

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

CLAUDILENE FERNANDES DA SILVA

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA TERCEIRA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE
- MG.**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2014

CLAUDILENE FERNANDES DA SILVA

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA TERCEIRA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE
- MG.**

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.

Orientador: Prof.Dr. Leonardo Cançado Monteiro Savassi

IPATINGA- MINAS GERAIS

2014

CLAUDILENE FERNANDES DA SILVA

**PROPOSTA DE IMPLEMENTAÇÃO E REESTRUTURAÇÃO DO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO NA TERCEIRA
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELO ORIENTE
- MG.**

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.

Orientador: Prof.Dr. Leonardo Caçado Monteiro Savassi

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Leonardo Caçado Monteiro Savassi – UFMG e UFOP

Examinador 2 – Prof. Flavia Casasanta Marini - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de janeiro de 2015.

|

RESUMO

Trata-se de um projeto de intervenção a ser aplicado na Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente - MG, onde o “Acolhimento com Classificação de Risco” não é aplicado de forma efetiva. No contexto atual da ESF, representa um significativo dispositivo para a humanização da atenção à saúde, pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas visando organizar a porta de entrada. Com isto, as pessoas são acolhidas, assegurando a boa qualidade no atendimento e máxima resolução dos problemas, garante-se o fluxo do usuário e referência para outros serviços quando necessário, tendo como sujeitos da ação os profissionais de saúde da unidade. Este Projeto terá por objetivo elaborar e apresentar um projeto de intervenção baseado em Ações Educativas que permitam orientar a população sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e a sua importância. O estudo se deu através de uma revisão bibliográfica narrativa, e os dados foram coletados de livros, base de dados do Google Acadêmico e de artigos e trabalhos científicos encontrados através de materiais publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através dos descritores: Acolhimento, Educação em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Humanização da Assistência e Triagem, além de dados secundários levantados pela equipe de saúde do Esperança. A seguir, foi elaborada uma proposta de intervenção para a implantação do “Acolhimento com Classificação de Risco”. Conclui-se que o Acolhimento é um importante instrumento para reorganização do serviço, já que vai ao encontro dos Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e que a viabilização do mesmo contribuirá para a qualidade da assistência prestada aos usuários da área de abrangência.

Palavras-chave: Acolhimento. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Humanização da Assistência. Triagem.

ABSTRACT

It is a project of intervention to be applied in the third family health Team the Belo Oriente, Minas Gerais, where the "User embracement with risk Classification" is not applied effectively. In the current context of the ESF, represents a significant device to the humanization of health care, assumes the guarantee of access to all people in order to organize the entrance door. With this, people are admitted, ensuring good quality services and maximum resolution of problems, ensures the flow of user and the reference for other services when needed, having as subject the action of the Units health professionals. This project aim to prepare and submit an intervention project based on educational activities to guide the population about the User Embracement with risk rating and its importance. The study took place through a narrative literature review and data were collected from books, Google Scholar database and from articles and scientific papers found through materials published on the Health Virtual Library (Biblioteca Virtual em Saúde, BVS) through the key words: User embracement, health education, Family Health Strategy, humanization of assistance and triage, in addition to secondary data raised by the health team "Esperança". The following step was to elaborate a proposal for the deployment of " User Embracement with risk rating ". It was concluded that User Embracement is an important tool for reorganization of the health service, since it meets the principles of the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde,SUS), and that the feasibility of the same will contribute to the quality of assistance provided to users of the covered area.

Key words: User embracement. Health education. family health strategy. Humanization of assistance. Triage.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Área de Abrangência da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como base a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Tendo como um dos princípios fundamentais o atendimento integrado e humanizado. Sendo o Acolhimento uma das principais ações para a humanização da atenção, proporcionando assim respostas e resolução às necessidades de saúde da população.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), o Acolhimento implica em uma reorganização do serviço de saúde a partir dos problemas do processo de trabalho, possibilitando a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução da queixa do usuário, promovendo mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão e decisão.

A equipe deverá garantir o acolhimento à demanda espontânea, pois existem três formas de definir o Acolhimento:

Acolhimento enquanto Postura – a postura acolhedora da equipe;
Acolhimento enquanto Processo de Trabalho/diretriz reorganizadora;
Acolhimento enquanto ferramenta de vínculo, acessibilidade, universalidade e humanização. (SAVASSI, 2011, p.7).

O acolhimento é uma postura ética capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com responsabilização, orientando, se necessário o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência, e estabelecendo assim articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos. Fazendo com que o paciente se torne um agente participativo no processo de produção da saúde, levando em consideração suas necessidades buscando resolutividade no atendimento, facilitando o acesso às informações respondendo às necessidades dos cidadãos se conseqüentemente reforçando a constituição de vínculos entre profissionais e população. (BRASIL, 2013)

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2013), O Acolhimento como diretriz reorganizadora do processo de trabalho, pode ser visto como elemento inicial do

processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos. Propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, direcionando para reorganização do trabalho da equipe, diferenciando do processo de trabalho tradicional, centrado na figura e no saber do médico para o atendimento aos usuários. Ele modifica radicalmente o processo de trabalho já que na atual situação, a equipe de acolhimento passa a ser o centro da atividade no atendimento aos mesmos, atendendo a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, qualificando a relação trabalhador-usuário, seguindo parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania e reorganizando o processo de trabalho, de forma que uma equipe se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde, funcionando como ferramenta para reflexão da equipe sobre como é o trabalho no dia a dia dos serviços, buscando a coordenação do cuidado de forma a dar prioridade aos casos agudos.

O Acolhimento com Classificação de Risco (ACR) é um dispositivo da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), considerado uma ferramenta de organização no serviço de saúde, para que aqueles usuários mais necessitados sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada, evitando assim as "filas de espera". (BRASIL, 2010). Priorizando assim, os usuários que têm sinais de maior gravidade em seu quadro clínico e maior vulnerabilidade. Sendo realizada por um profissional enfermeiro, que por meio da escuta e da aferição de sinais vitais classifica o risco definindo a ordem de atendimento, assegurando que todos a partir dessa análise, sejam atendidos com maior agilidade.

A reorganização dos serviços de saúde, a qualificação da assistência prestada, a facilitação e ampliação do acesso são ações que buscam garantir uma participação da população junto ao sistema público de saúde.

O município de Belo Oriente está localizado no interior de Minas Gerais, a 253 km² da capital Belo Horizonte, fazendo parte da região sudeste do país. Pertence a microrregião da cidade de Ipatinga no Vale do Aço. Tem como municípios vizinhos,

as cidades: Açucena, a norte; Mesquita, a oeste; Santana do Paraíso e Ipaba, a sul; Bugre, a sudeste. Iapu, a leste e Naque, a nordeste. (IBGE, 2010).

Tem seu relevo montanhoso, e vegetação predominante da Mata Atlântica, seu território é banhado por pequenos rios. Seu clima é tropical sub-quente, semiúmido tendo temperatura média anual de 21.4 grau centígrados, tendo seus invernos secos e verões chuvosos e com temperaturas altas. (IBGE, 2010).

Possui uma área de 334,909 km², sendo 3,2 km² em região urbana e o restante região rural. De acordo com o último censo do IBGE (2010), o município possui 23.397 habitantes, sendo que 11.616 habitantes são homens e 11.781 são mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 19.665 habitantes vivem na zona urbana e 3.732 na zona rural.

A Economia municipal é praticamente de agricultura, pecuária, carvão vegetal e na indústria de celulose com extração de madeira (eucalipto). O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,686. A água para consumo da população urbana é fornecida para aproximadamente 100 % da população, sendo feita pelas estações de tratamento de água (ETA), municipal poços artesianos, já a população da zona rural recebe água coletada nas nascentes e canalizada para as residências através de serviço prestado pelo município ou poços. A cidade é coberta com aproximadamente 70% com rede de esgoto, sendo que grande parte da população rural também é beneficiada. Não existe tratamento de esgoto. (BRASIL, 2013).

As fontes de recursos financeiros para a saúde são: Fundo de participação municipal (FPM), Imposto sobre serviço de quaisquer naturezas (ISSQN), PAB Fixo (Piso de Atenção Básica), Programa Saúde da Família (PSF), Epidemiologia Controle de Doenças, Ações Básicas de Vigilância Sanitária. Além desses recursos financeiros, a Prefeitura ainda arrecada 50% do IPVA anual. (SMS, 2014).

Com relação ao sistema de saúde verifica-se que de 80 a 90% da população do município é dependente do Sistema Único de Saúde (SUS). Todo território do município é coberto pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), e dessa forma o

trabalho em rede se realiza de forma Interdisciplinar e Intersetorial. A atenção básica prioriza as equipes de Saúde da Família (eSF) como instrumento principal para reorganização da atenção básica, e o município possui oito eSF distribuídas da seguinte forma: 01 equipe em São Sebastião de Braúnas (Distrito), 01 equipe, em Bom Jesus de Bagre (zona rural), 01 equipe, em Esperança (zona rural), 02 equipes em Belo Oriente (sede) e 03 equipes em Perpetuo Socorro (Distrito). (BRASIL, 2014).

As equipes da sede e uma das equipes de Perpétuo Socorro, funcionam em Unidade Básica de Saúde(UBS), onde são realizados atendimentos de demanda e os primeiros atendimentos para estabilização de pacientes em casos de urgência e ou emergências. O município conta com cinco ambulâncias para transporte de pacientes que precisam de atendimento fora da cidade e um microônibus para o Tratamento Fora do Domicilio (TFD), além de ter automoveis pequenos disponibilizados pelo setor de transporte para transprte de pacientes para realização de Hemodiálise e tratamento no Centro de Oncologia e Radioterapia (COR). A referência para a média e alta complexidade são os municípios de Ipatinga e Belo Horizonte. Quanto ao sistema de referência e contra referência, ainda encontra-se descoberto. (BELO ORIENTE, 2014).

Destaca-se ainda que o municipio de Belo Oriente tem seu Conselho Municipal de Saúde em pleno funcionamento. As reuniões ordinárias acontecem uma vez por mês regularmente (na última sexta -feira).

No Município não existe hospital, pois, o mesmo fechou as portas em novembro de 2012 (está atualmente em processo de reabertura), tendo como referência para a população belorientina a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), em Ipatinga e o hospital Márcio Cunha também em Ipatinga- MG. Conta com uma clínica privada e com três laboratórios, onde são realizados os exames por meio de convênios com a prefeitura.

1.1 Área de Abrangência da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.

A ESF localiza-se na Zona rural na comunidade do Esperança a 09 km do centro da cidade. O prédio é próprio, inaugurado há 10 anos, espaço físico inadequado para o atendimento (uma nova Unidade esta em construção), porém, há duas microáreas urbanas no território de abrangência da mesma. Houve, portanto, a necessidade de se alugar um ponto de apoio que se localiza na Rua Primeiro de Março, 97, no bairro Vila Assis em Belo Oriente, a 1 km do centro da cidade (para atender as microáreas mais concentradas) onde é realizada a maioria dos atendimentos. Neste local existe uma pequena sala para reuniões, recepção pequena com quantidade de cadeiras insuficientes para demanda, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala para observação com uma maca que é usada para realização da Triagem, uma sala para curativo e um espaço para realização dos procedimentos de enfermagem. Além da estrutura física não ser adequada, também não está bem equipada e com todos os recursos para o bom funcionamento da equipe.

A equipe de saúde é constituída por um profissional médico do Programa Mais Médicos, uma enfermeira do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, 07 agentes comunitarios de saúde e uma zeladora. Conta ainda com o atendimento semanal de uma nutricionista e uma psicóloga. À exceção de um clínico geral (contratado pela prefeitura), que atende uma vez por semana no ponto de apoio juntamente com uma auxiliar de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais, toda equipe atua por 40 horas semanais. Além dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que dão suporte na unidade quinzenalmente.

Em relação ao perfil demográfico, a área de abrangência é composta por sete microáreas, cobrindo uma população de 2410 habitantes, sendo 05 comunidades rurais: **Microárea I** (Fazenda Esperança que engloba o Córrego Grande e Corguinho), **Microárea II** (Córrego do Eleotério que engloba a fazenda Três Barras), **Microárea V** (Fazenda Aviação que engloba a Vila Vovô), **Microárea VI** (Córrego Fundo que engloba a Fazenda Antonio Lucas e Córrego do Cirino) e a **Microárea VII**

(Fazenda Bom Jardim). Além de cobrir duas Microáreas urbanas, sendo a **Microárea III** (Bairros: Vila Gomes, Vila Onório e Boa Vista e Taquaril) e a **Microárea IV** (Bairros: Vila Assis e Vila Barreto), ressaltando que todos têm os bairros totalmente incluídos. Conforme tabela abaixo:

Tabela 1. População segundo a faixa etária nos últimos 12 meses da área de abrangência da III equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.

Faixa etária	Numero
Menor de 1 ano	7
1 - 4 anos	130
5 - 9 anos	205
10 - 14 anos	170
15 - 19 anos	232
20 - 39 anos	766
40 - 49 anos	327
50 - 59 anos	250
Maior de 60 anos	323
Total	2410

Fonte: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), 2014

Dessa população, 1151 (47,75 %) são homens e 1259 (52,25%) são mulheres, distribuídos por faixa etária. Sendo possível perceber que a população entre 20 a 39 anos é predominante, e que o sexo feminino encontra-se em maior quantidade. Conforme tabela abaixo:

Tabela 2. População segundo a faixa etária e sexo nos últimos 12 meses da área de abrangência da III Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.

Faixa etária- anos	>1	1-4	5-6	7-9	10- 14	15- 19	20- 39	40- 49	50- 59	60 e +	Total
Masculino	06	65	43	52	75	134	353	151	119	153	1151
Feminino	01	65	44	66	95	98	413	176	131	170	1259
Numero de pessoas	07	130	87	118	170	232	766	327	250	323	2410

Fonte: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), 2014

A área possui a seguinte infra-estrutura:

- **Pontos de Atenção a Saúde:** na comunidade do Esperança, fica a Sede da Unidade e no Bairro Vila Assis localiza-se o Ponto de Apoio.
- **Equipamentos e serviços sociais:** há 01 Escola Municipal na comunidade do Esperança e uma APAE na Comunidade do Bom Jardim.
- **Áreas de Lazer:** na microárea I tem 01 Clube Esportivo; na microárea II tem 01 Clube Esportivo e 01 campo de futebol; na microárea III tem 01 Clube esportivo(Clube do Cavalo); a microárea V tem 01 campo de futebol; a micro VI tem 01 campo de futebol; a microárea VII tem uma quadra esportiva e uma ciclovia que é utilizada para caminhada.
- **Áreas rurais:** existem 05 comunidades rurais e nesses locais o atendimento é realizado em igrejas e /ou casas de usuários, escolas e APAE.
- **Áreas de risco ambiental:** na microárea III tem um terreno sujeito a soterramento.
- **Áreas de aglomeração urbana:** na microárea III tem uma área com casas populares.

Na área de abrangência da equipe, existem diversos problemas de saúde, sendo predominantes os casos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, conforme tabela abaixo.

Tabela 3. Morbidades segundo a faixa etária da área de abrangência da III equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.

Faixa Etária	Problemas de saúde					
	Alcoolismo	Deficientes	Diabetes Mellitus	Epilepsia	Hipertensão	Total
0 – 14	-	3	-	-	1	4
15 e mais	11	15	75	8	349	458
Total	11	18	75	8	350	462

Fonte: SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), 2014

Embora com pouco tempo de atuação na Equipe, percebe-se que existem alguns pontos que precisam ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população e ao

acolhimento desses usuários. Dentre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, realizado como parte do planejamento estratégico situacional, ligado a proposta do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF), a equipe destacou a necessidade de uma proposta de implementação e reestruturação das práticas de acolhimento à demanda espontânea da unidade.

Ainda dentro do planejamento de ações, ao realizar a priorização dos problemas, a equipe de saúde levou em consideração a importância, urgência, capacidade de enfrentamento. Desse modo, O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi à implementação e reestruturação do Acolhimento com Classificação de Risco visto que, o mesmo já está implantado na unidade há mais de um ano, mas não funciona de forma efetiva.

Os nós críticos identificados para intervenção do problema de prioridade em relação ao processo de trabalho da equipe foram:

- Falta de funcionários capacitados;
- Não realização do Acolhimento com classificação de Risco;
- Recursos humanos insuficientes;
- Espaço físico inadequado.

Com a implantação do ACR, da demanda espontânea é necessário mudanças organizacionais e estruturais da eSF, tanto nas relações entre os trabalhadores como também na qualidade da prestação de serviço. Sendo necessário desenvolver ações que envolvam os usuários, os trabalhadores e os gestores, já que a implantação e implementação do acolhimento não se dá apenas a partir da vontade de um único ator. (BRASIL, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi essencial para a garantia e a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. A partir dele a equipe de saúde pode interagir com os usuários, tanto para a solução dos problemas apresentados como para encaminhamentos, promoção e reabilitação da saúde, e para chegar a ele, a Atenção Básica serve como porta de entrada no sistema. (CUNHA, SILVA, 2010).

O presente projeto de intervenção trará grandes possibilidades de vinculação, organização e responsabilização no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde na área de abrangência, de forma a atender às necessidades de saúde de modo humanizado e integral. Os benefícios abrangerão tanto os Trabalhadores da Saúde (TS) como os usuários, já que vários fatores são apontados como obstáculos para desenvolvimento de um acolhimento satisfatório, dentre esses fatores podemos citar: falta de funcionários capacitados e não realização do ACR, fatores esses que geram sentimentos de angústia, insatisfação e uma constante tensão no cotidiano destes trabalhadores e da própria população atual que possui um imediatismo inerente e essa pressão da demanda espontânea acaba gerando um tempo reduzido para o atendimento.

A proposta de implementação do Acolhimento na unidade se faz necessária, já que irá possibilitar avanços na construção de relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços de saúde. Proporcionando a articulação com as várias diretrizes propostas para as mudanças nos processos de trabalho e gestão dos serviços, promovendo o trabalho em equipe e avaliação contínua do processo, além de oferecer melhores condições de trabalho para os profissionais e capacitação dos mesmos, aumentando também a satisfação dos usuários. Fazendo necessária a construção de fluxos claros, participação efetiva de todos os profissionais, levando em consideração que a realização da classificação de risco isoladamente não garante melhoria na qualidade da assistência. Restabelecendo no cotidiano da equipe o princípio da universalidade e da equidade para o acesso e a

responsabilização dos setores públicos pela saúde dos cidadãos. (FIGUEIREDO, 2010).

Sua relevância está ligada ao fato da classificação de risco ter sido implantada no município há cerca de um ano, embora não tenha sido realizada e estruturada de forma efetiva devido especialmente à falta de profissionais capacitados para sua realização. Além de contribuir para uma grande melhoria na qualidade do atendimento e na efetivação dos serviços prestados. Gerando vários benefícios tais como: a diminuição da ansiedade dos profissionais e usuários, a melhoria das relações interpessoais na equipe de saúde e aumento da satisfação do usuário, uma vez que, este será atendido de forma mais ágil e efetiva.

Nesse sentido, merece uma abordagem diferenciada devido à possibilidade de ampliação dessas ações acerca do processo de educação não apenas na equipe, mas nas oito eSF de Belo Oriente nas quais o Projeto também será implementado e reestruturado.

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos desse trabalho:

3.1 Objetivo geral:

- Apresentar um projeto de intervenção baseado em Ações Educativas que permitam orientar a população sobre o Acolhimento com Classificação de Risco e a sua importância.

3.2 Objetivos específicos:

- Elencar conhecimentos acerca do Acolhimento com Classificação de Risco na literatura científica;
- Apresentar um processo de ação educativa que evite transtornos e desentendimentos em sala de espera da unidade proporcionando segurança, efetividade e facilidade no atendimento

4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada para realização deste trabalho foi a revisão narrativa da literatura. Segundo Cruz (2009) a pesquisa bibliográfica tende a explicar um determinado problema, propiciando a partir de análise de literatura publicadas em livros, artigos de revistas impressas ou eletrônicas, dissertações e teses, buscando o conhecimento científico sobre o assunto. O material foi coletado a partir de dados secundários levantados pela equipe de saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Oriente, livros, artigos e trabalhos científicos encontrados através de consulta eletrônica em bases de dados como: *ScientificElectronic Library Online* (SciELO), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), Biblioteca Virtual de Saúde, banco de dados do IBGE, DATASUS, SIAB, edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Acolhimento, Triagem, Estratégia Saúde da Família, Educação em Saúde e Humanização da Assistência. O período de busca será de publicações entre 2004 a 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), uma postura ética que implica na escuta do usuário, de suas queixas, não se limitando apenas à recepção do paciente, mas sim em uma atenção efetiva, envolvendo identificação de necessidades, reconhecendo seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução dos problemas apresentados, buscando sempre compartilhar os saberes e aprimorar cada vez mais a humanização da atenção à saúde, consolidando assim a Política Humaniza SUS. (BRASIL, 2009).

Partindo dessa análise do acolhimento e evidenciando sua importância na humanização da saúde, se faz necessário à capacitação de todos os profissionais, envolvendo toda a eSF desde a zeladora, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que muitas vezes precisam dar apoio ao atendimento na unidade de saúde, a técnica de enfermagem, a recepcionista e os profissionais de nível superior.

Diagnosticar os problemas de saúde e tomá-los como desafio não é suficiente para gerir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito da sociedade. É necessário restabelecer no cotidiano, o princípio da universalidade do acesso, a responsabilização pela saúde dos indivíduos e a conseqüente constituição de vínculos entre os profissionais e população empenhando-se na construção coletiva de estratégias que promovam mudanças nas práticas dos serviços, onde a defesa e afirmação de uma vida digna com qualidade de vida sejam adotadas como foco principal. (BRASIL, 2004 p.06).

De acordo com Solla (2005), o acolhimento, como proposto no SUS aparece como:

a) Postura-Prática do profissional frente ao usuário em seu processo de trabalho individual e coletivo, que tem o poder de fortalecer o vínculo de afetividade do serviço com os usuários, onde os mesmos conseguem identificar o profissional de saúde e a equipe com quem se estabeleceu o vínculo. Tanto no âmbito individual como coletivo, aproximando-se os usuários do centro de saúde. Tal vínculo confere segurança aos mesmos, permitindo que os trabalhadores do serviço os conheçam para melhor estabelecer as prioridades na atenção à sua saúde. Facilitando o

acesso universal aos serviços que é prestado com rapidez e presteza. Esse tipo acolhimento também contribui para a democratização do conhecimento no sentido do reconhecimento da saúde como direito de cidadania.

Ressaltando que devido à grande rotatividade de profissionais nos setores de saúde, esse vínculo muitas vezes é prejudicado gerando assim grande insatisfação da comunidade.

b) Ação gerencial de reorganização do processo de trabalho da unidade de saúde, visando melhor atender aos usuários e a ampliar a capacidade de identificar e resolver problemas. Onde essa reorganização dos serviços de saúde, qualificação da assistência prestada, facilitação e ampliação do acesso são ações que buscam garantir uma participação cidadã junto ao sistema público de saúde.

O que leva em consideração a necessidade de respeito e de relações afetivas no trabalho, resolubilidade no atendimento e no acesso às informações entre os profissionais de saúde da equipe e usuários de saúde.

c) Diretriz para as políticas de saúde, objetivando criar capacidade de respostas às demandas, disponibilizando alternativas tecnológicas adequadas. Onde o acolhimento não é um fator isolado, mas um processo fundamental para a construção do novo modelo de atenção, definido por critérios técnicos, éticos e humanos, no qual os profissionais devem receber a demanda e buscar formas de resolubilidade para suas queixas, tentando dessa forma uma descentralização no atendimento.

Na perspectiva das boas práticas de saúde, o acolhimento é um conceito mais comumente usado, para expressar as relações que se estabelecem entre usuário e profissionais na atenção à saúde. Porém, o acolhimento na Atenção Básica, não se resume a uma simples relação de prestação de serviço. Ele implica em uma relação íntima e humanizada, de escuta qualificada, a qual exige da equipe uma reflexão

acerca do atendimento e das ações que serão ofertadas aos usuários, levando em conta todas as necessidades de saúde da população adscrita. (BRASIL, 2011)

A promoção do vínculo com os usuários, pela implementação de práticas de acolhimento na atenção básica, se estabelece por contribuir para organização do processo de trabalho da equipe de forma adequada ao ambiente e à cultura dos usuários. Desse modo a equipe, poderá articular meios capazes e eficazes de compreender, intervir e resolver grande parte dos problemas da população.

Estabelecendo assim, um bom trato ao usuário e o bom relacionamento com a comunidade, na medida em que os membros da equipe, em especial através dos ACSs esclarecerem ao usuário as rotinas e procedimentos, fluxos e limites de atendimento oferecido. (BRASIL, 2013). Destacando que essa organização deverá respeitar a privacidade do usuário, favorecendo a qualificação da assistência prestada e intervindo positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade.

O processo de educação em saúde é uma das práticas e conhecimento da saúde, que tem se estabelecido de forma mais direta, na criação de vínculos entre as ações dos Trabalhadores da Saúde e o dia a dia dos usuários da saúde. Ao passo que a educação em saúde se fundamenta como uma prática de ensino-aprendizagem na realização da escuta qualificada da demanda e como uma política de educação na saúde (VASCONCELOS, 2004). Ressalta-se ainda, que o processo de educação na área da saúde deverá atuar como estratégia de promoção e prevenção, abrangendo um processo de conscientização individual e coletiva com planejamento, responsabilidade e critérios, visando os direitos à saúde, estimulando ações que atendam aos princípios do SUS e a humanização no atendimento.

O ACR é uma estratégia de mudanças no atendimento dos usuários do SUS, visto como um instrumento de humanização, estabelecendo mudanças no resultado dos atendimentos a esses usuários, possibilitando a reestruturação das práticas assistências. Devendo ser um instrumento para melhor organizar o fluxo de pacientes que procuram as portas de entrada de urgência, gerando um atendimento resolutivo e humanizado. (BRASIL, 2002).

Na perspectiva do ACR buscando melhoria contínua, percebe - se que dessa forma as ações de saúde devem estar adaptadas á população local, aos recursos disponíveis e aos participantes do processo, levando em consideração os princípios éticos daqueles que constroem como dos que serão alvos dessas ações.

Na Legislação e Normas do COREN, 2013 consta a Resolução COFEN Nº 423/2012 que afirma,

A Classificação de Risco é uma ação privativa do enfermeiro, o qual deve observar as disposições legais da profissão, ressaltando que para execução da mesma e priorização da assistência, o profissional enfermeiro deverá estar munido de conhecimento técnico- científico competências e habilidade para exercer tal procedimento. (COREN-MG, 2013 p.77).

De acordo com a Portaria 2048/ 2002 do Ministério da Saúde a implantação do ACR nas unidades deverá ser realizada por profissionais de nível superior devidamente treinado, utilizando protocolos pré-estabelecidos com o objetivo de avaliar o grau de urgência das queixas dos usuários, colocando-os em ordem de prioridade de acordo com o potencial do risco.

Segundo o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2013) ao realizar a Classificação de Risco em situações agudas ou crônica agudizada nas UBS, deve-se seguir critérios de avaliação que deverá ser pensado pelo nível de

complexidade, desta forma otimizando recursos tecnológicos e força de trabalho das equipes, atendendo ao usuário segundo sua necessidade específica.

Ressaltando que a proposta do acolhimento está articulada com outras propostas de mudança no processo de trabalho e gestão dos serviços de saúde, visando à humanização desses serviços. Estabelecendo assim pré-requisitos indispensáveis à criação de fluxos e protocolos de atendimento, visando à qualificação da equipe responsável pelo mesmo na unidade de saúde. Já que,

O acolhimento realizado nas UBS deverá ser diferenciado do atendimento em unidades de urgências e emergências, pelo simples fato de que nas unidades básicas de saúde, já existe a realização do cadastro da população adscrita, facilitando assim o acompanhamento da mesma, já que existem diversos dados do paciente registrados em prontuários e outros impressos da equipe, fazendo com que esse vínculo assegure a continuidade da assistência de forma mais eficaz e resolutiva. (BRASIL, 2013, p.15)

Diante disso, essa classificação de risco se dará nos seguintes níveis:

 área destinada a pacientes que necessitam de atendimento imediato com risco de morte, os quais necessitam de intervenção da equipe no mesmo momento, obrigatoriamente com a presença do médico, como é o caso da parada cardiorrespiratória. (BRASIL, 2013 p.19).

 área destinada a pacientes que necessitam de atendimento prioritário os quais necessitam de intervenção rápida da equipe, a qual pode ser ofertada inicialmente medidas de conforto pela enfermagem até avaliação médica, como é o caso da crise asmática leve e moderada. Podendo influenciar na ordem de atendimento. (BRASIL, 2013 p.19).

 área destinada a pacientes que necessitam de atendimento diário os quais apresentam ausência de risco com vulnerabilidade importante, e situações que precisam ser resolvidas no mesmo dia pela equipe. Podendo ser realizada pelo enfermeiro e/ou médico e/ou outro profissional da equipe multidisciplinar dependendo da situação e dos protocolos existentes, como é o caso da tosse sem sinais de risco. (BRASIL, 2013 p.19).

 área destinada a pacientes que apresentam situação não aguda, sem risco, os quais necessitam de orientações específicas, adiantamento de ações previstas em protocolos, agendamento/programação de intervenções. Ressaltando que o tempo para o agendamento deve ser avaliado levando em consideração a história, vulnerabilidade e o quadro clínico do paciente. (BRASIL, 2013 p.19).

Todas as pessoas que procurem um atendimento, dentro do horário de funcionamento da unidade de saúde e independente do horário, deverão ser atendidas, tratadas e se necessário, encaminhadas para atendimento médico ou à unidade de referência. Devendo sempre existir uma responsabilização pelo usuário, pois,

Para implantar práticas e processos de acolhimento visando a melhorar a acessibilidade do usuário e a escuta dos profissionais, não são suficientes ações normativas, burocráticas nem discursivas. Além disso, apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar. Também é insuficiente fazer a escuta da demanda espontânea no início do turno de atendimento e retomar um conjunto de barreiras para um usuário que, eventualmente, chegue “fora do horário estipulado para o funcionamento do acolhimento”. Assumir efetivamente o acolhimento como diretriz é um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Isso requer um conjunto de ações articuladas, envolvendo usuários, trabalhadores e gestores, pois a implantação do acolhimento dificilmente se dá apenas a partir da vontade de um ator isolado (BRASIL, 2011, p.25).

A realidade da maioria das eSF no município de Belo Oriente, observa-se a falta do ACR nas unidades, o que muitas vezes nos mostra que a qualidade do atendimento nos programas estabelecidos não tem muito êxito, devido à falta de comunicação adequada, a cobrança de uma demanda espontânea e a não existência de um cronograma de atividades e fluxo definido.

Para que o ACR aconteça de forma efetiva nas UBS, deverá haver uma reorganização tanto da unidade como do processo de trabalho da equipe, fazendo com que seus membros trabalhem de forma harmonizada e humanizada. É importante sensibilizar para ter o Acolhimento como instrumento para organização e operacionalização do trabalho em saúde da família, observando o trajeto dos usuários na entrada ao serviço, a partir da recepção destes e do processo comunicativo que estabelecerá por meio da comunicação na primeira escuta do usuário. Este é um instrumento de crescimento e troca de saberes no processo relacional, sendo imprescindível que todos os profissionais de apoio aos programas e a comunidade, estejam sensibilizados e dispostos a dar o apoio necessário à equipe. (BRASIL, 2013).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme mencionado anteriormente, os nós críticos apontados pela equipe deram origem a esse Projeto de Intervenção que tem a pretensão de viabilizar a implementação e reestruturação do ACR na unidade de saúde referida, contribuindo assim para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços. As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros 1 a 4.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “falta de funcionários capacitados” relacionado ao problema na população sob responsabilidade da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente, Minas Gerais

Nó crítico1	Falta de funcionários capacitados para o ACR
Operação	Aumentar o nível de informação dos funcionários através de educação continuada
Projeto	Desenvolvendo o conhecimento
Resultados esperados	Membros da equipe de saúde com conhecimento sobre Acolhimento/Acolhimento com Classificação de Risco e suas ferramentas de aplicação
Produtos esperados	Capacitação dos trabalhadores da saúde
Atores sociais/ responsabilidades	Enfermeira da Equipe
Recursos necessários	Estrutural: organizar local para palestra e agenda de trabalho Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação Financeiro: ----- Político: -----:
Recursos críticos	Recursos cognitivos e estruturais
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Enfermeira da equipe Motivação:
Ação estratégica de motivação	Não é necessária
Responsáveis:	As palestras serão administradas pela enfermeira da equipe, na sala de reunião na 2ª e última segunda- feira do mês
Cronograma / Prazo	Administração de palestras quinzenalmente, sobre Acolhimento e ACR, destacando as atribuições e responsabilidades de cada membro da equipe, com duração de 40 minutos por um período de 60 dias.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Para avaliação da ação será utilizada uma entrevista mensal qualitativa e objetiva, com os profissionais e os usuários.

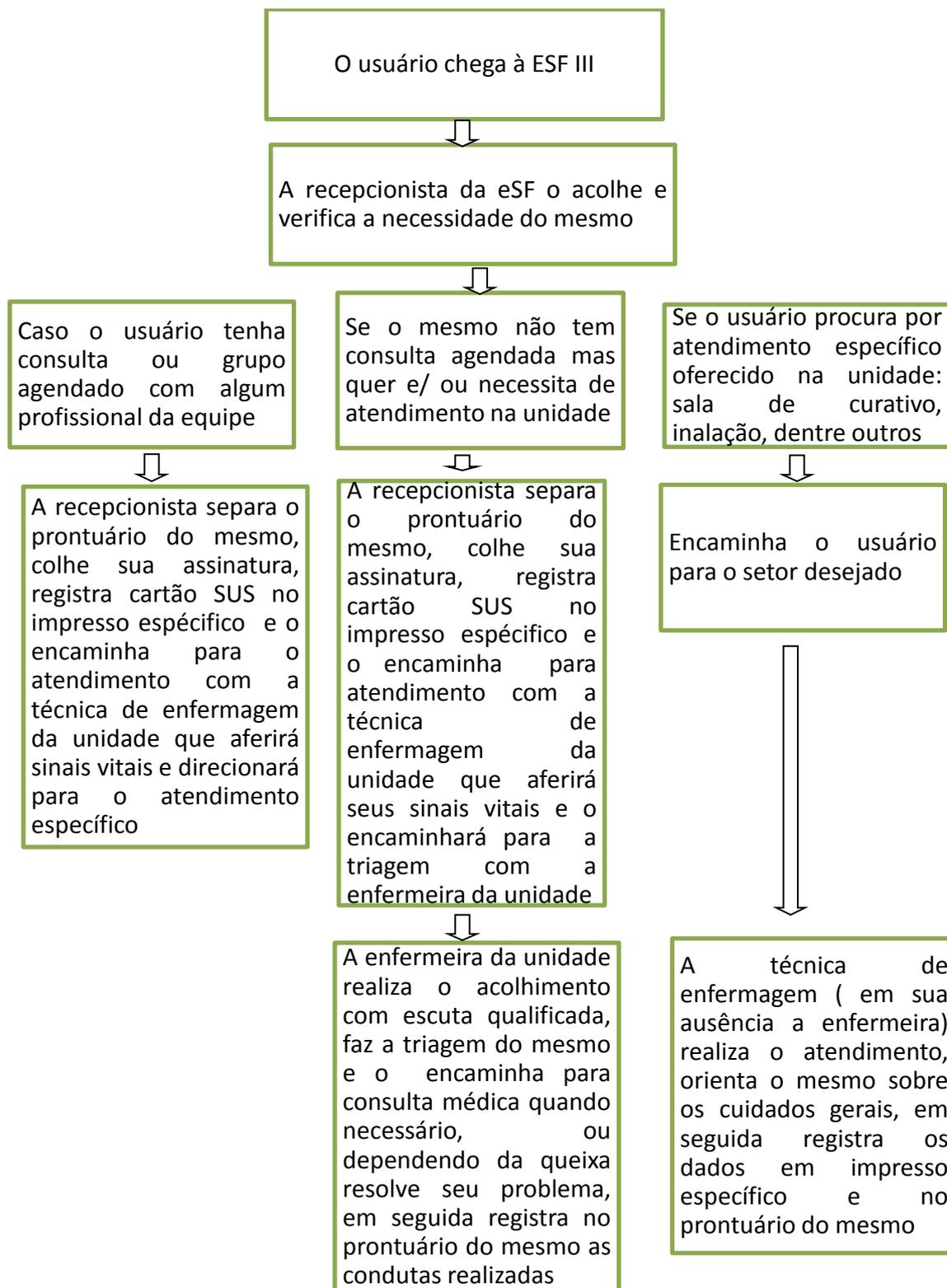
--	--

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “não realização do Acolhimento com Classificação de Risco” relacionado ao problema na população sob responsabilidade da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente, Minas Gerais

Nó crítico2	Não realização do Acolhimento com Classificação de Risco
Operação	Realizar o Acolhimento de forma efetiva na unidade de saúde
Projeto	Acolher para satisfazer
Resultados esperados	Reestruturar o processo de trabalho da equipe para melhorar a efetividade do acolhimento, para que tanto a equipe de saúde como os usuários possam compreender os objetivos do mesmo e suas ferramentas de aplicação
Produtos esperados	Conscientização da equipe de saúde e da população em relação ao Acolhimento com Classificação de Risco e construção dos vínculos interventores entre membros da equipe e os usuários
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe de Saúde da Família
Recursos necessários	Estrutural: sinalização e identificação clara dos espaços e usos/construção de fluxo claro e fixado em local visível. Adequação e logística do espaço físico de modo a dar condições de atendimento a todos os usuários e condições de trabalho a equipe. Cognitivo: informação sobre o tema e estratégia de comunicação Financeiro: recursos necessários para estruturação do serviço (custeio para adequação do espaço físico e equipamentos) Político: articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Recursos cognitivos, estruturais, financeiro e político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde da Família Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto a equipe e gestor de saúde
Responsáveis:	Equipe de Saúde da Família
Cronograma / Prazo	Realização efetiva do acolhimento com classificação de risco, com início a partir de 15 de janeiro de 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação	Para avaliação da ação será aplicada duas avaliações em seis meses observando o nível de satisfação da eSF e dos usuários, em formulário padrão confeccionado pela equipe

Dessa forma se faz necessário a criação de um fluxograma de atendimento na unidade, para que todos os profissionais da equipe possam realizar o acolhimento de forma adequada e humanizada.

O Fluxograma abaixo demonstra como será o atendimento do usuário na Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente.



Fluxograma de atendimento da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente construído pela autora (2014).

Ressaltando que após a triagem com a enfermeira, no caso de classificação vermelha ou amarela o usuário é encaminhado diretamente para consulta médica, se verde consulta com enfermeira e/ ou médica e se azul consulta com enfermeira, com a médica dependendo da demanda e/ ou agendamento.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “recursos humanos insuficientes” relacionado ao problema na população sob responsabilidade da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente, Minas Gerais

Nó crítico 3	Recursos humanos insuficientes
Operação	Contratação de número adequado de funcionários
Projeto	Tempo de recomeçar
Resultados esperados	Viabilização do plano de ação
Produtos esperados	Redimensionar o papel dos profissionais da Unidade na perspectiva do acolhimento
Atores sociais/ responsabilidades	Prefeitura Municipal
Recursos necessários	Estrutural: Não existe Cognitivo: Não existe Financeiro: recursos necessários contratação de pessoal Político: articulação entre o secretário de saúde e o prefeito
Recursos críticos	Recursos financeiros e político
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Prefeito Motivação: Contrária
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto gestor de saúde e prefeito
Responsáveis:	Prefeitura Municipal
Cronograma / Prazo	Indeterminado
Gestão, acompanhamento e avaliação	Esse é um nó crítico de baixa governabilidade e, como tal, não há como realizar a ação sem a motivação favorável da Secretaria de Saúde, devido ao fato de uma nova Unidade estar em construção

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico “espaço físico inadequado”, na população sob responsabilidade da Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente, Minas Gerais

Nó crítico4	Espaço físico inadequado
Operação	Adequar à estrutura física da unidade de saúde
Projeto	Unidade de cara nova
Resultados esperados	Adequação da estrutura física e logística da recepção, área de espera e sala de triagem da unidade de saúde
Produtos esperados	Melhores condições no atendimento prestado, assegurando maior conforto tanto para os trabalhadores de saúde como para os usuários e criação de fluxos claros de atendimento
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal
Recursos necessários	Estrutural: sinalização e identificação clara dos espaços e usos/construção de fluxo claro e fixado em local visível. Adequação e logística do espaço físico de modo a dar condições de atendimento a todos os usuários e condições de trabalho a equipe. Cognitivo: informação de normas padrão de reforma em ambiente de saúde Financeiro: recursos necessários para adaptação da área física (custeio para adequação do espaço físico e equipamentos) Político: articulação com a secretaria de saúde e prefeitura municipal
Recursos críticos	Recursos cognitivos, estruturais, financeiro e político.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Indiferente
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto ao secretário de saúde e seus colaboradores
Responsáveis:	Gestor de saúde e setor e obras
Cronograma / Prazo	Indeterminado
Gestão, acompanhamento e avaliação	Esse é um nó crítico de baixa governabilidade e, como tal, não há como realizar a ação sem a motivação favorável da Secretaria de Saúde, devido ao fato de uma nova Unidade estar em construção

Espera-se com este Projeto de Intervenção capacitar todos os profissionais que atuam na unidade de saúde para o atendimento humanizado durante o acolhimento e garantir junto ao gestor a adequação da área física e recursos humanos disponíveis para garantir a reorganização do serviço de saúde.

Assim, o foco é estabelecer a demanda com o cronograma previamente elaborado, apresentado com clareza e fixado em lugar acessível para o usuário e por fim redimensionar o papel dos profissionais da unidade na perspectiva do ACR.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação do ACR nas unidades de saúde é um dispositivo indispensável para o funcionamento do atendimento qualificado na Atenção Básica à Saúde, em especial no que se refere ao atendimento rápido e eficiente aos pacientes mais necessitados.

Para que o mesmo se consolide, é preciso a reorganização da unidade de saúde. Espera-se que essa implementação e reestruturação do Acolhimento, além do treinamento dos profissionais envolvidos na unidade citada, contribuirão para uma melhor qualidade de atendimento e efetivação dos serviços.

A viabilização deste Projeto na Terceira Equipe de Saúde da Família de Belo Oriente, terá resultados positivos diante da realidade cotidiana das atividades na unidade de saúde, visto que anteriormente não se aplicava o método do acolhimento efetivamente e que, a partir da aplicação deste, a relação profissional/usuário e população adscrita seja mais estreita, efetiva, resolutiva e qualitativa.

Espera-se a mudança de postura profissional e ética de todos os envolvidos para a continuidade da assistência com responsabilização e vínculo. Acredita-se que através da aplicação do projeto, a equipe possa estabelecer articulações com as demais eSF garantindo a eficácia do atendimento individual e coletivo em toda rede municipal.

REFERENCIAS

- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA.** Brasília,[online], 2011. Disponível em http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_28_a_colhimento_demanda_espontanea.pdf. Acesso em: 20 de agosto 2014
- BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA. Queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília, 2014. [online]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns.pdf. Acesso em: 20 de agosto 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco.** Brasília, **Ministério da Saúde**, 2004. [online]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 2048, de 05 de novembro de 2002.** [online]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacaosanitaria/estabelecimentos-de-saude/urgencia-e-emergencia/portaria_2048_B.pdf. Acesso em: 10/ de dezembro 2014
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.**Brasília, 2014. [online]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em:19 de julho de 2014.
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil.** Brasília: IPEA, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ACOLHIMENTO NAS PRÁTICAS DE PRODUÇÃO DE SAÚDE: Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2010.** Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 10 de dezembro de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB)** [online] [disponível em [http:// www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/)] [Acesso em: 20 de julho 2014].
- BELO ORIENTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde.** Belo Oriente, 2014.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A.Planejamento e avaliação das ações em saúde.Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. [online]. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_d_e_saude_2/3>. Acesso em:19 de julho de 2014.
- CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. [online]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>>. Acesso em:19 de julho de 2014.
- COREN-MG. LEGISLAÇÃO e normas. Belo Horizonte: Coren –MG, 2013. v.13 N. 01.
- CRUZ, V.A. G. Metodologia da Pesquisa Científica. São paulo: Pearson Prentice Hall, 2009.
- DESCOVI, C.A. 2009. **A Prática do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Serviço de Urgência e Emergência.** [online]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24280/000746567.pdf>Acesso em 21 de julho 2014.

CUNHA, A. B. O. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. RIO DE JANEIRO: Cad. Saúde Pública, 2010. [online]. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n4/15.pdf> >. Acesso em:10 de dezembro de 2014.

FIGUEIREDO, E. N. **Implantação do Acolhimento e Classificação de Risco em Unidades Básicas de Saúde: Desafios para os profissionais de Enfermagem**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2010. [online]. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2529.pdf>>. Acesso em:10 de dezembro de 2014.

PAZ, A. A. M. *et al.* **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, 2013. [online]. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em:05 de novembro de 2014.

SAVASSI, Leonardo Cançado Monteiro. O Acolhimento e a Estratégia Saúde da Família. *In: Grupo de Estudos em Saúde da Família (GESF)*, BeloHorizonte: AMMFC, 2011. [online]. Disponível em: < <http://www.smmfc.org.br/gesf2009/gesfaco09lsavassi.pdf>>. Acesso em: 10 dezembro. 2014.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. Rev. Bras. Saúde. Matern-Infant., Recife, (5) 4, out.-dez. p. 493-503, 2005. [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n4/27768.pdf>>. Acesso em: 10 dezembro. 2014.

VASCONCELOS, E.M. 2004. **Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde**. [online]. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Educa%C3%A7%C3%A3o+Popular%3A+de+uma+Pr%C3%A1tica&lr=>>>Acesso em: 20 de julho 2014.