

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA
EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SANTO AMARO-BA**

São Luís
2017

MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA
EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SANTO AMARO-BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Profa. Dra Adriana Gomes Nogueira Ferreira

São Luís
2017

França, Marcus Vinicius Sacramento

Implantação do acolhimento e organização da agenda médica em Unidade Saúde da Família, Santo Amaro –Ba./Marcus Vinicius Sacramento França. – São Luís, 2017.

20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Acolhimento. 2. Fatores de Risco. 3. Saúde da Família. I. Título.

CDU 159.9:614

MARCUS VINICIUS SACRAMENTO FRANÇA

**IMPLANTAÇÃO DO ACOLHIMENTO E ORGANIZAÇÃO DA AGENDA MÉDICA
EM UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SANTO AMARO-BA**

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará.

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família atuam no individual e coletividade nos campos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, HumanizaSUS, resgata os princípios do SUS, com o acolhimento, escuta qualificada e respostas resolutivas. A classificação de risco possibilita ordenação por prioridade, considerando as vulnerabilidades. Este plano de intervenção objetiva implantar o acolhimento com classificação de risco na Unidade Saúde da Família Dra Elvira Queiroz de Araújo localizada em Santo Amaro, Bahia, Brasil. Esse projeto desenvolveu-se entre 2015-2016, devido a seguinte situação problema: a grande demanda espontânea reduzia significativamente os atendimentos médicos de cuidados continuado e agendado, tais como pré-natal, puericultura, doenças crônicas não transmissíveis e atividades educativas. Após revisão de literatura integrativa, realizou-se reuniões para discutir possibilidades de intervenção, tais como reorganização da agenda dos profissionais, capacitações, definição de fluxos internos de pacientes, acolhimento e classificação de risco. A implantação do acolhimento organizou e redistribuiu o fluxo da demanda espontânea na unidade. Houve um aumento do número de consultas médicas de cuidado continuado e agendado. A participação desse profissional na assistência a saúde da materno-infantil e atividades educativas tornou-se mais significativa. As características de Atenção Básica e Saúde da Família foram reconstruídas nesta unidade, que tinha sua rotina baseada primordialmente em atendimentos de livre demanda, sem acompanhamento a longo prazo. A manutenção do acolhimento com classificação de risco é necessária, bem como a expansão do programa saúde da família no município, a fim de melhorar o acesso da população a saúde.

Palavras-chave: Acolhimento. Fatores de Risco. Saúde da Família.

ABSTRACT

Primary Health Care and Family Health Strategy act in the individual and collectivity through promotion, prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. The National Humanization Policy of the Ministry of Health, HumanizaSUS, rescues the SUS principles, with user embracement, qualified listening and resolute answers. The risk classification allows priority ordering, considering the vulnerabilities. The objective of this intervention plan is to implant user embracement and risk classifications at the health center Dr. Elvira Queiroz de Araújo, located in Santo Amaro, Bahia, Brazil. This project developed between 2015 and 2016, due to the following problem situation: the high spontaneous demand had significantly reduced continued medical care and scheduled consultation, such as prenatal care, childcare, chronic non-communicable diseases and educational activities. After reviewing the integrative literature, meetings were realized to discuss intervention possibilities, such as reorganization of the professionals' agenda, training, definition of internal patient flows, user embracement and risk classification. This project have organized and redistributed the flow of spontaneous demand into unity. There was an increase in the number of continued and scheduled care appointments. Doctor's participation in the health care of maternal-child and educational activities have become more significant. The characteristics of Primary Care and Family Health Strategy have reconstructed in this health center, which had its routine based primarily on free demand care, without long-term follow up. To improve patients' access, user embracement should be maintained as well as the expansion of the family health program.

Keywords: User embracement. Risk Factors. Health Family.

SUMÁRIO

1	IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1	Título.....	06
1.2	Equipe Executora.....	06
2	INTRODUÇÃO.....	06
3	JUSTIFICATIVA.....	09
4	OBJETIVOS.....	11
4.1	Geral.....	11
4.2	Específicos.....	11
5	METAS.....	11
6	METODOLOGIA	12
7	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	13
8	IMPACTOS ESPERADOS.....	14
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
	REFERÊNCIAS.....	17
	ANEXOS.....	19

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Implantação do acolhimento e organização da agenda médica em Unidade Saúde da Família, Santo Amaro–Ba.

1.2 Equipe Executora

- Nome do(a) aluno(a): Marcus Vinicius Sacramento França
- Nome do(a) Orientador(a): Profa. Dra. Adriana Gomes Nogueira Ferreira
- Outros: Supervisor Prof. Dr. Eduardo Reis e profissionais da USF Dra. Elvira Queiroz.

2 INTRODUÇÃO

A atenção básica dispõe de um conjunto de ações destinadas ao indivíduo e coletividade nos campos da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Por se tratarem de unidades mais próximas do indivíduo e da família, constituem a porta de entrada para o usuário do SUS, coordenando o cuidado e orientando a comunicação com outros níveis de complexidade (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde por meio da portaria 2488, de 21/10/2011 dispôs sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece as diretrizes e normas para Atenção básica, da Estratégia Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Essa Política preconiza a garantia dos princípios do SUS, diálogo com a população para aperfeiçoar os serviços, corresponsabilização do paciente no seu bem estar, planejamento de ações em saúde, criação de instrumentos para garantir o acesso, bem como vinculação e continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF), mais tarde concebido como estratégia, surge como proposta de fortalecimento da atenção primária a saúde (ou atenção básica) no Brasil em 1994 (ROSA; LABATE, 2005). Tem por base princípios do SUS e da atenção primária a saúde (BRASIL, 2012). Em reunião chamada “Saúde da Família”, promovida pelo Ministério da Saúde, discutiu-se a necessidade de incorporar novos profissionais ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), originando assim a estratégia saúde da família (VIANNA; DAL POZ, 1998). Esse modelo de assistência corrobora um momento de mudança de paradigma na saúde: de um modelo médico curativo para visão integral de cuidado ao indivíduo e comunidade (ROSA; LABATE, 2005).

De acordo com Soratto et al (2015), a Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe um modelo mais abrangente para conceber a saúde e seus determinantes, envolvendo saberes técnicos, populares e multidisciplinaridade. O tratamento e a cura perdem seu protagonismo nesse modelo assistencial. O indivíduo passa a ser avaliado como um ser de relações em uma coletividade, com os demais indivíduos, família, ambiente, dentre outros. Podendo este influenciar e ser influenciado nessas relações. Assim, ações em saúde ultrapassam o diagnóstico, tratamento e cura, incluindo além destes, a prevenção, promoção de saúde e reabilitação.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) reforça os pressupostos de Starfield (1998) para atenção primária a saúde. A citar: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e orientação às famílias e às comunidades, abrangência do cuidado (STARFIELD, 2002 *apud* OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Além de inserir da equipe na comunidade (por meio dos ACS), característica importante para compreensão da saúde e seus determinantes: características culturais e comportamentais da população e dos pacientes, ambiente físico e social e prática médica (STARFIELD, 1998).

Buscando resgatar os princípios do SUS e sua humanização, o acolhimento surge por meio da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde, HumanizaSUS, com a valorização dos diversos atores do processo de saúde: pacientes, profissionais e gestores. As diretrizes do Plano Nacional de Humanização do SUS baseiam-se em aspectos organizacionais, clínicos, humanos e do SUS: gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e acolhimento (BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma ferramenta de mudança do processo de trabalho em unidades de saúde, buscando atender as demandas de todo usuários que procuram o serviço, dialogando e pactuando respostas aos cidadãos (BRASIL, 2004). Para Schimith e Lima (2004), o acolhimento busca receber todos pacientes nas unidades, escutar seus problemas, resolvê-los e na impossibilidade, referenciá-los. É

importante considerar o número de equipes na unidade, o perfil epidemiológico da comunidade e dos profissionais, a fim de adaptar-se ao processo de acolhimento.

Superficialmente o acolhimento pode ser compreendido, através de um conceito espacial, referindo-se a recepção, espera e/ou espaço aconchegante e confortável, outras vezes como triagem e repasse de demandas. No entanto, o acolhimento preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) inclui processo de escuta atenta e compromisso com o paciente e seus problemas, bem como respeito às diferentes culturas e realidades socioeconômicas e ambientais. Por isso, é necessária a reorganização dos serviços de saúde, com intervenção multidisciplinar, garantindo resolução dos problemas dos usuários por qualquer profissional de saúde, levando em consideração suas habilidades e capacitação técnica (BRASIL, 2004).

Garantir os princípios de universalidade, equidade e integralidade é permitir que todos os usuários que procuram a unidade sejam escutados empaticamente por profissionais da equipe, tendo suas demandas, opiniões e queixas, vulnerabilidades avaliadas. A partir da escuta qualificada e das ofertas da unidade, buscar respostas resolutivas a tal demanda. Em caso de impossibilidade de resolvê-las por profissionais da unidade, encaminhar paciente com responsabilização para serviços de maior complexidade (CAMPOS, 1997).

Para Matumoto (1997), o paciente demonstra suas necessidades não só em linguagem verbal. Portanto, expressão facial, comunicação não verbal e gestual devem ser considerados durante escuta qualificada, buscando entender o indivíduo detrás de suas queixas.

Segundo Bueno e Merhy (2001), o acolher tem enfoque nas relações interpessoais, pois quando o paciente é recebido por um membro da equipe, que inicia a escuta clínica qualificada, há superação da dificuldade de acesso ao profissional. A escuta permite o desabafo, compartilhar medos e ansiedades, desmistificar informações, reduzir sintomas psicossomáticos. Esta é a forma proposta de trabalho por profissionais de saúde: a visão integral do adoecer, contribuindo para sanar sofrimentos emocionais, psicológicos, além de psicobiológicos (GONÇALVES; FIORI, 2011).

O acolhimento visa identificar as necessidades de usuários, sendo necessárias algumas adaptações no processo e estrutura de trabalho: adequação de áreas físicas, logística e recursos humanos; sensibilização de gestores e

profissionais; reorganizar agendas e ofertas de acordo com a população e território adstritos; monitorar e avaliar atividades relacionadas; realizar atividades de educação permanente para profissionais envolvidos; qualificar as reuniões de equipe par discutir processo de trabalho (BRASIL, 2004).

O acolhimento com classificação de risco, avaliação e ordenação dos pacientes, de acordo com seu grau de risco e vulnerabilidade, permite atendimento com base na complexidade e gravidade dos usuários e não por ordem de chegada. A classificação de risco, usualmente utilizada em serviços de urgência, adaptada a atenção básica, surge como processo de avaliação dinâmico para identificar pacientes que necessitam de atendimento imediato, reforçando dessa forma princípios de humanização e equidade. De acordo com a PNH, para implantação da classificação de risco são necessários: capacitação da equipe, estabelecimento de fluxos, adequação de estrutura física e logística (BRASIL, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

A USF Dra Elvira Queiroz de Araújo localiza-se na zona urbana do município de Santo Amaro, Bahia, no bairro do Sacramento. É responsável pelo atendimento de aproximadamente 6 mil pacientes, além de pacientes de áreas não cobertas, que procuram e são assistidos pela unidade, como o assentamento Paulo Cunha e pacientes de algumas ruas do centro da cidade e bairros vizinhos.

A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, oito agentes comunitários de saúde (ACS), um auxiliar de serviço geral, uma recepcionista, um dentista e uma auxiliar de saúde bucal.

A concepção dos profissionais e população a cerca da função do programa saúde da família na saúde comunitária e individual estava bem distante do preconizado pelo SUS: prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Assim como a grande parte das unidades de saúde, as consultas do profissional médico estavam concentradas apenas na assistência a hipertensos, diabéticos e a pacientes com outras patologias. No entanto, a portaria nº 648 de 2006 traz um papel mais abrangente da assistência médica: realização de assistência integral a saúde individual, seja criança, adolescentes, adultos e idosos, bem como a família; realizar atividades em clinica médica, ginecologia-obstetrícia, urgência e

procedimentos; encaminhamentos, atividades em educação e saúde, visitas domiciliares, dentre outras (BRASIL, 2006).

A agenda médica não ofertava vagas para pré-natal e puericultura, por exemplo, e diariamente eram abertas vagas apenas para demanda espontânea, priorizando quadros de urgência e emergência em detrimento do acompanhamento de hipertensos, diabéticos, puericultura e pré-natal. O acompanhamento de gestantes era realizado majoritariamente pela enfermeira, que encaminhava a paciente ao médico clínico, apenas em agravos agudos, tais como picos hipertensivos, sangramentos na gestação, redução de movimentos fetais, etc. As crianças não faziam acompanhamento médico em puericultura, comparecendo ao posto para atendimento médico apenas em quadros de resfriado comum, faringoamigdalite, otite, pneumonia, gastroenterites, asma, dentre outras.

Os hipertensos e diabéticos estavam completamente descompensados e apresentavam o hábito de esperar o término dos medicamentos para comparecerem a unidade exigindo renovação de receita. Os papéis de unidades de pronto atendimento e de unidades saúde da família eram totalmente confundidos, tanto pelos pacientes como pela maioria dos profissionais da unidade, inclusive pela secretaria de saúde e prefeitura, que não pouco freqüente encaminhavam pacientes, sem o menor critério, para unidade de saúde da família para atendimento imediato.

A grande demanda espontânea por atendimento médico imprimia uma redução de vagas para cuidado continuado, longitudinal e integral a pacientes de programa HIPERDIA, pré-natal, puericultura, adultos e idosos, prejudicando o funcionamento da unidade saúde no bairro do Sacramento, dentro dos padrões da atenção básica e saúde da família.

Analisado o cenário da saúde do município de Santo Amaro e suas repercussões no processo de trabalho da USF Dra Elvira Queiroz de Araujo, discutiu-se junto a equipe a implantação do acolhimento com classificação de risco e reorganização da agenda médica, priorizando pré-natal, HIPERDIA, puericultura, visita domiciliar, educação e saúde, planejamento familiar e clínica médica, sem deixar de acolher a demanda espontânea.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Implantar o acolhimento e classificação de risco na Unidade de Saúde Dra Elvira Queiroz de Araújo

4.2 Específicos

- Organizar o fluxo de pacientes na Unidade de Saúde Dra Elvira Queiroz de Araújo
- Definir critérios de gravidade para triagem com classificação de risco
- Organizar a agenda dos profissionais com garantia de vagas para demanda espontânea

5 METAS

- Atender 60% da demanda espontânea de forma resolutiva.
- Reduzir as filas por atendimento médico em 25%.
- Aumentar número de consultas agendadas e de cuidado continuado em 50%.
- Aumenta frequência de consultas médicas no pré-natal para no mínimo 3 consultas por gestante.
- Aumentar frequência de consultas médica de puericultura para no mínimo 3 nos dois primeiros anos de vida.

6 METODOLOGIA

Inicialmente realizou-se análise da realidade dos serviços prestados na USF Dra Elvira Queiroz de Araujo durante os dois meses iniciais (novembro e dezembro/2015) e discutidas em reunião de equipe as principais dificuldades, bem como aspectos que necessitavam ser corrigidos. Decidiu-se como ponto prioritário para ação a elevada demanda espontânea da unidade, principalmente, em se tratando de consultas médicas.

A partir da definição da situação problema, foi realizada uma revisão de literatura integrativa sobre acolhimento e classificação de risco na atenção básica. Os profissionais da equipe foram capacitados através de discussões interativas durante reunião de equipe, sobre: acolhimento, classificação de risco, linhas de cuidado, SUS, estratégia saúde da família, programa de valorização do profissional da atenção básica (PROVAB) e agenda.

Foi realizada uma reorganização do fluxo de pacientes na unidade, sendo estabelecida agenda dos profissionais por programas (levando em conta agravos e faixa etária) e os fluxos internos dos pacientes de cada programa. Também foram disponibilizadas vagas para demanda espontânea diariamente para profissional médico, de enfermagem e odontólogo.

O acolhimento era realizado inicialmente pelo SAME e técnico de enfermagem, que escutavam e direcionavam os pacientes para outros profissionais da unidade, a depender de sua demanda. Definiu-se os critérios de classificação de risco para a população usuária da unidade e as condutas de acordo com sua classificação, priorizando os casos mais graves e/ou mais vulneráveis (Anexo 1).

A fim de diminuir a demanda espontânea por atendimento médico, pacientes verdes e azul eram escutados inicialmente pela enfermeira e/ou técnico, que se necessário, após atendimento de enfermagem e/ou discussão com o médico e/ou dentista, definia conduta adequada. Pacientes com maior gravidade eram atendidos prioritariamente por profissional médico (Anexo 2).

Em relação aos pacientes HIPERDIA, foram estabelecidos fluxos internos a depender do nível de compensação da patologia de base dos pacientes e de fatores de risco. O pré natal era realizado de maneira alternada entre o médico e enfermeiro, devendo haver uma consulta com odontólogo. A primeira consulta obrigatoriamente com a enfermeira e a segunda com o médico. As pacientes com gestação de alto

8 IMPACTOS ESPERADOS

A implantação do acolhimento na unidade orientou o fluxo de pacientes na unidade valorizando os princípios da universalidade, integralidade e equidade. O grau de satisfação dos pacientes e as respostas as suas demandas tornaram-se mais resolutivas. Buscou-se garantir o acesso universal aos serviços prestados, de forma equitativa, racional e integral, resgatando o papel da unidade como saúde família enquanto porta de entrada do paciente no SUS, ordenadora do cuidado integral e seu vínculo com a comunidade.

O número de acompanhamento por cuidado continuado e agendado manteve-se estável, porém o número de demanda espontânea que se transformava em consulta médica diminuiu com o acolhimento e classificação de risco.

A classificação de risco contribuiu na otimização do tempo, na definição de prioridades e direcionamento dos pacientes. A definição dos principais critérios para classificação permitiu maior autonomia da equipe de enfermagem na triagem desses pacientes, e também possibilitou discussões de casos com profissional médico e da odontologia. Assim como a referência de pacientes de urgência/emergência para maior nível de complexidade de maneira mais rápida, eficaz e resolutiva, evitando, dessa forma, longa espera e agravamento do quadro. A implantação do acolhimento na Unidade Saúde da Família modificou o processo de trabalho dos profissionais. Os princípios e diretrizes do SUS, estratégia saúde da família e Política Nacional de Humanização do SUS foram substituindo serviços de saúde voltados para atendimento da demanda espontânea prioritariamente.

Com aumento de hipertensos e diabéticos acompanhados pelo profissional de enfermagem, pacientes com doenças crônicas não transmissíveis mais severas puderam ser conduzidos em intervalos mais curtos pelo médico, já que os hipertensos/diabéticos leves e controlados foram divididos com a enfermagem. O médico passou a participar de forma mais importante na assistência pré-natal, alternando consultas de pacientes de risco habitual com a enfermagem e acompanhando a maior parte do tempo as gestantes de alto risco. Com a reorganização da agenda e da demanda espontânea, foi possível realizar atividades educativas como grupo de gestantes, salas de espera, atividades em terreiros de candomblé, dentre outras.

A inclusão desses programas na agenda médica (pré natal, puericultura e educação em saúde) reforça a importância da estratégia de saúde da família e o papel do médico enquanto profissional da família e comunidade e não apenas voltado para clínica geral.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente o acolhimento causou estranheza e descontentamento da população e de alguns profissionais da unidade. Houve tensão entre a população, que buscava atendimento médico, e não aceitava inicialmente ser atendido por outro profissional de saúde, também capacitado para resolver determinadas demandas, as quais não eram única e exclusivamente médicas. Isso foi reduzido ao longo do tempo através das atividades educativas, do trabalho em equipe e da experiência dos próprios pacientes, que se convenciam de que alguns de seus problemas poderiam ser resolvidos por profissionais não médicos. Ao mesmo tempo que pacientes que precisavam de atendimento médico, obtinham com menor dificuldade, já que a demanda passou a ser mais organizada e direcionada.

A falta de estrutura física, apoio da secretaria de saúde, escassez de serviços de média e alta complexidade e pouca colaboração de alguns profissionais da unidade foram pontos negativos para implantação do acolhimento.

Apesar das dificuldades encontradas para este plano de ação, o acolhimento mostrou-se como ferramenta e postura importante de garantia de acesso dos usuários aos profissionais da USF do Sacramento. A reorganização das agendas aliada ao acolhimento com classificação de risco e estabelecimento de fluxos internos de pacientes contribuíram para melhor assistência a saúde, redução da demanda espontânea focada no profissional médico e de filas de marcação, maior autonomia e discussão em equipe e acesso das gestantes a consulta médica de pré-natal. Pacientes hipertensos e diabéticos com maior morbidade tiveram acesso a acompanhamento médico com maior frequência, como reforça o princípio da equidade. atendimentos de urgência e a demanda espontânea mantiveram o direito ao atendimento na unidade, de acordo com suas necessidades e por meio de classificação de risco. Pacientes que necessitaram de assistência médica hospitalar

de urgência/emergência foram referenciados de maneira mais resolutiva e responsável.

Diante do descrito ao longo desse plano, conclui-se que é necessário manter o acolhimento na unidade como estratégia da equipe para lidar com a demanda espontânea prezando pela universalidade, vínculo do usuário, humanização do SUS, equidade, integralidade e coordenação do cuidado. Em contrapartida, é necessário a expansão da atenção básica no município de Santo Amaro, com a abertura de novas USFs e contratação de novos profissionais a fim de ampliar a cobertura e diminuir parcialmente questões relacionadas a demanda espontânea excessiva, o que não é característica exclusiva do PSF do Sacramento.

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011. p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização - A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em:< <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-14.pdf>>. Acesso em 26/03/17.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, p. 29-87, 1997.

GONÇALVES, Daniel Almeida; FIORE, Maria L. de Mattos. Vínculo. Acolhimento e abordagem psicossocial: a prática da integralidade. **Módulo Psicossocial**. Especialização em Atenção Básica, São Paulo, p.7-8, 2011.

MATUMOTO, Sílvia. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013.

ROSA, Walisete de A. Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.6, p.1027-34, dez. 2015.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria A. D. da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 20, n.6, p. 1487-1494, nov-dez, 2004.

SORATTO, Jacks e al. Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, vol. 24, n.2, p. 584-92, 2015.

STARFIELD, Barbara. **Primary care: balancing health needs, services and technologies**. Oxford University Press. Nova Iorque, p. 19-24, 1998.

VIANA, Ana L. D'Ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Physis Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 8, n.2, p.11-48, 1998.

ANEXOS

Anexo 1

<u>Acolhimento Classificação de risco da USF Dra Elvira Queiroz</u>	
Vermelho	
Queimaduras (com mais de 25% da área corpórea) Traumatismo Cranioencefálico grave Estado mental alterado de forma aguda Dor torácica + dispneia/cianose Crises convulsivas e pós-ictal Perda de consciência Perfurações em tórax, abdome e crânio e/ou hemorragia Desconforto respiratório intenso Intoxicação exógena Parada Cardiorespiratória	
Amarelo	
Desconforto respiratório leve – moderado Hiperglicemia/hipoglicemia Dor abdominal moderada/intensa Febre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ Náuseas e vômitos no momento ou há menos de 1 hora Gestante com dor pélvica Sinais de desidratação Cefaleia com sinais de gravidade Suspeita de reação alérgica Alterações na pressão arterial(PA \geq 160x100) Dor intensa não citada anteriormente	
Verde	
Dor leve a moderada não citada em vermelho ou amarelo Sangramento vaginal sem dor abdominal intensa Diarreia Tosse, congestão nasal, odinofagia Exantema Gestantes Idosos Pessoas com deficiência	
Azul	
Renovação de receita Solicitação de exames Vacinação Curativo Consultas agendadas Queixas crônicas sem alterações agudas	

Anexo 2

