



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

William Jun Asanome Korogui

Qualificação sobre o acolhimento para os profissionais de saúde no município de Piraquara-PR

Florianópolis, Março de 2016

William Jun Asanome Korogui

Qualificação sobre o acolhimento para os profissionais de saúde no
município de Piraquara-PR

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: Anne Caroline Luz Grudtner da Silva
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

William Jun Asanome Korogui

Qualificação sobre o acolhimento para os profissionais de saúde no município de Piraquara-PR

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

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A unidade básica de saúde (UBS) Carlos Jess, localizada no município de Piraquara, no Paraná, possui em seu território cerca de 17 mil habitantes. Dessa maneira a equipe de saúde sofre com a alta demanda dos usuários, aliada a falta de capacitação e de uma escuta qualificada, o que gera conflitos e transtornos com pacientes e profissionais de saúde na unidade. Atualmente o atendimento está sendo feita de maneira desorganizada devido a alta rotatividade dos funcionários, estrutura inadequada e principalmente devido a falta de uma educação continuada. Será desenvolvido um projeto de intervenção sobre a qualificação dos profissionais de saúde da UBS Carlos Jess, com o objetivo de capacitar a equipe no acolhimento, humanizar e implantar um fluxograma para o atendimentos aos usuários. Serão realizadas 2 palestras de duração de 4 horas cada. A primeira será sobre acolhimento e a segunda sobre a implantação de um fluxograma na UBS e no final serão feitas perguntas objetivas se a capacitação ajudou ou não aos funcionários. Este projeto visa melhorar o atendimento ao usuário, evitando atrasos e priorizando atendimentos que requerem uma atenção imediata, prioritária ou no dia, desse maneira todos os pacientes que buscam a UBS Carlos Jess serão acolhidos e escutados, seus problemas solucionados e caso isso não ocorra, encaminhados para um serviço de referência adequado.

Palavras-chave: Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Escuta qualificada

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	OBJETIVO GERAL:	11
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O Município de Piraquara está localizado no estado do Paraná, e seu nome tem origem indígena, significando peixe no buraco ou cova de peixe. É uma cidade com 102.798 habitantes, e um território de 228 mil/km², onde a incidência da pobreza chega a 35,07% e o índice de desenvolvimento humano é de 0,7; com predominância de católicos e cerca de 18 estabelecimentos de saúde SUS (IBGE, 2015).

A origem da população data por volta de 1660 devido aos trabalhos de mineração, na busca do ouro pelos bandeirantes, vicentistas e portugueses. Sendo que o mineiro Manoel Picam de Carvalho por volta de 1700 fundou uma fazenda e formou um pequeno arraial de mineração, que atraiu outras famílias, formando o povoamento de Piraquara (TERBECK, 2015).

Em 1878 chegaram imigrantes europeus, cerca de 350 pessoas, que fundaram a Colônia Santa Maria e realizaram a inauguração da Estrada de Ferro do Paraná, ligando Curitiba ao litoral. Os trilhos da estrada passavam por Piraquara, onde foi feita uma estação, dessa maneira houve um importante progresso nos setores da agricultura e pecuária da região.

A unidade básica de saúde (UBS) Carlos Jess, onde trabalho, esta localizada no bairro Caiçara, onde existem mananciais que pouco a pouco foram invadidos e ocupados de maneira ilegal e desorganizada, sendo que atualmente há cerca de 17 mil habitantes na comunidade, aproximadamente 13 mil alfabetizados e muitos com ensino médio incompleto, muitos dos quais trabalham na cidade de Curitiba, sendo o bairro e toda a cidade de Piraquara conhecidos como "cidade dormitório".

A desorganização é refletida no saneamento básico, pois não existe cobertura completa no bairro, existem esgotos a céu aberto, chão de terra batida e depósito de lixo improvisados. Pode se dizer que o controle de zoonoses precisa de uma reestruturação, um exemplo disso são os animais abandonados na comunidade que crescem sem controle nenhum, é comum ir ao trabalho e se deparar com animais atropelados ou doentes.

As condições de moradias são dos mais variados tipos e tamanhos, como citado anteriormente, devido a desorganização e invasão existem casas de madeira, improvisadas, sem estrutura adequada, alguns sem eletricidade e água portátil, e que suportam no máximo 2 a 3 cômodos; outras de alvenaria com cerca de 5 a 6 cômodos. Cerca de metade do bairro é asfaltada, dessa maneira é comum o acúmulo de poças de água e acidente de veículos na região. Ressalto que nessas moradias, no geral, possuem mais de um animal doméstico, como gatos e cachorros, estes sem vacina e que frequentemente tem contato com outros animais abandonados, já que uma parte anda solto pelo bairro.

As entidades presentes no bairro são a associação de moradores e os grupos religiosos (evangélico e católicos), contudo possuem baixa participação tanto no conselho municipal como na saúde da própria comunidade, o que notamos é que existem certos integrantes da

comunidade que cobram e auxiliam a população local, contudo os motivos são meramente políticos.

No Caiçara existem creches, escolas de ensino fundamental e médio de boa qualidade, contudo existe superlotação nas salas de aula, prejudicando a qualidade do ensino e devido a greve dos professores, talvez muitos alunos não vão poder realizar o vestibular dentro da data esperada. A maioria da população do bairro possui pouca opção de lazer, pois não existe um parque para realizar caminhadas, a única academia de terceira idade do bairro se localiza num terreno ao lado da UBS, sem iluminação e calçamento adequados, pois em dias de chuva ou a noite se torna impraticável utilizar, o jeito é ir pescar nos rios e lagos da região, cuja água é contaminada, frequentar as igrejas ou beber nos bares.

A mudança de UBS para Unidade básica de saúde da família está sendo realizada pelo Núcleo de Atenção da Saúde da Família. O local era uma unidade mista bem desorganizada, e há falta de estrutura e de profissionais, além de capacitação destes nesse tipo de serviço, pois até hoje não existem mapas de risco e um mapeamento correto do território. O que dificulta o planejamento adequado para a execução de programas de prevenção e promoção em saúde.

Um dos maiores desafios encontrados na UBS Carlos Jess é o acolhimento ou "porta de entrada", onde os pacientes tem o primeiro contato com os profissionais da saúde. Primeiro pelo falta de profissionais de saúde e estrutura, o que gera uma sobrecarga nos funcionários. Segundo devido os desvios de função, onde as vezes o agente comunitário precisa atuar como agente administrativo e o técnico de enfermagem na triagem devido a falta de enfermeiros, ocorrendo uma diminuição na qualidade e na agilidade dos atendimentos, pois muitas queixas dos pacientes são vagas e inespecíficas, o que gera muita confusão e atrasos em pacientes que precisam de atendimento imediato. E por último, o desconhecimento de alguns profissionais de saúde sobre acolhimento e como funciona a "porta de entrada", o que acarreta também atraso nos atendimentos, triagem inadequada e stress ocupacional.

Em vista desse problema no acolhimento, é necessário um trabalho de intervenção na qualificação da equipe da UBS Carlos Jess, com o intuito de melhor atender os usuários do nosso território. Assim, este problema foi selecionado para ser trabalhado neste projeto de intervenção.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL:

Melhorar o acolhimento dos pacientes que buscam atendimento na UBS Carlos Jess, no bairro Caiçara em Piraquara - Paraná.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar as fragilidades do acolhimento na atenção aos pacientes que buscam atendimento; - Melhorar a triagem e o agendamento das consultas médicas; - Elaborar, com a equipe multiprofissional, um protocolo sobre acolhimento.

3 Revisão da Literatura

O acolhimento faz parte das diretrizes éticas, estéticas e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Definido como a recepção do usuário nos serviços de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário.

De acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS, "humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais e estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema" (BRASIL, 2004).

Vale lembrar que o acolhimento é uma etapa do processo de trabalho, podendo ser realizado em um espaço físico determinado e por meio de uma equipe designada para atender à demanda da população adscrita, o acolhimento passa a ser pensado como uma "relação de ajuda", em que os usuários são aqueles que procuram ajuda, sendo simultaneamente "objetos e agentes da ação", pois opinam e tomam decisões.

Segundo Garuzi et al. (2014) "sua função é atender a demanda diária da unidade de saúde, fazendo com que os usuários tenham resolutividade dos problemas menos complexos ou encaminhamento para outros serviços, quando necessário, por meio da equipe multiprofissional. Por fim, o acolhimento pode ser entendido como tecnologia relacional capaz de desenvolver e fortalecer afetos, potencializando o processo terapêutico entre a população, os profissionais e os gestores do sistema de saúde".

Pode se dizer que uma unidade de saúde teria capacidade de reorganizar seu processo de trabalho a partir do do acolhimento, vendo as necessidades e prioridades, realizando a classificação por risco, evitando as filas por ordem de chegada e espera desnecessário por parte dos usuários.

A idéia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário para um problema de saúde e que, este ponto de entrada deve ser de fácil acesso e inerente à organização de serviços de saúde por nível de atenção (primária, secundária, terciária). Em linguagem mais clara, este ponto de primeiro contato é conhecido como porta de entrada (STARFIELD, 2002).

Existe a necessidade de uma "porta" de entrada, pois o paciente não conhece suficientemente os detalhes técnicos da atenção médica para avaliar de maneira informada a fonte e a época apropriadas para atenção a muito de seus problemas. As pessoas que têm um problema de saúde deveriam ter a oportunidade de consultar com um profissional que o ajude a entender se o problema é sério o suficiente para necessitar de atenção adicional

ou se é um problema autolimitado que não necessita de atenção adicional. A falta de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, incorrendo em gastos adicionais. É esperado que o conselho e orientação de um médico de atenção primária facilite a seleção da melhor fonte de atenção.

STARFIELD (2002) nos leva a crer que nem todo médico pode estar igualmente habilitado em todas as facetas da atenção médica, e o nível de entrada da atenção oferece desafios especiais. Os problemas trazidos pelos pacientes são geralmente vagos e não relacionados a sistemas orgânicos específicos. Devido aos limiares variados para busca da atenção, alguns pacientes procuram atendimento antes do que outros, no curso de sua doença. Portanto, os médicos de atenção primária defrontam-se com uma variedade muito maior de formas de apresentação da doença do que os especialistas, que geralmente, vêem os pacientes em estágios posteriores e mais diferenciados da doença. Os médicos de atenção primária trabalham na comunidade em que as manifestações de doenças são grandemente influenciadas por seu contexto social. Em contraste, outros especialistas, especialmente aqueles que trabalham em hospitais, lidam com problemas mais afastados de seu contexto social.

Há diferentes modelos de acolhimento, conforme descritos a seguir:

1) Acolhimento pela equipe de referência do usuário: a principal característica é que cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe de referência, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades. Há diversas maneiras de desenvolver esta modelagem; apenas para citar algumas: a) o enfermeiro de cada equipe realiza a primeira escuta, atendendo à demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também os seus usuários agendados; nestas situações, o médico faz a retaguarda para os casos agudos da sua área e também atende os usuários agendados; b) mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários de sua área de abrangência organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições; c) em algumas equipes, o enfermeiro realiza a primeira escuta do acolhimento até determinada hora, a partir da qual desempenha outras atribuições, passando a primeira escuta do acolhimento a ser realizada pelo técnico de enfermagem, estando o enfermeiro e o médico na retaguarda. A principal vantagem dessa modelagem é a potencialização do vínculo e responsabilização entre equipe e população adscrita, e uma das dificuldades é a conciliação com atividades da equipe fora da unidade (visita domiciliar, por exemplo), bem como os atendimentos programados nos dias em que a demanda espontânea é muito alta.

2) Equipe de acolhimento do dia: em unidades com mais de uma equipe, o enfermeiro e/ou técnico de enfermagem de determinada equipe ficam na linha de frente do acolhimento, atendendo os usuários que chegam por demanda espontânea de todas as áreas/equipes da unidade. O médico da equipe do acolhimento do dia fica na retaguarda

do acolhimento. Todos os profissionais da equipe de acolhimento ficam com suas agendas voltadas exclusivamente para isso. Os profissionais das outras equipes da unidade, quando não estão “escalados”, não precisam reservar agenda para o acolhimento, somente atendendo aos casos agudos em situações excepcionais em que a quantidade de pessoas com tal necessidade exceder a capacidade de atendimento da equipe do acolhimento do dia. A principal vantagem dessa modelagem é que as equipes que não estão “escaladas” podem realizar as atividades programadas com mais facilidade, e as desvantagens são a menor responsabilização e vínculo entre equipe e população adscrita, quando comparado com o acolhimento por equipe, e a sobrecarga da equipe que está no acolhimento do dia, sobretudo em dias de maior demanda.

3) Acolhimento misto (equipe de referência do usuário + equipe de acolhimento do dia): em unidades com mais de uma equipe, estipula-se determinada quantidade de usuários ou horário até onde o enfermeiro de cada equipe acolhe a demanda espontânea da sua área, bem como uma quantidade de casos agudos encaminhados pelo acolhimento que o médico irá atender de pacientes de sua área durante o turno. Um dos enfermeiros fica a cada dia sem atendimentos agendados, para atender à demanda espontânea de todas as áreas a partir do momento que ultrapasse a quantidade ou horário previamente estipulados para acolhimento das equipes; um dos médicos também fica sem atendimentos agendados para, independentemente da área, atender aos casos agudos encaminhados pelo acolhimento que excederem a quantidade predeterminada a que cada um dos outros médicos atenderiam. Essa modelagem se apresenta como intermediária entre o acolhimento por equipe e o acolhimento do dia, mas requer comunicação mais intensa entre equipes e alguns instrumentos para facilitar a gestão das agendas.

4) Acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles. Se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório. Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho das equipes, bem como se realizam atividades de educação em saúde. Para todos os profissionais da equipe poderem estar no acolhimento coletivo e atenderem aos casos agudos identificados, é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo realizado pela equipe, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de autoavaliação dos riscos pelos usuários, mas apresenta como principal inconveniente o constrangimento das pessoas, que podem se sentir expostas na sua intimidade e privacidade, além de não oportunizar uma adequada avaliação dos riscos não

evidentes e da vulnerabilidade, devendo, por isso, ser necessariamente articulada à escuta individualizada (B; A.; A., 2005).

Em certos casos pode se misturar elementos de diferentes modelagens. Um exemplo é a identificação de sinais e sintomas de risco que podem ser identificados pelo trabalhadores da recepção ou pelos agentes comunitários, que devem ter contato direto com os profissionais que estão realizando o acolhimento, facilitando a priorização dos casos. Contudo este processo exige uma boa relação multidisciplinar, pois podem haver discordâncias na priorização do atendimento, e ao invés de gerar uma crítica deve avaliar a necessidade de educação permanente.

Quando se inicia a implantação e as mudanças nos tipos de acolhimento, este geralmente é o momento de maior tensão em relação ao modo como se organiza o acesso dos usuários à unidade, e mesmo quando aptados ainda há diversas tensões que podem ocorrer no dia a dia e que precisam ser trabalhadas de maneira multidisciplinar. Por isso a solidariedade entre trabalhadores e usuários é fundamental, pois os profissionais estão tentando melhorar e diferenciar o atendimento nos mais variados tipo de problemas que surgem nas unidades de saúde, e os paciente precisam entender e incentivar o esforço.

Em suma, devemos salientar que a maioria dos tipos de acolhimentos tem limites e potencialidades, pois depende do número de equipes da unidade, dos profissionais que realizam o acolhimento, o perfil da população que é atendida, a estrutura física, entre outros. O melhor modelo de acolhimento deve ser aquele que menos cause stress e sobrecarga a unidade básica de saúde e sua equipe.

Como citado na Lei nº 8080 (BRASIL, 1990), a equidade, como princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo/evitando diferenciações injustas e negativas. Dessa maneira as filas e cota de consulta diárias submetem os usuários à espera e sem garantia de atendimento, e para diferenciar e criar equidade no acolhimento é necessário a estratificação de risco.

Segundo Brasil (2013) a estratificação de risco vai orientar não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer. Na atenção básica, diferentemente de um pronto-socorro, não é necessário adotar limites rígidos de tempo para atendimento médico após o acolhimento inicial, a não ser em situações de alto risco, nas quais a intervenção médica imediata se faz necessária, junto com os outros membros da equipe. Porém, em certas situações, é importante priorizar o atendimento, sob pena de manter a pessoa em sofrimento, por tempo prolongado. E a estratificação de risco pode ser bastante útil nesse sentido.

4 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção na qualificação dos profissionais de saúde em acolhimento, na unidade básica de saúde Carlos Jess, localizada no município de Piraquara, Paraná.

O objetivo do estudo foi melhorar a triagem e a criação de um fluxograma sobre acolhimento, para isto a qualificação foi dividido em várias etapas:

- Revisão bibliográfica a respeito do tema, obtida no Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), ScientificElectronic Library Online (SciELO) e MEDLINE. Os descritores utilizados na pesquisa foram "acolhimento" e "programa saúde da família" e a coleta de dados se deu entre dezembro de 2015 a fevereiro de 2016.

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos, livros e cadernos disponíveis integralmente, publicação em português ou inglês em periódicos nacionais e internacionais. Sendo que foram utilizados 4 livros, 10 artigos e 3 cadernos.

- Implantação de um fluxograma sobre acolhimento na UBS Carlos Jess, obtida no LILACS e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (BVS/MS), conforme imagem a seguir.

FONTE: Fluxograma de acolhimento, ([CAPOZZOLO; SANTOS; JÚNIOR, 2004](#))

Adotaram-se como critérios de inclusão: artigos, livros e cadernos disponíveis integralmente, publicação em português.

- Realização de palestras de capacitação com os profissionais de saúde da UBS, utilizando retro projetores, papéis, caneta e computador. As palestras serão divididas em 2 períodos de 4 horas, onde a primeira será uma explicação geral sobre acolhimento e apresentação do fluxograma e a última, simulações práticas de tipo de acolhimento. Os participantes serão os agentes comunitários, agentes administrativos, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, sendo que no começo da apresentação será questionado se os profissionais já sofreram algum tipo de capacitação em acolhimento e se sentem capazes de realiza-lo. Por fim serão questionados no final das apresentações se o tema ajudou profissionalmente e se sentem mais capazes de realizar o acolhimento. Todos os questionários serão objetivos com apenas duas respostas, sim e não.

Toda intervenção será realizado na UBS Carlos Jess, utilizando o salão principal como espaço para apresentações, as coletas de dados serão feitas no consultório médico da

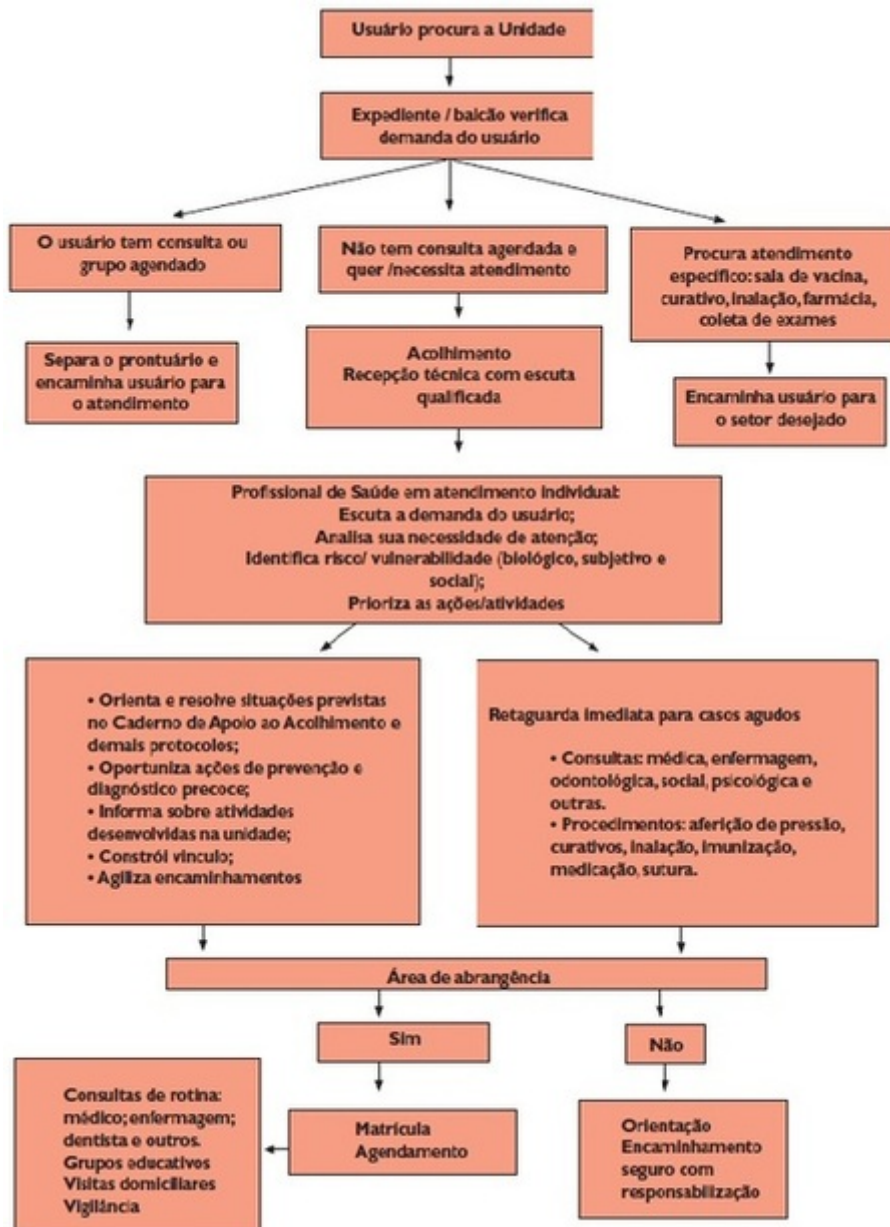


Figura 1 –

unidade e a proposta que tudo será executada entre janeiro e fevereiro de 2016, sendo responsáveis pelo projeto apenas o médico da equipe azul ou da área 13 da UBS Carlos Jess.

5 Resultados Esperados

Muitos são os problemas encontrados na UBS Carlos Jess que dificultam o acolhimento, entre eles estão a falta de profissionais de saúde, alta rotatividade, estrutura inadequada e falta de capacitação dos profissionais de saúde em acolhimento. A falta de profissionais de saúde sobrecarrega a unidade de saúde, ocorrendo em muitos casos desvios de funções e a utilização de profissionais em setores em que não possuem um mínimo preparo. Além disso, a troca constante de profissionais torna difícil a implantação de protocolos e fluxogramas na unidade. Por ser uma unidade que abrange uma população grande e possuir muitos funcionários, existe falta de salas, o que dificulta a escuta qualificada dos pacientes. E por fim, cito o maior problema da UBS, que é a falta de capacitação dos profissionais de saúde em acolhimento, pois muitos tem dificuldade, receio ou não sabem lidar com os diferentes tipos de demanda apresentados pelos pacientes.

A melhor maneira de melhorar o atendimento é a qualificação e a implantação de um fluxograma de acolhimento na UBS Carlos Jess. Vale ressaltar que com as palestras os funcionários da UBS terão uma melhor noção sobre acolhimento e dos diferentes tipos de demanda, podendo realizar uma escuta qualificada, diminuindo atrasos e priorizando atendimentos que requerem uma atenção imediata, prioritária ou no dia. Com a implantação do fluxograma todos os usuários que buscam a unidade serão escutados e acolhidos, diminuindo a sobrecarga de trabalho e melhorando o relacionamento multiprofissional, pois diminui o número de encaminhamentos errôneos e de conflitos que podem surgir devido a um erro no acolhimento.

Espero que através deste projeto de intervenção os profissionais tenham menos "medo e receio" em atender os usuários, diminuir a sobrecarga de trabalho e os conflitos entre funcionários e com os usuários. Em suma visio melhorar o atendimento e assim humanizar o nosso acolhimento, buscando uma escuta qualificada e que todos que busquem o serviço saim ou com o problema resolvido ou encaminhados para locais que podem suprir sua demanda.

Referências

- B, G. L.; A., M. E.; A., P. H. Análise das modelagens do acolhimento em aracaju-se. *Mimeo*, p. 1–7, 2005. Citado na página 16.
- BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, n. 1, 1990. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da S. *HumanizaSUS*: Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do sus. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 27 Jan. 2016. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Acolhimento à demanda espontânea*.: Série a. normas e manuais técnicos cadernos de atenção básica, n. 28, volume i. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- CAPOZZOLO, A. A.; SANTOS, G. E. R. dos; JÚNIOR, N. F. *1º Caderno de apoio ao acolhimento*: Orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade. 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: 02 Fev. 2016. Citado na página 17.
- GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. *Rev. Panam Salud Pública*, v. 35, n. 2, p. 144–149, 2014. Citado na página 13.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Piraquara*. 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=34239>>. Acesso em: 25 Jun. 2015. Citado na página 9.
- STARFIELD, B. *Atenção primária*: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da saúde, 2002. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- TERBECK, M. I. *Caracterização do município de Piraquara*. 2015. Disponível em: <[http://www.cau.ufpr.br/lahurb/arquivos/dissertacao/Caracterizacao_{\char"0025\relax}20Municipio_P](http://www.cau.ufpr.br/lahurb/arquivos/dissertacao/Caracterizacao_{\char)>. Acesso em: 24 Jun. 2015. Citado na página 9.