

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUCIANA PIOEZAN FERNANDES FIGUEREDO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO
BÁSICA: projeto de intervenção**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS
2014**

LUCIANA PIOEZAN FERNANDES FIGUEIREDO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO
BÁSICA: projeto de intervenção**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eulita Maria Barcelos

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS
2014**

LUCIANA PIOEZAN FERNANDES FIGUEIREDO

**ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA ATENÇÃO
BÁSICA: projeto de intervenção**

Orientadora: Prof. Eulita Maria Barcelos

Banca examinadora

Professora: Ms. Eulita Maria Barcelos

Professor: Isolda Cerqueira Cruz

Aprovada em Belo Horizonte: 30/08/2014

Dedico aos meus colegas que atuam na
Atenção Básica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo presente de conquistar mais essa vitória em minha vida.

Aos meus pais pelas renúncias e apoio, fruto do amor incondicional.

Ao meu marido e filhos pela compreensão e palavras de conforto sempre nos momentos difíceis.

À orientadora Eulita Maria Barcelos, agradeço pelo conhecimento e direção que tornou possível este trabalho.

“O mundo não será destruído pelos maus,
mas pelos que olham e não fazem nada”.
(Albert Einstein)

RESUMO

A demanda espontânea dentro das unidades básicas de saúde tem aumentado, tendo em vista os critérios utilizados para classificação de risco nos hospitais. No entanto, as unidades básicas de saúde trabalham com agendas programadas e com o atendimento de casos com queixas agudas, conhecidos como demanda espontânea. Muitos usuários já possuem uma idéia que para conseguir uma consulta é necessário chegar de madrugada nas filas. Esta é uma realidade que tende melhorar com a implantação do acolhimento com classificação de risco, onde os usuários são atendidos de acordo com suas prioridades, e não por ordem de chegada, mas, esta questão muitas vezes é cultural e pode levar um tempo para a adaptação da população. Este trabalho tem o objetivo de organizar o atendimento nas UBS, de forma que, os pacientes serão atendidos de acordo com a sua prioridade, e não por ordem de chegada ou por senhas. O projeto de intervenção elaborado foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no Módulo de Planejamento e Ações de Saúde de autoria Campos; Faria e Santos, (2010) na Unidade Didática I. Espera-se alcançar um melhor esclarecimento da equipe de saúde e da população, otimizando o tempo e ganhando qualidade de serviço.

Palavras-chave: Acolhimento. Demanda de Serviço em Saúde. Atenção Básica.

ABSTRACT

Spontaneous demand in Basic Health Units has increased based on criteria used to classify risk in hospitals. However, the basic health units work with programmed schedules and with the care of cases with acute complaints, known as spontaneous demand. Many users already have an idea to get an appointment is necessary to arrive at dawn in the queues. This is a reality that tends to improve with the implementation of the risk classification system with risk classification, where customers are served according to their priorities, and not in order of arrival, but this issue is often cultural and may take time to adaptation of the population. This work aims to organize user embracement in Basic Health Unit, so that patients will be attended according to their priority, and not in order of arrival or passwords. It is a qualitative study. It is expected expected to achieve a better understanding of the Patient care team and the population, saving time and enhancing the quality of health care.

Keyword: Host. Demand for Health Services. PHC

LISTA DE ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária a Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

ESF – Equipe Saúde da Família

PNH – Programa Nacional de Humanização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVO	14
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	14
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5.1 Conceito de acolhimento.....	15
5.2 Acolhimento com classificação de risco.....	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

Segundo Pinheiro e Mattos (2001) a demanda é a procura dos serviços de saúde, pelo usuário para obter acesso para resolver uma necessidade sentida e ser beneficiado com o atendimento recebido. Mas a demanda nem sempre expressa uma necessidade, sentida pelo sujeito pelo seu próprio desconhecimento do que ele precisa de verdade, pela falta de informação sobre as soluções para seus problemas, pela dificuldade de financeira de pagar pelos serviços ou até pela ausência de oferta dos serviços desejados.

A demanda espontânea dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem aumentado, tendo em vista os critérios utilizados para classificação de risco nos hospitais.

No entanto, as UBS trabalham com agendas programadas e com o atendimento de casos com queixas agudas, conhecidos como demanda espontânea.

Muitos usuários já possuem uma idéia que para conseguir uma consulta é necessário chegar de madrugada nas filas de espera. Esta é uma realidade que tende melhorar com a implantação do acolhimento com classificação de risco, onde os mesmos serão atendimentos de acordo com suas prioridades e não por ordem de chegada, mas, esta questão muitas vezes é cultural e pode levar um tempo para a adaptação e aceitação da população.

A utilização da classificação de risco pode diminuir a ansiedade da população e também da equipe. Alguns pacientes ficam insatisfeitos ao verem outro paciente ser atendido primeiro, e isso geram intrigas e discussões, porém, a partir do momento que o paciente conheça as prioridades, será mais fácil lidar com este sentimento.

A Atenção Básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de suas equipes. Tal complexidade se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânicas, subjetivas e sociais do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade.

Os profissionais de saúde que trabalham na atenção básica estão expostos à dinâmica do dia a dia da vida das pessoas nos territórios. Nesse sentido, “a

capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave” (BRASIL.2011,p.19).

A procura por atendimento médico tem superlotado os plantões com demandas pertinentes à atenção primária. E este problema acontece devido ao alto fluxo de pacientes *versus* número insuficiente de consultas disponíveis nas UBS.

Os profissionais médicos dos ESF são escalados para acompanharem pacientes graves nos transportes para outras cidades, e isso ajuda a complicar ainda mais a situação.

O acolhimento com a classificação de risco irá ajudar a organizar este fluxo, priorizando os casos mais graves e agendando os demais de acordo com cada caso.

O município de Itamarandiba possui em média 32.000 habitantes, e contam com 08 UBS, sendo 06 dentro do município e 02 na zona rural, existem ainda 02 hospitais, um municipal e outro filantrópico, porém, os dois atendem plantões em dias alternados.

O ESF Primeiro de Maio possui 3.902 pessoas cadastradas e tem sofrido uma intensa rotatividade de profissionais médicos, com perfis diferentes. Atualmente a médica da unidade tem ficado à disposição para viajar acompanhando os pacientes graves até as cidades com melhor estrutura de atendimento. Com isso, a agenda da médica fica cada vez mais lotada. Com a implantação do acolhimento com a classificação de risco, os pacientes sempre serão avaliados por um profissional e, encaminhados para consulta médica de acordo com a sua prioridade.

Há muitos casos que são resolvidos durante o acolhimento, como por exemplo, suspeita de gravidez, o enfermeiro poderá solicitar os exames necessários para confirmar ou não a gestação. São medidas que adiantam um diagnóstico e não necessitam de consulta médica imediata.

2. JUSTIFICATIVA

A demanda espontânea com grande fluxo de usuários gera desconforto tanto para a equipe que fica apreensiva e ansiosa, quanto para os pacientes que querem ser atendidos sem demora. O problema é que muitos pacientes querem ser atendidos pelo médico, embora, a consulta com a enfermeira já resolveria o seu problema.

A fila de espera e a distribuição de fichas para atendimento de acordo com a ordem de chegada geram ansiedade e desconforto para o paciente que levanta de madrugada para ser o primeiro da fila. Os usuários que procuram por consulta médica mais tarde, ficam irritados por não conseguirem o atendimento no dia. Para amenizar este problema, foi feita uma reunião e discutida com a equipe, a implantação do acolhimento com avaliação de risco.

Segundo Pinheiro e Mattos (2001) citado por Junges *et al.*(2012) a dinâmica da oferta é determinada pela organização do atendimento, pelo uso dos serviços, pela referência e contra-referência e pela articulação dos níveis de atenção

Sabe-se que toda mudança traz um período de adaptação, que nem sempre é confortável, pelo contrário, normalmente vem com insegurança, porém, se a equipe estiver preparada para acolher e seguir os fluxogramas, será apenas questão de tempo para a conscientização da população.

A conscientização da população também é muito importante, pois, a partir do momento que os pacientes forem informados sobre o acolhimento, e sobre os critérios de classificação, irão diminuir o estresse ao se depararem com a falta de vaga para o dia e, dependendo do seu caso, poderão deixar a unidade com suas consultas agendadas ou com o seus problemas já resolvidos.

Neste sentido será elaborado um plano de intervenção para amenizar este problema.

Com a implantação do plano de intervenção as consultas serão agendadas de acordo com sua prioridade podendo ser realizadas tanto com o médico como com a enfermeira, sem restrições dos usuários.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para organizar e melhorar o atendimento dos usuários utilizando o acolhimento com prioridade de risco.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O passo inicial deste trabalho foi à realização de uma reunião com a equipe do ESF Primeiro de Maio, para discutir os problemas que foram levantados no diagnóstico situacional.

Os problemas identificados dentre outros foram: o alto índice de pacientes hipertensos, filas longas, atendimento de prioridade que gerava na população insatisfação e irritabilidade quando um paciente era atendido primeiro pela prioridade determinada pelo seu estado de saúde, ou seja, era passado na frente, não respeitando a hora de chegada, UBS mal localizada, demanda imensa para poucas vagas, falta de acolhimento.

O problema que causa mais desconforto na equipe e que realmente interfere no processo de trabalho é a longa fila de espera. O ponto crítico da oferta é a fila e o tempo de espera para ser atendido.

Após exaustiva discussão ficou decidido como estratégia para resolução do problema a implantação do acolhimento com a classificação de risco.

Foi necessária a preparação de toda equipe para o novo investimento, assim foi realizado uma revisão da literatura sobre o tema.

Foram realizadas muitas leituras do material encontrado buscando selecionar aqueles que se identificavam com o objetivo proposto no trabalho e discutido em reunião da equipe. A partir daí a autora deste trabalho elaborou o referencial teórico e o projeto de intervenção que foi apresentado a equipe.

O projeto de intervenção utilizado foi baseado no Planejamento Estratégico Situacional (PES) estudado no Módulo de Planejamento e Ações de Saúde de autoria Campos; Faria e Santos, (2010) na Unidade Didática I.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Conceito de acolhimento

O simples fato de escutar um paciente, seja para esclarecer uma dúvida, ou para dar uma informação já é uma forma de acolher, e isso pode ser feito por qualquer profissional que trabalha na unidade, desde os serviços gerais até o médico.

O Ministério da Saúde (2008) diz que o acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local, nem hora e nem profissional certo para fazê-lo. Diz ainda que, é uma postura ética que implica na escuta das queixas pelo profissional. O profissional que faz a escuta deve ajudar o paciente a se reconhecer como responsável pelo seu processo de saúde e adoecimento como principal responsável pela solução. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2008).

5.2 Acolhimentos com Classificação de Risco.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a classificação de risco é usada para organizar do atendimento no serviço de saúde, ou seja, os pacientes deverão ser atendidos de acordo com suas prioridades e não por ordem de chegada, e esta avaliação deverá ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro. Desta forma, espera-se acabar com as filas de espera.

O acolhimento com classificação de risco deve ser feito por várias razões, principalmente em unidades onde a demanda é superior ao número de vagas disponíveis.

O acolhimento humanizado, com uma boa escuta e um pouco de atenção, além de manter um diálogo, fortalecer os vínculos entre profissional e usuário. No atendimento diário aos pacientes do ESF Primeiro de Maio, foi possível perceber que, muitos usuários precisam mais de desabafar algum problema do que de consultar.

Não se podem determinar os momentos (dias e horas) que as dores musculares, ansiedade, gripes vão aparecer. A Cartilha do Ministério da Saúde (Brasil, 2011), diz que, muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará

continuidade no cuidado, necessitará do cuidado integral, ou seja, pode ser necessário a avaliação de especialistas para a criação e fortalecimento de vínculos.

É comum que os pacientes procurem os profissionais que possuem mais confiança, devido o vínculo criado nas consultas de rotinas da família para conversar, essa medida de confiança permite que o profissional atue de forma humanizada e confiante, podendo evitar custos desnecessários para o município, como exames por exemplo, após uma simples escuta de qualidade, o problema está sanado.

Para se implantar o acolhimento é necessário organizar o processo de trabalho da equipe, de forma que se evitem filas ou a distribuição de senhas na demanda espontânea. É importante lembrar, que alguns fatores podem exigir ajustes no fluxograma. Por exemplo, o número de equipes de atenção básica da unidade que, quando pequeno (uma ou duas equipes), provavelmente fará com que algum membro da própria equipe de referência do usuário realize a escuta e, possivelmente, algumas intervenções, abreviando o fluxo do usuário na unidade. Isso pode ocorrer em UBS com maior número de equipes que se organizam por meio da modelagem acolhimento pela equipe de referência do usuário. Porém a estrutura física da UBS também pode interferir no fluxo (BRASIL,2012.).

O Ministério de Saúde (BRASIL,2012) apresenta um fluxograma de atendimento na UBS como um ponto de partida, uma estratégia de organização do processo de trabalho coletivo da UBS que deve ser adaptado, enriquecido, remodelado de modo a facilitar a escuta das necessidades das queixas dos usuários, resolver as suas necessidades e otimizar o processo de trabalho da equipe.

A classificação de risco utilizada é a encontrada no Caderno de Atenção Básica, nº 28, do Ministério da Saúde, 2012. Vejamos a figura 01:

Figura 01

CLASSIFICAÇÃO GERAL DOS CASOS DE DEMANDA ESPONTÂNEA NA ATENÇÃO BÁSICA

Situação não aguda
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade. • Adiantamento de ações previstas em protocolos (ex.: teste de gravidez, imunização). • Agendamento/programação de intervenções. • Contudo, vale salientar que o tempo para o agendamento deve levar em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico da queixa.
Situação aguda ou crônica agudizada
<p>Conduas possíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atendimento imediato (alto risco de vida): necessita de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico. Ex.: Parada cardiorrespiratoria, dificuldade respiratória grave, convulsão, rebaixamento do nível de consciência, dor severa.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento prioritário (risco moderado): necessita de intervenção breve da equipe, podendo ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até a nova avaliação do profissional mais indicado para o caso. Influencia na ordem de atendimento. Ex.: Crise asmática leve e moderada, febre sem complicação, gestante com dor abdominal, usuários com suspeita de doenças transmissíveis, pessoas com ansiedade significativa, infecções orofaciais disseminadas, hemorragias bucais espontâneas ou decorrentes de trauma, suspeita de violência.
<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante): situação que precisa ser manejada no mesmo dia pela equipe levando em conta a estratificação de risco biológico e a vulnerabilidade psicossocial. O manejo poderá ser feito pelo enfermeiro e/ou médico e/ou odontólogo ou profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dependendo da situação e dos protocolos locais. Ex.: disúria, tosse sem sinais de risco, dor lombar leve, renovação de medicamento de uso contínuo, conflito familiar, usuário que não conseguirá acessar o serviço em outro momento.

Fonte: BRASIL, (2012)

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Os principais problemas diagnosticados na ESF Dr. Primeiro de Maio foram apontados pelo diagnóstico situacional e de observações constantes vivenciadas pela equipe de saúde no cotidiano do trabalho. Foram considerados problemas aquelas situações que interferiam no processo de trabalho da equipe, dentre eles foram inúmeros descontentamentos e reclamações dos usuários e muitas vezes discussões entre eles provocadas pelo atendimento de um paciente cujo estado de saúde exigia urgência por ser um quadro agudo. Existem muitos outros problemas que devem ser também contemplados posteriormente.

Os vários problemas identificados estão demonstrados no quadro1.

Quadro1- Principais Problemas do ESF Primeiro de Maio-2014

Principais Problemas Diagnosticados no ESF Primeiro de Maio		
Problemas	Agravos	Consequência
Demanda muito grande	Casos graves aguardam mais tempo para serem atendidos.	Comprometimento da saúde e integridade física, insatisfação de usuários e superlotação nos hospitais.
Longas filas de espera	Irritabilidade e estresse tanto dos pacientes quanto da equipe.	Comprometimento da qualidade dos serviços ofertados e no vínculo.
Falta de prioridades no atendimento	Pode postergar o atendimento para as prioridades e agendar consultas para quem poderia aguardar mais tempo.	Comprometimento da saúde e integridade física ou mental do paciente além de gerar transtornos familiares de onerar o governo
Falta de conhecimento da equipe sobre acolhimento com qualificação de risco gerando insatisfação no processo e da população	Falta capacitação dos profissionais para acolherem e priorizarem os atendimentos. Falta de informação da população	Comprometimento da saúde e integridade física ou mental do paciente, além de gerar transtornos familiares de onerar o governo -irritabilidade , impaciência e insatisfação com o atendimento.

Os objetivos do plano de intervenção são:

- modificar o acolhimento atendendo as prioridades
- atender a população de forma satisfatória
- Melhorar a estrutura do serviço para incentivar a mudança na rotina
- Extinguir com as filas de espera intermináveis.
- Capacitar a equipe sobre acolhimento com classificação de risco.
- Informar a população sobre a importância do acolhimento.

Para selecionar estes problemas foi utilizado os critérios citados por Campos; Faria e Santos (2010).

- A importância do problema na comunidade;
- O grau urgência que a doença apresenta;
- Própria capacidade de enfrentamento da equipe e resolutividade da equipe.
- Para descrever e explicar estes problemas sabe-se que a insatisfação e

Nós Críticos	Operação/Projeto	Resultado	Produto	Responsável	Prazo
Desorganização no processo de marcação de consulta.	Mais Qualidade Modificar a forma de acolher e agendar as consultas	Diminuição número de reclamações , Diminuição do tempo de espera para atendimento diminuição da super lotação nos hospitais	Atendimento de acordo com a prioridade do paciente. Agendas programadas Aumento do nível de satisfação do usuário.	Toda equipe	um mês para o início das atividades
Inexistência de acolhimento com classificação de risco	Atender melhor Atender os casos prioritários e agendar os outros de acordo com gravidade do quadro	Priorização os casos classificados como mais graves, e agendamento dos demais.	Acolhimento com classificação de risco feito pelo enfermeiro	enfermeiro	um mês para o início das atividades
Falta de conhecimento da população sobre acolhimento	Saber + Aumentar o nível de informação da população quanto a importância do acolhimento . Disponibilizar cursos de capacitação	População mais informada e consciente quanto ao acolhimento e agendamento de consulta.	Ações educativas nos grupos formais e na sala de espera.	.Equipe do ESF	Início em 1 mês e término em 06 meses; Avaliação a cada 3 meses
Inexistência de acolhimento com classificação de risco: falta de prioridades no atendimento gerando longas filas e demandas muito grandes de consulta	Linha de Cuidado Implantar linha de acolhimento com classificação de risco Intensificar capacitação permanente para os profissionais da equipe	Intensificação da capacitação permanente para os profissionais da equipe	Profissionais preparados para atender os usuários Acolhimento com classificação de risco implantado	.gestor	Início em 2 meses.

irritabilidade pode gerar um fator dificultador no estabelecimento de vínculo com equipe. Todo paciente deve ter uma escuta para suas queixas e uma

diretriz para saná-las. A organização no atendimento é que garante a operacionalização das atividades da equipe com eficiência e eficácia.

Neste sentido o acolhimento com classificação de risco é uma ferramenta considerada muito efetiva na organização do atendimento para que os usuários que necessitam de um atendimento mais rápido sejam priorizados após avaliação pelo médico ou enfermeiro que fará a escuta, e de acordo com a queixa saberá o que fazer, seja encaminhar para consulta no dia, seja solicitar exames, ou agendar a consulta para outro dia, explicando para o paciente sobre a sua situação e sua prioridade.

Desse modo, é importante compreender melhor como essas medidas podem ser processadas, no sentido de ampliá-las para atender os usuários.

Quadro 2 – Proposta de operações para resolução dos “nós” críticos-2014

O plano de gestão segundo Campos; Faria e Santos (2010) é o momento muito importante em todo projeto é quando discute e define como será feito o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos. Quando se avalia se os objetivos foram alcançados e se há necessidade de implementar alguma ação para atingir todos objetivos propostos.

A proposta é envolver toda equipe no processo de implantação e avaliação do projeto de intervenção. A avaliação é quase imediata partindo da aceitação do projeto pelos usuários, conversando para saber o nível de satisfação ou insatisfação dos mesmos. Estimular a aceitação da proposta explicando a importância do acolhimento com classificação de risco. Serão realizadas reuniões mensais com a equipe para discutir todo o processo de implantação do projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acolhimento com classificação de risco não quer dizer que todos os problemas da demanda estarão resolvidos, mas, tende organizar melhor o processo de trabalho, oferecendo mais humanização no atendimento.

É importante lembrar que, mesmo quando o acesso se dá de forma burocratizada, é relativamente comum a existência de fluxos “paralelos” e “privilégios” de acesso, por diferentes motivos. Os usuários que tinham acesso facilitado poderão sentir que estão menos “empoderados” ou que perderam espaço, apresentando resistência ao acolhimento. É necessário dialogar com todos os profissionais que atuam na unidade de saúde e com os usuários sobre as resistências ao acolhimento, seja para aumentar o número de pessoas aderidas à nova rotina, reconhecendo os limites no modo de implementar o acolhimento ou para se fortalecer a proposta diante da maioria que passa a ter um acesso mais democratizado e justo ao serviço.

É importante lembrar, mais uma vez, que as experiências de acolhimento de vividas no dia-a-dia apresentam melhores resultados do que apenas o pronunciamento de um discurso ou questionamentos, ainda que isso seja necessário. Se a existência do acolhimento gerar cuidados para os usuários, com o tempo, provavelmente, eles irão defender mais essa rotina, aumentando suas chances de sucesso e, conseqüentemente fortalecendo a atenção básica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento a Demanda Espontânea. Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica** n.28, v.I. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento a Demanda Espontânea. Queixas Mais Comuns na Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica**. V.II. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F.C.; FARIA. H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação de Saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

Acolhimento. **Dicas de saúde**. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>>. Acesso em: 09-06-2014.

Acolhimento. **Dicionário online de português**. Disponível em: <<http://www.dicio.com.br/acolhimento/>>. Acesso em: 09-06-2014.

JUNGES, José Roque et al . O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde Soc.**, São Paulo , v. 21, n. 3, set. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 jul. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000300014>.

PINHEIRO R.; MATTOS R. A. **A construção social da demanda. Direito à saúde, Trabalho em equipe, Participação e espaços públicos**.Rio de Janeiro:IMS/UERJ;CEPESC;ABRASCO, 2001. p. 91-101