



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Ronan Carneiro Santos

Qualificando a avaliação inicial das demandas  
espontâneas na Unidade de Saúde da Família (USF) de  
Andorinhas em Vitória/ES

Florianópolis, Março de 2023



Ronan Carneiro Santos

Qualificando a avaliação inicial das demandas espontâneas na  
Unidade de Saúde da Família (USF) de Andorinhas em Vitória/ES

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

Orientador: Juliana Prestes Ferigollo  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Ronan Carneiro Santos

Qualificando a avaliação inicial das demandas espontâneas na  
Unidade de Saúde da Família (USF) de Andorinhas em Vitória/ES

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.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Juliana Prestes Ferigollo**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

A avaliação inicial é uma das principais formas de busca por atendimento pela população na Atenção Primária à Saúde (APS). Ela é considerada como um acolhimento das demandas espontâneas e tem como resultado o encaminhamento para avaliação médica ou de enfermagem no mesmo dia ou em data posterior mais oportuna, caso a situação permita. Dessa forma, a qualificação dos profissionais responsáveis por esse tipo de atendimento é essencial para garantir um melhor aproveitamento das vagas para as demandas diárias, sendo priorizadas para os casos mais urgentes. Este projeto de intervenção envolverá os integrantes da equipe 2 da USF de Andorinhas, sendo o médico, a enfermeira e a auxiliar ou técnica em enfermagem os responsáveis pelo seu andamento. A metodologia utilizada será o registro das principais buscas por atendimento no dia em listas que serão preenchidas diariamente pelo médico e técnica em enfermagem durante os seus atendimentos e discutidas nas reuniões de equipe semanais. Durante os processos de trabalho será tomado um cuidado especial para não prejudicar ou limitar o acesso da população, além de avaliar cada situação individualmente e sem discriminações. Acredita-se que as ações desenvolvidas irão promover uma melhoria na assistência oferecida na USF, principalmente ao diminuir a sobrecarga de atendimento médico e aumentar a disponibilidade de vagas para demandas espontâneas por meio do filtro realizado pela avaliação inicial, pois os profissionais responsáveis estarão mais qualificados e assim, terão condutas mais assertivas.

**Palavras-chave:** Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
2.1	Objetivo geral . . . . .	13
2.2	Objetivos específicos . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

Para um diagnóstico social e da comunidade mais completo, devemos avaliar todo o contexto, inclusive a própria estrutura física da Unidade de Saúde da Família (USF) e de suas funcionalidades.

Segundo o teórico Selltiz (1974) um estudo ao qual se lança mão quando não se conhece o assunto com profundidade, tem como vantagem o fato de ser flexível, permitir a criatividade e a informalidade sem perder o rigor científico permitindo assim um primeiro contato com o objeto de estudo.

O presente estudo foi realizado na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Andorinhas, também conhecida pelo nome de Dr. Luís Claudio Passos, localizada em Vitória/ES.

A coleta de dados foi realizada em janeiro de 2020 nas instalações da USF e em sua área de abrangência, por meio de entrevistas direcionadas a informantes-chave, além de consulta a fontes eletrônicas oficiais do município e ao prontuário eletrônico Rede Bem Estar.

Os dados obtidos foram analisados através de estudo teórico e confrontados com a realidade local.

## **DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA USF E SOCIAL/SAÚDE DA COMUNIDADE**

Vitória, a capital do Espírito Santo, é uma cidade fundada em 1551, ainda nos primórdios da colonização brasileira por portugueses, teve uma expansão relativamente rápida favorecida pela localização geográfica interposta entre estados importantes da região sudeste, já naquela época o centro econômico colonial do futuro país. A capital capixaba hoje conta com uma população de cerca de 330 mil habitantes distribuídos em 79 bairros, os quais são bem heterogêneos entre si, mas que no passado tiveram um processo de formação muito semelhante pelo crescimento aleatório e desorganizado.

Entre os setenta e nove aglomerados populacionais, a área que compreende o bairro Andorinhas está localizada no nordeste do município. Cresceu e se formou às margens do Canal de Camburí, localizado próximo à Ponte da Passagem, um importante meio de acesso que interliga a porção continental à parte insular da capital.

Andorinhas teve seu início nos primeiros anos da década de 1960 quando ocorreu um processo de ocupação da área de manguezal existente naquele local, que evoluiu como um aglomerado de barracos e palafitas precários ao longo das margens dessa porção de água, que também era chamada de Canal da Passagem.

Tal mangue, que era uma área de propriedade da Marinha do Brasil, após a invasão, passou a ser chamado pelo nome de Andorinhas, fazendo a menção à existência desses

pássaros que com frequência pousavam nas pedras e vegetações ao longo da extensão do alagadiço.

Conforme percebido pela história e a geografia local, a ocupação ocorreu de forma desordenada levando à descaracterização do ambiente natural de mangue que levou a uma urbanização sem planejamento e sem organização. Foram realizados aterros a fim de estender a área útil do futuro bairro. As ruelas e vias eram rudimentares e as primeiras construções tinham aspectos provisórios e precários, ocupando a pouca porção de terra firme adentrando a área alagada em formato de palafitas erguidas dentro do próprio canal. Essas construções primitivas na sua forma de execução, feitas de longas peças de madeira cilíndricas ou lavradas, que perfuram o solo barrento e fixam-se no fundo a fim de evitar que essas moradias sejam arrastadas pela força da correnteza de enchimento e vazão das marés. O novo povoamento passou a acomodar em maior expressão imigrantes do interior do Estado, e até mesmo do norte de Minas Gerais e do sul da Bahia, que buscavam a cidade a procura de trabalho e melhores condições de vida.

Hoje, cerca de 60 anos de seus primórdios o bairro apresenta outra face: a maioria das construções primitivas deram lugar casas e sobrados de alvenaria, a rede de água, esgoto e energia elétrica capilarizou-se praticamente por todo o território. O aparelhamento urbano se fez presente ainda com a construção de escolas, creches, áreas de lazer e recreação além da ornamentação da orla do canal. O incipiente comércio ganhou maior vulto com as melhorias locais e o adensamento populacional, além de ser facilitado pelo rápido acesso de pessoas e veículos por meio de vias como a Avenida Leitão da Silva e a Avenida Nossa Senhora da Penha.

Paralelamente ao progresso verificou-se o surgimento da criminalidade e o aparecimento de um mercado invisível a princípio, mas que ganhou força e pujança e hoje é uma resistência ao poder do estado. O tráfico se tornou um problema de grande envergadura como o é em varias áreas de periferia.

Vitória conta com 02 pronto atendimentos (PA) próprios para urgência e emergência, sendo eles o PA de São Pedro e da Praia do Suá.

### **USF ANDORINHAS**

A unidade está inserida na quarta região administrativa, uma das oito da cidade, e seu horário de funcionamento é das 7h às 17h. Ela foi construída para ser um modelo para Vitória, com sua inauguração em 16/09/2011.

Entre os serviços ofertados estão consulta médica (médico da família, ginecologista e pediatra) e de enfermagem; atendimento psicológico, social e odontológico; verificação de pressão arterial; curativo; coleta de exames; nebulização; injeção; vacinas; dispensação de medicamentos; grupos de atendimentos a diversos programas, como controle de tabagismo e atendimento pela equipe do consultório na rua. Além disso, temos residentes da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), bem como estudantes do PET-SAÚDE que atuam na USF.

Podemos destacar como pontos fortes a localização do território, o espaço físico amplo da USF, o controle social atuante, a presença de Unidade Escola, serviços como o CRAS e o Projeto Cajun. De forma contrária, como pontos fracos, existe a presença forte do tráfico de drogas e violência, o uso inapropriado dos serviços de saúde (muito focado em demandas), o destino inadequado do lixo, a desestrutura familiar e o grande número de pessoas em situação de rua.

Algumas situações prejudicam o funcionamento da USF, como a rotatividade de profissionais, bem como dos diretores, que frequentemente são trocados, pois infelizmente é um cargo de indicação política. Por outro lado, outras situações irão fortalecer as ações das equipes, como parcerias com outras entidades (UFES, Igrejas, Unidade Inclusão Produtiva, Unidades de Saúde) e interações, por exemplo, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), a equipe de hanseníase e a do consultório na rua

## **INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS DAS EQUIPES**

### **Equipe 1**

Essa equipe é formada por 03 microáreas, sendo 757 famílias cadastradas, com um total de 2038 pessoas com ficha A ativa. Dessa população, 54,45% é composta pelo sexo feminino, sendo a maior parte formada por uma população jovem. As crianças e gestantes vem sendo acompanhadas regularmente. Até a data avaliada, 11 crianças de 0 a 1 ano e 8 gestantes tinham seguimento regular na USF. Atualmente na equipe existem 98 diabéticos e 251 hipertensos. Além disso, um paciente com tuberculose em acompanhamento pela equipe. Não foi detectado nenhum caso de hanseníase. No que diz respeito à população da terceira idade tem-se 268 pessoas com sessenta anos ou mais o que perfaz um total de 13,15% da população.

### **Equipe 2**

Também dividida em 03 microáreas, a região abrangida fica mais próxima à USF e possui uma quantidade um pouco menor de pessoas, tendo um total de 668 famílias, com 1893 indivíduos cadastrados. Destes, 45,95% são do sexo masculino e 54,05% são do sexo feminino. Destes, 13,73% da população abrangida são formadas por idosos, portando formada também em sua maioria por uma população jovem. Na época do estudo existiam 09 crianças de 0 a 1 ano, sendo que o total delas estão em puericultura na UBS. 67 crianças de 0 a 5 anos estavam com o cartão vacinal em dia, segundo os agentes comunitários de saúde (ACS). Dentre as mulheres em idade fértil estavam sendo acompanhadas 12 gestantes, dentre as quais 03 também eram consideradas como pré natal de alto risco. Não haviam portadores de tuberculose e hanseníase cadastrados até então.

### **ESCOLHA DO PROBLEMA:**

A maior procura de atendimento na USF é para renovação de receitas de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, ansiedade, depressão, dor crônica, ...). Além disso, as queixas mais comuns dos pacientes nas demandas são para atendimentos em casos de: sintomas gripais, arboviroses,

infecção do trato urinário, cefaleia e lombalgia/lombociatalgia. Assim, a avaliação inicial inadequada, ou seja, uso de vagas de demandas incorretamente necessita ser trabalhada sempre, tendo sido escolhida para ser trabalhado no plano de Intervenção.

Esse é um problema que a maioria dos profissionais da atenção primária à saúde (APS) enfrentam. Dependendo do perfil da população e do histórico dos serviços de saúde por onde passaram anteriormente, as pessoas estão acostumadas a procurar a USF somente no momento da necessidade imediata, sem se programarem. Dessa maneira, muitas vezes a unidade de saúde fica sobrecarregada de pacientes buscando renovar receitas vencidas e consultar por problemas não emergenciais. Dessa forma, salas de esperas cheias, acabam por pressionar o funcionário que está na avaliação inicial, que muitas vezes libera consultas médicas sem necessidade.

A escolha desse problema foi possível graças à grande relevância que ele tem para todos os envolvidos, tanto os profissionais de saúde quanto os próprios pacientes, pois com o uso adequado das vagas para consultas, essas não faltarão quando houver necessidade imediata de atendimento e, além disso, poderá desafogar os serviços de pronto atendimentos.

No momento em que estamos vivendo, devido à pandemia do coronavírus, atipicamente foram suspensos os agendamentos de consultas e estão sendo atendidas somente demandas, na maioria das vezes. Contudo, não podemos ficar acomodados a esse modelo que vai contra o que pregamos na APS. Devemos então nos preparar para uma reestruturação do modelo de atendimento e qualificação da avaliação inicial de demandas, de forma a seguirmos os princípios de prevenção e promoção à saúde, buscando sempre otimizar o protagonismo dos pacientes nos cuidados à saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 **Objetivo geral**

Qualificar o atendimento da avaliação inicial das demandas diárias da unidade de saúde.

### 2.2 **Objetivos específicos**

- Reformular o trabalho em equipe e criar listas com os motivos da procura por demandas espontânea para serem discutidas nas reuniões de equipe semanais;
- Desenvolver estratégias para resolução das demandas mais comuns e de mais fácil resolução ou complexidade e reconhecer quais são as demandas desnecessárias mais comuns;
- Qualificar o profissional que está atuando na avaliação inicial a fim de diminuir os encaminhamentos desnecessários ao médico.





### 3 Revisão da Literatura

Conforme nos assegura a portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Unidade Básica de Saúde (UBS), independentemente de sua configuração, deve ser a porta de entrada preferencial das redes de atenção à saúde (RAS) para as pessoas buscarem atendimento às suas necessidades, sejam elas referentes aos cuidados iniciais em casos de urgência/emergência ou outras demandas gerais. Além disso, caso o paciente seja atendido nos outros níveis de atenção, deve ser encaminhado para a sua unidade de referência para continuidade do cuidado. Constatou-se que os processos de trabalho e ações realizadas pelas equipes de saúde serão fundamentalmente guiadas pelas necessidades e demandas do público atendido. Não é exagero afirmar a importância que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem para organizar o cuidado de cada paciente e o poder transformador da saúde de sua área de abrangência, principalmente daquelas pessoas em situação de maior vulnerabilidade. Sem um acolhimento humanizado e o desenvolvimento de vínculos fortalecidos entre os pacientes e os profissionais da saúde há prejuízo na resolutividade das equipes de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017).

Dessa forma, ainda segundo Brasil. Ministério da Saúde. (2017), entende-se como acolhimento o ato de ouvir de modo universal e empático os pacientes que buscam a Unidade Básica de Saúde (UBS), buscando elaborar, indiscriminadamente, contrapartidas para as demandas geradas de maneira qualificada e otimizada.

[...] As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017, p. 10).

Brasil (2010, p. 6) considera “[...] o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS [...]”. Assim, sem diferenciações excludentes e com comprometimento, elaboram-se táticas que honrem com o bem estar dos envolvidos, estimulando o seu protagonismo a cada encontro.

[...] Pois é em meio a tais relações, em seus questionamentos, e por meio delas que construímos nossas práticas de co-responsabilidade nos processos de produção de saúde e de autonomia das pessoas implicadas, afirmando, assim, a indissociabilidade entre a produção de saúde e a produção de subjetividades. (BRASIL, 2010, p. 12).

Para Guerrero et al. (2013), há ainda que se considerar o acolhimento como uma postura ampliada, que tem interferência nos relacionamentos entre os profissionais da U, devendo existir respeito e afeto, com o objetivo de resolubilidade nos processos de trabalho. Logo, uma boa disponibilidade de profissionais, trabalho em equipe eficiente

e ambiência adequada irão influenciar positivamente na qualidade do acolhimento e dos vínculos entre os profissionais e profissionais-usuários.

O acolhimento ganhou força desde 2003 com a criação da política nacional de humanização (PNH), no entanto, já era aplicado anteriormente.

[...] O acolhimento como diretriz operacional passou a ser implantado, na década de 1990, em alguns sistemas municipais de saúde, como experiências pioneiras em municípios brasileiros que buscavam implementar mudanças tecno-assistenciais com base no modelo "em defesa da vida". (SOUZA et al., 2008, p. 2).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), sendo a sua última revisão em 2017, regulamenta a organização e funcionamento das UBS e das RAS, sendo o acolhimento essencial ao funcionamento do SUS em todos os níveis de atenção.

O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especial atenção para as condições crônicas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE., 2017, p. 25).

De acordo com Gusso, Lopes e Dias (2019, p. 227) o acolhimento é essencial no atendimento às demandas espontâneas, sendo considerado "dispositivo indutor de modificações organizacionais, como a melhoria do acesso, do trabalho em equipe e da relação técnico-usuário".

O acolhimento foi uma iniciativa importante de melhoria de acesso e da interação serviços-usuários em um contexto da APS brasileira em que havia predomínio da demanda programada devido às suas raízes históricas na APS seletiva. Contudo, alguns estudos sobre o acolhimento apontam que problemas com o acesso oportuno ainda são abordados tangencialmente. [...] que sua ferramenta organizacional fragmenta o trabalho coletivo em diferentes parcelas, pois é executado por diferentes profissionais especializados em cada uma de suas respectivas funções no cumprimento desta tarefa, [...] podendo causar sofrimento ao trabalhador de saúde. (GUSSO; LOPES; DIAS, 2019, p. 227).

O acesso oportuno na APS diminui a angústia dos pacientes e favorece a satisfação dos usuários. Portanto, muito mais que oferecer acesso e uma carteira de serviços, deve-se priorizar a acessibilidade e um comprometimento mútuo em ajustar os processos de trabalho às necessidades da população adscrita, otimizando o tempo de resposta para reduzir o tempo de espera. Dessa maneira, Gusso, Lopes e Dias (2019) sugere a implantação do acesso avançado como modelo de agendamento pelas UBS, sendo as ofertas de serviços classificadas por atenção a demanda espontânea que consiste na avaliação conforme a busca do usuário ao serviço e em tempo condizente ao caso; e atenção a demanda programada que corresponde àquelas agendadas, sem caráter de urgência.

---

Para [Gusso, Lopes e Dias \(2019\)](#), os pacientes acolhidos devem ser atendidos preferencialmente no mesmo dia, sendo o horário ofertado para escolha do paciente e caso não seja aceito e a condição permita, deve ser agendado para consulta em até 48h, além de evitar a necessidade de ter que passar na recepção novamente. Com esse objetivo, deve-se ofertar uma quantidade de vagas diárias satisfatórias para as demandas não programadas. Este cálculo pode ser realizado tendo como base que 0,7 a 0,8% da população busca atendimento diariamente na UBS e ainda ajustado de acordo com a intensidade de uso da APS por esses habitantes, que, segundo revisão de literatura pelo autor citado, ficou entre 40,3 e 74%. Por exemplo, numa população de 3.000, multiplicando-se por 0,74, encontramos o valor de 2.220 usuários que de fato consultam na UBS. Logo, ao ser aplicada a relação de 0,8% sobre 2.220 definimos o número aproximado de 18 vagas diárias necessárias para as demandas espontâneas.

Por fim, percebe-se a importância que o acolhimento tem na APS, bem como a capacidade de transformação nos processos de trabalho, a nível organizacional dos serviços e nos vínculos que tornam-se mais terapêuticos. A longitudinalidade do cuidado seguindo os princípios e diretrizes da PNAB e PNH tem o papel de fortalecer e renovar as relações interpessoais. Tais políticas são essenciais para a mudança nas realidades locais, porém necessitam do engajamento de cada profissional, bem como dos próprios usuários do SUS na construção e gestão das ações na UBS. Neste contexto, [Peduzzi e Agreli \(2018, p. 7\)](#) reafirma "a importância da prática profissional colaborativa interprofissional em colaboração com usuários, família e comunidade, o que requer garantir condições para efetiva participação destes".



## 4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção a ser desenvolvido na USF de Andorinhas em Vitória/ES logo que o estado de emergência devido a pandemia do SARS-CoV-2 passar, voltarmos a ter reuniões de equipe e as atividades de avaliação inicial forem normalizadas. Neste momento ainda não seria possível, pois as demandas estão sendo agendadas na própria recepção em acolhimento sumário.

A duração do projeto será de 1 ano, sendo 3 meses para coleta de dados, 3 meses para análise dos dados e alterações organizacionais progressivas e mais 6 meses para execução das mudanças propostas, com análise simultânea dos resultados para serem comparados com os dados coletados anteriormente.

O médico, a enfermeira e o auxiliar ou técnico em enfermagem serão os responsáveis pelo projeto e participarão das coletas e análises dos dados, podendo os outros integrantes da equipe, como dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde opinarem nas discussões durante as reuniões semanais.

Na primeira reunião de equipe o médico apresentará o projeto de intervenção e discutirá com os integrantes sobre o formato da lista a ser utilizada para a coleta de dados, devendo esta ser simplificada, contendo dados básicos como idade, sexo, motivo da procura de atendimento e doenças prévias. O objetivo da lista é realizar uma investigação das causas mais comuns de procura por demandas espontâneas, sendo o profissional responsável pela avaliação inicial e/ou o médico, durante as consultas de demandas espontâneas, responsáveis por levá-las preenchidas semanalmente nas reuniões de equipe. Nesses encontros, serão levantadas as demandas que não deveriam ter sido encaminhadas para atendimento médico naquele mesmo dia, sendo reforçadas outras opções como atendimento pela enfermagem ou agendamento para outro momento mais oportuno.

Em paralelo, os profissionais responsáveis pela avaliação inicial, geralmente auxiliares ou técnicos em enfermagem, serão qualificados nas interconsultas, nas reuniões de equipe e em momentos reservados para educação continuada a depender da colaboração da secretaria de saúde do município. A enfermeira e o médico tem papel essencial nesse apoio ao profissional responsável pela avaliação inicial, tornando mais segura a sua atuação e proporcionando condutas mais adequadas, a depender muito da acessibilidade e do interesse em auxiliá-los em casos mais complicados.



## 5 Resultados Esperados

Acredita-se que com as ações desenvolvidas os profissionais responsáveis pela avaliação inicial estarão qualificados e seguros para tomarem condutas mais assertivas; serão reconhecidas as causas mais evitáveis de encaminhamento das demandas espontâneas para atendimento médico no dia; haverá maior integração entre os membros da equipe e ocorrerá uma diminuição nas aglomerações na sala de espera, devendo o paciente retornar em horário agendado se assim a sua condição permitir.

Tais ações buscam a melhoria na assistência oferecida na USF principalmente ao diminuir a sobrecarga de atendimentos pelos médicos e aumentar a disponibilidade de vagas para demandas espontâneas por meio do filtro realizado pela avaliação inicial.

Não obstante, devemos ter muito cuidado para não diminuir o acesso e avaliar cada caso como único, sem criar rótulos. Para isso, uma escuta qualificada torna-se essencial.





## Referências

- BRASIL, M. da S. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*: Série b. textos básicos de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 15.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017: Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema Único de saúde (sus). Imprensa Nacional, Brasília, n. 1, 2017. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- GUERRERO, P. et al. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 1, p. 132–140, 2013. Citado na página 15.
- GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática* [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Artmed, 2019. Citado na página 16.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 2, p. 1525–1534, 2018. Citado na página 17.
- SOUZA, E. C. F. de et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 100–110, 2008. Citado na página 16.