Nas comunidades assistidas pela Estratégia Saúde da Família, a organização do processo de trabalho é uma das principais características para a garantia do acesso aos serviços de saúde, o que lhe confere singularidade e potência como modalidade assistencial em Atenção Básica (JUNIOR; JESUS; CREVELIM, 2010).

A estrutura e organização da Unidade Básica de Saúde devem estar de acordo com as atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família, possibilitando acolher a demanda espontânea e responder as necessidades de saúde da população da área de abrangência.

3.1 Diagnóstico situacional

A Unidade Básica de Saúde de Saudades é formada por três equipes de estratégia saúde da família. O local possui uma boa estrutura física, mas ainda assim faltam algumas salas e em outras há necessidade de adequações. O espaço destinado à recepção é pequeno favorecendo o excesso de barulho e interferindo na qualidade dos atendimentos. Além disso, não existe sala de reuniões e as mesmas acontecem nos corredores da Unidade semanalmente ou dentro dos consultórios médicos. Alguns consultórios não possuem piaas para higienização das mãos, há pouca iluminação e ventilação. Também há falta de materiais constantemente como otoscópios, lanternas para oroscopia. Não há instalação de negatoscópio em nenhuma das salas.

O manual da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde (UBS), criado pelo Ministério da Saúde Brasil (2006), salienta que a estrutura de uma UBS não pode ser um fator que dificulte as práticas em saúde das equipes de saúde da família. Os espaços devem ser adequados à realidade local, à população adstrita e sua especificidade, ao número de

SAUDADES SC 2014.
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

	CONSULTAS UBS SUS	PLANTÃO HOSPITAL	TOTAL GERAL
JANEIRO	2.354	387	2.741
FEVEREIRO	2.238	253	2.491
MARÇO	2.391	324	2.715
ABRIL	2.448	294	2.742
MAIO	2.468	265	2.733
JUNHO	2.291	274	2.565
JULHO	2.637	233	2.870
AGOSTO	2.339	291	2.630
SETEMBRO	2.616	357	2.973
OUTUBRO	2.126	376	2.502
NOVEMBRO	1.914	343	2.257
DEZEMBRO	1.566	448	2.014
TOTAL 2014	27.388	3.845	31.233

Figura 1 –

SAUDADES SC 2015.
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

	CONSULTAS UBS SUS	PLANTÃO HOSPITAL	TOTAL GERAL
JANEIRO	1.925	401	2.326
FEVEREIRO	1.584	354	1.938
MARÇO	2.055	315	2.370
ABRIL	1.963	305	2.268
MAIO	1.952	355	2.307
JUNHO	2.140	355	2.495
JULHO	1.982	334	2.316
AGOSTO	1.739	315	2.054
SETEMBRO	1.690	317	2.007
OUTUBRO	1.467	360	1.827
NOVEMBRO	1.439	325	1.764
DEZEMBRO	1.325	441	1.766
TOTAL 2015	21.261	4.177	25.438

Figura 2 –

usuários esperados e também ao número de funcionários existentes na Unidade. Esses são os fatores que estabelecem limites e delineiam prioridades, propondo a organização do processo de trabalho, na perspectiva da ambiência.

Os quadros a seguir demonstram o quantitativo elevado de consultas médicas nas Unidades de Saúde do município de Saudades nos últimos dois anos. É notável que a procura pela unidade básica seja muito grande, o que exige que o processo de trabalho seja organizado para dar resposta ao alto fluxo de pacientes.

Fonte: produção mensal da unidade.

Fonte: produção mensal da unidade.

Sendo a atenção à saúde um processo em construção permanente, a contribuição do conhecimento sobre o perfil da demanda abre possibilidades para reflexo sobre alguns

aspectos operacionais do Programa Saúde da Família, sendo eles: reorganização da rede de assistência e reestruturação dos serviços que contemplem o acesso ao atendimento de forma integral e humanizada.

Nesse sentido, há que se discutir o investimento em modos de organização dos serviços de saúde baseados na adoção de critérios de risco e no acolhimento, bem como desenvolver estratégias de suporte ao trabalho das equipes de saúde da família.

3.2 O acolhimento

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é a recepção do usuário, desde sua entrada, responsabilizando-se totalmente por ele, ouvindo suas queixas e permitindo-lhe expressar todas suas dores, temores e dúvidas, garantindo-lhe uma atenção integral e resolutiva, interligada com outros serviços de saúde para dar sequência na assistência quando necessário (BRASIL, 2004).

Acolher é humanizar o atendimento à saúde. Um bom acolhimento pode ser realizado por qualquer profissional dentro da Unidade de Saúde, desde que seja priorizada uma escuta qualificada, acolhedora e humanizada, identificando as reais necessidades dos usuários, valorizando suas queixas, oferecendo autonomia e resolutividade.

Efetivar o acolhimento apontará possibilidades de se encontrar ações que melhorem o atendimento ao usuário e possibilitará que os funcionários tenham mais disponibilidade de atuar em outras áreas importantes que estão deixando a desejar ou não existem.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), uma escuta eficaz e qualificada no acolhimento possibilita a criação de novas alternativas para tirar de foco a busca somente pela consulta médica, tornando mais racional a sua utilização. As autoras enfatizam também que o acolhimento envolve uma postura ética e respeitosa no cuidado com o usuário, devendo ser também um momento para o estabelecimento de prioridades.

3.3 Demanda espontânea

Chama-se de demanda espontânea à parcela de usuários que comparecem à unidade inesperadamente, seja para problemas agudos, ou por motivos que o próprio paciente julgue como necessidade de saúde. A demanda espontânea também deve ser acolhida na atenção básica pois grande parte dos problemas de saúde conseguem ser absorvidos e terem resposta resolutivas dentro da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2013).

Como resposta a demanda espontânea e para organização do processo de trabalho em uma Unidade de Saúde, o Ministério da Saúde Brasil (2009) expõe, em sua cartilha Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência, o Protocolo de Manchester, priorizando os atendimentos de acordo com os pacientes com maior necessidade. (Quadro 1)

Quadro 1- Triagem de urgências seguindo protocolo de Manchester

Prioridade	Gradação	Cor	Tempo alvo para atendimento médico
1	Emergência	Vermelho	0
2	Muito Urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco Urgente	Verde	120
5	Não Urgente	Azul	240/ Agenda

Figura 3 –

A classificação de risco organiza a demanda espontânea e estabelece prioridades para urgência e emergência. Gera fluxo na agenda e humaniza o atendimento ao paciente (BRASIL, 2009).

3.4 Demanda programada

Um dos principais desafios da estratégia saúde da família é o desenvolvimento do processo de trabalho embasado em planejamento de ações. Este planejamento foi implantado com o intuito de reorganizar o acesso ao SUS e dar direcionamento às demandas da população adscrita, além de ter como um de seus eixos a longitudinalidade do cuidado, com a promoção de saúde e prevenção de agravos. Para isso, as agendas dos profissionais são organizadas de forma programada com períodos específicos para procedimentos e atividades (VELLOSO; SANTOS, 2012).

FRIEDRICH e PIERANTONI (2006) definem como demanda programada como toda demanda gerada de ação prévia a consulta, aquela que é agendada. Sendo assim, é um importante instrumento de ação quando se trata de um serviço que compõe a rede de atenção primária à saúde pautada em ações preventivas.

3.5 Instrumentos utilizados na organização do processo de trabalho e na abordagem familiar

Conforme descreve BRASIL (2016), as ferramentas para organização do processo de trabalho na atenção primária à saúde são imprescindíveis para o trabalho em equipe.

O Prontuário Familiar deve conter os registros de composição e características principais de cada família, além das fichas individuais de todos os seus membros. O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) disponibiliza fichas que podem ser utilizadas como página de rosto do prontuário.

A agenda dos profissionais da equipe é outro recurso organizacional importante e deve ser construída para atender as ações programadas e a demanda espontânea. Lembrando também que as agendas não são fixas e podem variar dependendo da situação epidemiológica e de outras ofertas de cuidado na localidade (BRASIL, 2013).

Dos instrumentos utilizados para auxiliar a abordagem familiar, destaca-se o genograma e o ecomapa. O genograma é a representação gráfica da estrutura e histórico familiar, com informações sobre as relações e papéis dos membros das famílias através das suas múltiplas gerações. O ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio em que vive. Estes instrumentos permitem a compreensão do processo de adoecimento nas famílias e seus membros propiciando a definição de ações preventivas capazes de promover a saúde (BRASIL, 2012).

4 Metodologia

O desenvolvimento deste estudo constitui-se da elaboração de um plano de ação focado em atividades coletivas com o objetivo de sanar a problemática da desorganização da unidade básica de saúde de Saudades o que gera alta demanda espontânea e baixa resolutividade das ações em promoção de saúde. O estudo constituiu-se no diagnóstico da equipe de saúde da família, e a realização de um paralelo com os dados obtidos a partir de uma revisão bibliográfica. Envolve a comunidade (usuários dos serviços de saúde), os profissionais da equipe e os gestores.

Para a revisão de literatura, as informações foram obtidas a partir de artigos científicos selecionados no acervo da biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), cartilhas do Ministério da Saúde e nos dados epidemiológicos secundários do sistema de informação DATASUS/SIAB além de outras informações fornecidas pela equipe de saúde da UBS.

A partir do diagnóstico situacional, puderam-se pontuar como nós críticos: a estrutura inadequada da unidade de saúde dificultando as ações da triagem (ausência do protocolo de Manchester, acolhimento inexistente), falta de planejamento de ações (não há atividades programadas, agenda profissional, priorização dos grupos de risco), carência de fluxograma de atendimento (da chegada à saída do paciente da unidade).

A seguir, apresenta-se um projeto para cada nó crítico:

Quadro 1: Desenho de operações para os nós críticos do problema da desorganização da Unidade Básica de Saúde de Saudades – SC: Nó crítico 1 (Figura 4).

Quadro 2: Desenho de operações para os nós críticos do problema da desorganização da Unidade Básica de Saúde de Saudades – SC: Nó crítico 2 (Figura 5).

Nó crítico 3: Fluxograma de atendimento (Figura 6)

Nó crítico 1	Triagem (ausência do Protocolo de Manchester, acolhimento inexistente)
Operação/Projeto	- Implantar o Protocolo de Manchester - Implantar o acolhimento
Resultados esperados	- Planejamento da demanda da Unidade - Resolutividade do problema do usuário com atendimento de qualidade - Descentralização do atendimento médico
Recursos necessários	- Adequação de estrutura - Recursos financeiros garantidos para a adequação da estrutura física da Unidade - Articulação multiprofissional e interdisciplinar - Adstrição de clientela, trabalho em equipe e gestão participativa
Responsáveis	- Secretário de Saúde - Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica

Figura 4 –

Nó crítico 2	Falta de planeamento de ações (não há atividades programadas, agenda profissional, priorização dos grupos de risco)
Operação/Projeto	- Agendamento de consultas - Criação de grupos de doentes crónicos (diabéticos, hipertensos, obesos) - Cuidado integral
Resultados esperados	Atenção integral, contínua e organizada Priorização de Grupos de Risco Resolutividade das ações de prevenção e promoção à saúde
Recursos necessários	- Adequação de fluxos - Elaboração de projetos de planeamento (cronograma das Equipes de Saúde) - Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais - Projetos de conscientização e informação à população
Responsáveis	- Enfermeira Coordenadora da Atenção Básica - Agentes Comunitárias da Saúde - Médicos dos ESF's

Figura 5 –

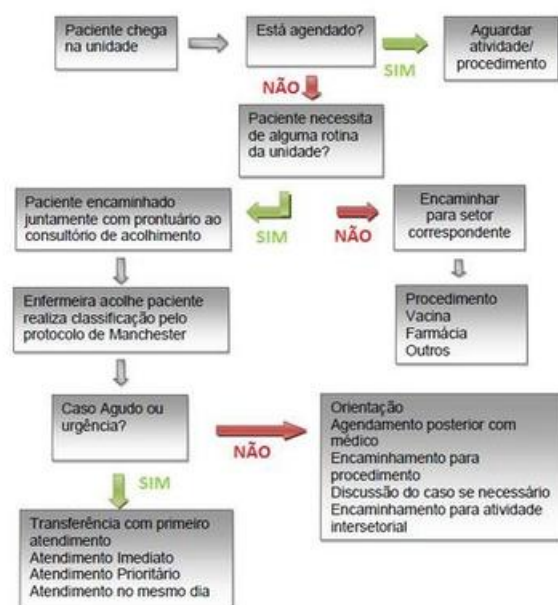


Figura 6 –

5 Resultados Esperados

Entre os resultados esperados com a melhoria da estrutura da Unidade Básica de Saúde de Saudades e com a reorganização do atendimento enquanto diretriz técnico-assistencial na referida UBS, destacam-se a qualificação dos serviços de saúde disponíveis devido ao aumento da resolutividade e a ampliação do acesso aos diversos serviços ofertados na UBS, favorecendo a longitudinalidade do cuidado e o acompanhamento de doentes crônicos.

Além disso, com o fortalecimento do acolhimento e a criação de um fluxograma de atendimento direcionando a demanda da unidade, espera-se aumentar do vínculo entre a comunidade e as respectivas equipes de saúde da família com o consequente aumento da responsabilização da equipe pela comunidade.

Almeja-se também uma descentralização do atendimento médico para proporcionar a potencialização das habilidades específicas de cada profissional, ampliando assim o papel desempenhado pelos profissionais não-médicos na assistência e aumentando o rendimento profissional de todos.

Referências

- BRASIL, M. da S. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da saúde, 2006. Citado na página 10.
- BRASIL, M. da S. *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. 2015. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB/>>. Acesso em: 27 Jun. 2015. Citado na página 9.
- BRASIL, M. da S. *Equipe de Saúde da Família: Como funciona?* 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acesso em: 25 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 16.
- BRASIL, M. da saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: MS, 2004. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da saúde. *Manual da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde*. Brasília: MS, 2006. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da saúde. *Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência*. Brasília: MS, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da saúde. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: MS, 2012. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da saúde. *Acolhimento à Demanda Espontânea*. Brasília: MS, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- COSTA, M. A. R.; CAMBIRIBA, M. da S. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 9, n. 3, p. 494–502, 2010. Citado na página 10.
- FRIEDRICH, D. B. de C.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em juiz de fora. *PHYSIS: revista de saúde coletiva*, v. 16, n. 1, p. 83–97, 2006. Citado na página 16.
- GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - comunicação, saúde, educação*, v. 9, n. 17, p. 287–301, 2005. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Censo Demográfico 2010*. 2015. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 31 Mai. 2015. Citado na página 9.
- JUNIOR, N. C.; JESUS, C. H. de; CREVELIM, M. A. A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos. *Saúde e Sociedade São Paulo*, v. 19, n. 3, p. 709–716, 2010. Citado na página 13.

VELLOSO, V. B.; SANTOS, G. F. dos. Organização da demanda espontânea e programada e acolhimento na estratégia saúde da família: Um relato de experiência. *Conselheiro Lafaiete*, n. 32, 2012. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Citado na página 16.