

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO BÁSICA – CGAB**



Michael D. Edens

**Guia de Apoio à tomada de decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das  
Unidades de Saúde da Atenção Básica**

**Volume I**

**Porto Alegre, Outubro de 2015**

Catálogo na publicação: Elisabete Lorensi Ferreira – CRB 10ª/2066

P853 Porto Alegre. *Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Atenção Básica.*

Guia de apoio à tomada de decisão para o acolhimento com identificação de necessidades das Unidades de Saúde da Atenção Básica / Coordenação Geral da Atenção Básica ; Fernando Ritter, organizador. – Porto Alegre, RS : Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

v. : il.

1. Saúde Pública – Porto Alegre 2. Organização dos Serviços de Saúde 3. Protocolos clínicos I. Porto Alegre (RS). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Geral de Atenção Básica II. Ritter, Fernando (org.) III. Título

CDU 614.2(816.5)

Roubamos as palavras de Tomaz Tadeu da “orelha” do livro de Virginia Woolf ‘*O sol e o peixe*’ e queremos presenteá-las aos colegas trabalhadores, gestores, suas palavras que tocam, acariciam, afetam e falam por si. Entendemos que estas palavras dizem do fazer saúde na proposta do acolhimento na perspectiva de uma rede afetiva.

*Um mimo é um dom. Uma dádiva. Um agrado. Uma graça. Um mimo não é nada. Mas pode ser muito. Não tem cálculo. Nem intento. Não é pensado. E, contudo: escolhido a dedo. Um mimo é generoso, gentil e delicado. Uma jóia rara. (Mas não cara) Pra alguém que faz anos. Ou sofreu desenganos. Mas também a pretexto de nada. Simplesmente porque você gostou. E lembrou de alguém que gostaria. Porque você botou o olho e pensou: é isso! Um mimo não é um objeto de desejo. Porque não é pra si. É pra outrem. E não é pra ostentar. É pra dar. Discretamente. Na cumplicidade de uma amizade. Ou na clandestinidade de um amor. Não é pra guardar como tesouro. Porque não é pra dentro, mas pra fora. E não é da ordem da usura, mas da generosidade. É gratuito. Não espera nada em troca. Mas sem que você o saiba, acaba depositado. No fundo perdido do dom universal. Até que um dia, do nada, quando menos esperava, você recebe um. E o circuito se completa, mas também recomeça. E a lei do mimo se cumpriu. Quem mima mimado será.*

**Coordenação Geral da Atenção Básica**



**Guia de Apoio à Tomada de Decisão para o Acolhimento com Identificação de Necessidades das  
Unidades de Saúde da Atenção Básica  
Volume I**



*Desenvolvido pela Coordenação Geral da Atenção Básica (CGAB)*

**Prefeito do Município de Porto Alegre**

José Fortunati

**Secretário Municipal de Saúde**

Fernando Ritter

**Coordenadora Geral da Atenção Básica**

Vânia Maria Frantz

**Vice-presidente do Instituto Municipal da Estratégia de Saúde da Família**

Marcelina Zacarias Ceolin

**Grupo de Trabalho**

Organizador/ Revisor:

Fernando Ritter

Tatiana de Carvalho de Nardi

**Autores**

Cassiane Kerkhoff

Evelise Tarouco da Rocha

Fernando Ritter

Gerci Salete Rodrigues

Lúcia Trajano

Rafael Garcia Eymael

Susiane Freitag

**Colaboradores**

Alex Elias Lamas

Alnei Soares

Ana Amélia Bonés Nascimento

Christiane Nunes de Freitas

Clodoaldo Belo

Cristiano de Oliveira Roxo

Fernanda Guzatto

Liliane Maria dos Santos

Marli Boniatti Colle

Ricardo de Castilhos

Sílvia Lemke Guterres

Susane Schirmer Mendes

Susiane Martins de Oliveira

Tatiana de Carvalho de Nardi

Vânia Maria Frantz

Viviane Schmidt

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. Objetivos do <i>Acolhimento com Identificação de Necessidades</i> .....	12
2. Reorganização do Processo de Trabalho na Equipe de Saúde.....	13
3. Porque adotar o <i>Acolhimento com Identificação de Necessidades</i> .....	15
4. Operacionalização do <i>Acolhimento com Identificação de Necessidades</i> .....	16
5. Atribuições Comuns aos Trabalhadores que realizam acolhimento.....	22
6. Organização das Ofertas de Cuidado da US.....	24
7. Sugestão para Organização das Agendas.....	27
8. Avaliação e Monitoramento das US com <i>Acolhimento com Identificação de Necessidades</i> .....	30
9. Fluxogramas de Apoio à Tomada de Decisão na <i>Acolhimento com Identificação de Necessidades</i> .....	33
9.1. FLUXOGRAMAS ESPECÍFICOS DE ADULTOS.....	34
9.1.1. Alteração de Pressão Arterial.....	35
9.1.2. Diabete Mellitus (DM) ou Suspeita DM .....	36
9.1.3. Cefaléia .....	37
9.1.4. Sintomático Respiratório/ suspeita de Tuberculose .....	38
9.1.5. Dispnéia .....	39
9.1.6. Dor Torácica Aguda .....	40
9.1.7. Lombalgia .....	41
9.1.8. Dor Abdominal .....	42
9.1.9. Dor em Baixo Ventre .....	43
9.1.10.Corrimento Vaginal .....	44
9.1.11.Lesão Genital / Corrimento Uretral .....	45
9.1.12.Disúria .....	46
9.1.13.Sofrimento Mental Agudo .....	47
9.1.14.Dengue .....	48
9.1.15.Chikungunya .....	49
9.1.16.Ebola .....	50
9.2. FLUXOGRAMAS ESPECÍFICOS CRIANÇAS.....	51
9.2.1. Criança menor de 01 ano .....	52
9.2.2. Febre Referida em Crianças .....	53
9.2.3. Cefaléia .....	54
9.2.4. Problemas Respiratórios Agudos em crianças menores de 02 meses .....	55
9.2.5. Problemas Respiratórios Agudos em crianças maiores de 02 meses .....	56
9.2.6. Falta de Appetite .....	57
9.2.7. Dor Abdominal .....	58
9.2.8. Vômito .....	59
9.2.9. Diarréia .....	60
9.3. FLUXOGRAMAS GERAIS DE LESÕES DE PELE E DE SECREÇÃO OCULAR, COCEIRA E/OU DOR OCULAR.....	61
9.3.1. Lesões de Pele.....	61
9.3.2. Secreção Ocular, Coceira e/ou Dor Ocular.....	62

<b>9.4. FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL.....</b>	<b>63</b>
<b>9.4.1. Acolhimento em Saúde Bucal.....</b>	<b>63</b>
<b>9.5. FLUXOGRAMA DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA.....</b>	<b>64</b>
<b>9.5.1. Suspeita de Violência contra Criança e Adolescente .....</b>	<b>65</b>
<b>9.5.2. Suspeita de Violência contra a Mulher .....</b>	<b>66</b>
<b>9.5.3. Suspeita de Violência contra o Adulto/ Idoso .....</b>	<b>67</b>
<b>9.6. REDE INTERSETORIAL DE CUIDADO E PROTEÇÃO.....</b>	<b>68</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>69</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>70</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>71</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>72</b>



## 1. Introdução

*“... o problema tem sempre a solução que merece em função da maneira pelo qual é colocado.”*

Gilles Deleuze, Bergsonismo

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/POA) com o apoio do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP) iniciou, em julho de 2012, um processo de reorientação do acesso do cidadão aos serviços de saúde. A Coordenação Geral da Atenção Básica (CGAB) elencou o acesso como nó crítico no âmbito da Atenção Básica a partir das propostas oriundas da 6ª Conferência Municipal da Saúde de 2011. Assim, criou-se um grupo de trabalho – grupo condutor – com intuito de construir um plano de ação para melhoria do acesso às Unidades de Saúde da Atenção Básica (US). Tendo por base a Política Nacional de Humanização – PNH e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), a CGAB assumiu o *Acolhimento com Identificação de Necessidades* como estratégia prioritária para ampliação e qualificação do acesso à rede de saúde em Porto Alegre.

O processo da implantação do *Acolhimento com Identificação de Necessidade* foi desencadeado nas US no segundo semestre de 2012. Sua meta era o cumprimento do 4º objetivo do Plano Municipal de Saúde 2010 - 2013: “Fortalecer a gestão do SUS no município, de modo a melhorar e aperfeiçoar a capacidade resolutiva, das ações e serviços prestados à população”.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

Dessa forma, o *Acolhimento com Identificação de Necessidades* passa a ser um referencial para projetos e programas desenvolvidos pela CGAB. A elaboração do Guia de Apoio à Tomada de Decisão tem como objetivo apoiar às equipes para a definição das práticas de saúde executadas no acolhimento, ampliando o acesso aos serviços de saúde e qualificando a assistência ofertada.

## 1. Objetivos do Acolhimento com Identificação de Necessidades

*“Muitas vezes basta ser:  
Colo que acolhe,  
Braço que envolve,  
Palavra que conforta,  
Silêncio que respeita,  
Alegria que contagia,  
Lágrima que corre,  
Olhar que acaricia,  
Desejo que sacia,  
Amor que promove.”*

Cora Coralina

- Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, viabilizando o acesso e oferecendo uma atenção oportuna, eficaz, segura e ética;
- Reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde, revertendo a lógica da oferta e da demanda por atendimento;
- Priorizar a clientela de maior vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades e respeitando as necessidades dos diferentes indivíduos ou grupos populacionais;
- Qualificar a relação entre os gestores, trabalhadores e usuários, propiciando o respeito, a solidariedade e o vínculo;
- Acolher o cidadão, priorizando aquele de maior necessidade (biológica e social ou subjetiva);
- Eliminar as barreiras burocráticas e organizacionais que dificultam e limitam o acesso aos serviços;
- Qualificar a ambiência dos espaços internos e externos das US, tornando-os mais confortáveis, acolhedores e acolhedores;
- Melhorar a qualidade e a quantidade dos equipamentos de saúde, viabilizando o funcionamento adequado dos serviços;
- Fortalecer e otimizar o trabalho das equipes de saúde, promovendo a cooperação e a confiança mútua entre os seus integrantes;
- Estreitar laços com a comunidade local, estabelecendo parceria com o Conselho Local de Saúde e demais entidades representativas.

## 2. Reorganização do Processo de Trabalho na Equipe de Saúde

A implantação do acolhimento nas US tem se caracterizado como um intenso movimento de reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde. Ela visa garantir a ampliação do acesso e do vínculo aos serviços, assim como uma maior resolubilidade das necessidades identificadas.

O acolhimento não é um espaço, mas sim uma postura profissional a ser adotada. Implica em compartilhamento de saberes, necessidades e possibilidades. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do atendimento em saúde, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do cuidado prestado em saúde.

As ações de acolhimento se concretizam no cotidiano das práticas de saúde por meio de escuta qualificada e da capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a possibilidade de resposta do serviço. É importante salientar que o acolhimento ocorre de forma dinâmica e continuada. Além disso, caracteriza-se por ser singular, ou seja, é único em cada equipe e construído de forma coletiva a partir das experiências vivenciadas por cada um dos sujeitos envolvidos nesse processo. Ressalta-se que a responsabilidade de viabilização deste processo é de todos os atores envolvidos, desde a gestão municipal centralizada até as equipes de saúde.

O *Acolhimento com Identificação de Necessidades* requer a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde. Para isso, sugere-se a realização das seguintes ações:

- Adequar áreas físicas, logística, insumos e recursos humanos que permitam o desenvolvimento das atividades propostas;
- Sensibilizar os gestores e profissionais para a implantação do *Acolhimento com Identificação de Necessidades*;
- Promover a discussão sobre os aspectos subjetivos que envolvem o indivíduo, sendo ele gestor, trabalhador ou usuário, pois interferem diretamente nas suas ações, afetos ou resistências;
- Divulgar os princípios do *Acolhimento com Identificação de Necessidades* junto ao controle social;
- Qualificar as reuniões de equipe, garantindo a criação de espaços de conversação sobre o processo de trabalho;
- Reorganizar as agendas e as ofertas do serviço a partir das demandas de cada território;
- Garantir o suporte dos Apoiadores Institucionais às equipes de saúde para a implantação e implementação do acolhimento;
- Monitorar e avaliar as atividades desenvolvidas;

- Elaborar manuais, guias, protocolos clínicos, linhas de cuidado e materiais de apoio para ampliar as ações de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica;
- Realizar educação permanente para todos os profissionais envolvidos no processo (membros da equipe, Apoiadores Institucionais e outros profissionais de apoio), com ênfase no desenvolvimento de habilidades técnicas e emocionais.

*“Paro e escuto  
Olho nos olhos,  
Atentamente te vejo,  
Dedico-te tempo,  
Toco tua alma,  
Corresponder,  
Acolho,  
Cuido,  
e corro o risco  
de ser teu,  
por alguns minutos!...”*

Janete Nakatani

### 3. Porque adotar o *Acolhimento com Identificação de Necessidades*?

*“Buscamos, no outro, não a sabedoria do conselho, mas o silêncio da escuta, não a solidez do músculo, mas o colo que acolhe.”*

Rubem Alves

O *Acolhimento com Identificação de Necessidades* vem como uma proposta de mudança na forma de atendimento do cidadão nas US, tendo em vista os seguintes atributos essenciais da Atenção Básica:

- Atenção ao Primeiro Contato: implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde.
- Longitudinalidade: é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde, independentemente da necessidade do usuário.
- Integralidade: pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária; e a abordagem é ao indivíduo, sua família e seu contexto. A integralidade depende da capacidade de identificar as necessidades percebidas e as não percebidas pelos indivíduos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes.
- Coordenação do Cuidado: é essencial que as ações planejadas e desenvolvidas com o intuito de responder às necessidades do usuário ocorram de forma coordenada em todos os pontos da rede. Sem a coordenação do cuidado, a longitudinalidade reduz o seu potencial, a integralidade não é viável e o primeiro contato torna-se uma função puramente administrativa.

Em vista do apresentado, o *Acolhimento com Identificação de Necessidade* hoje deixa de ser centrado na relação queixa-consulta médica, seu objetivo passa a ser a qualificação da identificação da necessidade do usuário e, conseqüentemente, a otimização e a ampliação das ofertas de cuidado disponíveis na Atenção Básica. Para isso deverão ser analisados fatores como:

- O grau de necessidade da demanda trazida à US considerando os diferentes determinantes do processo saúde-doença (biológicos, psicológicos, sociais e ambientais);
- A possibilidade de resposta da US diante da demanda apresentada pelo usuário;
- O grau de corresponsabilização e protagonismo dos sujeitos em relação ao seu cuidado.

## 4. Operacionalização do Acolhimento com Identificação de Necessidades

*“Mais do que o gesto, interessa como ele foi recebido.  
Mais do que a palavra nos influencia como ela foi ouvida.  
Mais do que o fato vale onde, como e quando ele nos tocou.”*

Lya Luft, Senhora de Preciosa Prosa

### 4.1. Entrada e Recepção

A recepção do usuário deverá ocorrer de forma respeitosa e acolhedora desde o momento de sua chegada na US. Este primeiro contato poderá ser realizado por qualquer trabalhador da equipe, tais como: porteiro, Agente Comunitário de Saúde (ACS), auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, enfermeiro, médico, dentista, assistente administrativo e demais.

Inicialmente os cidadãos são recebidos na recepção da US e direcionados ao setor correspondente a sua demanda:

- Consultório médico, de enfermagem ou odontológico: em caso de consulta previamente marcada;
- Sala de Identificação de Necessidades: em caso de demanda espontânea, consultas de urgência e usuários crônicos agudizados, entre outros;
- Sala de vacinas;
- Sala de curativos;
- Dispensário de medicamentos;
- Sala de grupos;
- Sala de procedimentos e outras.

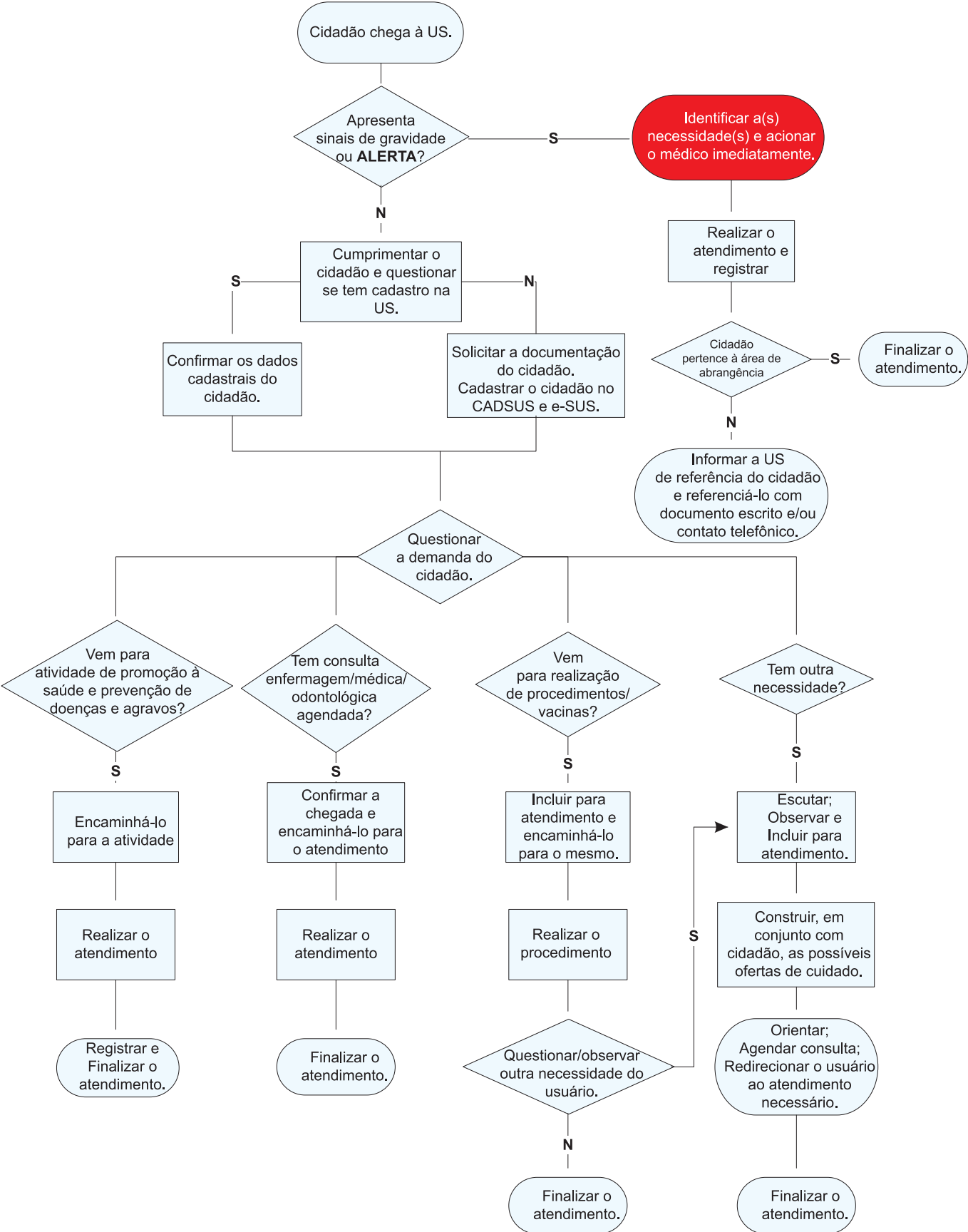
Na recepção da US deve ser realizado o cadastro e a atualização dos dados cadastrais do cidadão. Além disso, é nesse local que deve ocorrer, preferencialmente, a confecção e a impressão do cartão SUS, caso o usuário ainda não possua **(Figura 1)**.

## **Toda Palavra**

*Procuro uma palavra que me salve  
Pode ser uma palavra verbo  
Uma palavra vespa, uma palavra casta.  
Pode ser uma palavra dura. Sem carinho.  
Ou palavra muda,  
molhada de suor no esforço da terra não lavrada.  
Não ligo se ela vem suja, mal lavada.  
Procuro uma coisa qualquer que saia soada do nada.  
Eu imploro pelos verbos que tanto humilhei  
e reconsidero minha posição em relação aos adjetivos.  
Penso em quanta fadiga me dava  
o excesso de frases desalinhadas em meu ouvido.  
Hoje imploro uma fala escrita,  
não pode ser cantada.  
Preciso de uma palavra letra  
grifada grafia no papel.  
Uma palavra como um porto  
um mar um prado  
um campo minado um contorno  
carrossel cavalo pente quebrado véu  
mariscos muralhas manivelas navalhas.  
Eu preciso do escarcéu soletrado  
Preciso daquilo que havia negado  
E mesmo tendo medo de algumas palavras  
preciso da palavra medo como preciso da palavra morte  
que é uma palavra triste.  
Toda palavra deve ser anunciada e ouvida.  
Nunca mais o desprezo por coisas mal ditas.  
Toda palavra é bem dita e bem vinda.*

Viviane Mosé

**Figura 1: Fluxograma para a Organização do Processo de Trabalho das US da Atenção Básica**





## 4.2. Sala de Identificação de Necessidades

O *Acolhimento com Identificação de Necessidades* deve acontecer durante todo o horário de funcionamento da US, facilitando o acesso do usuário ao serviço e desconstruindo a lógica da ficha e da fila de espera. A equipe assume o compromisso de acolher todo cidadão que busca o serviço, procurando ser resolutiva através de recursos próprios ou de outros serviços da rede, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

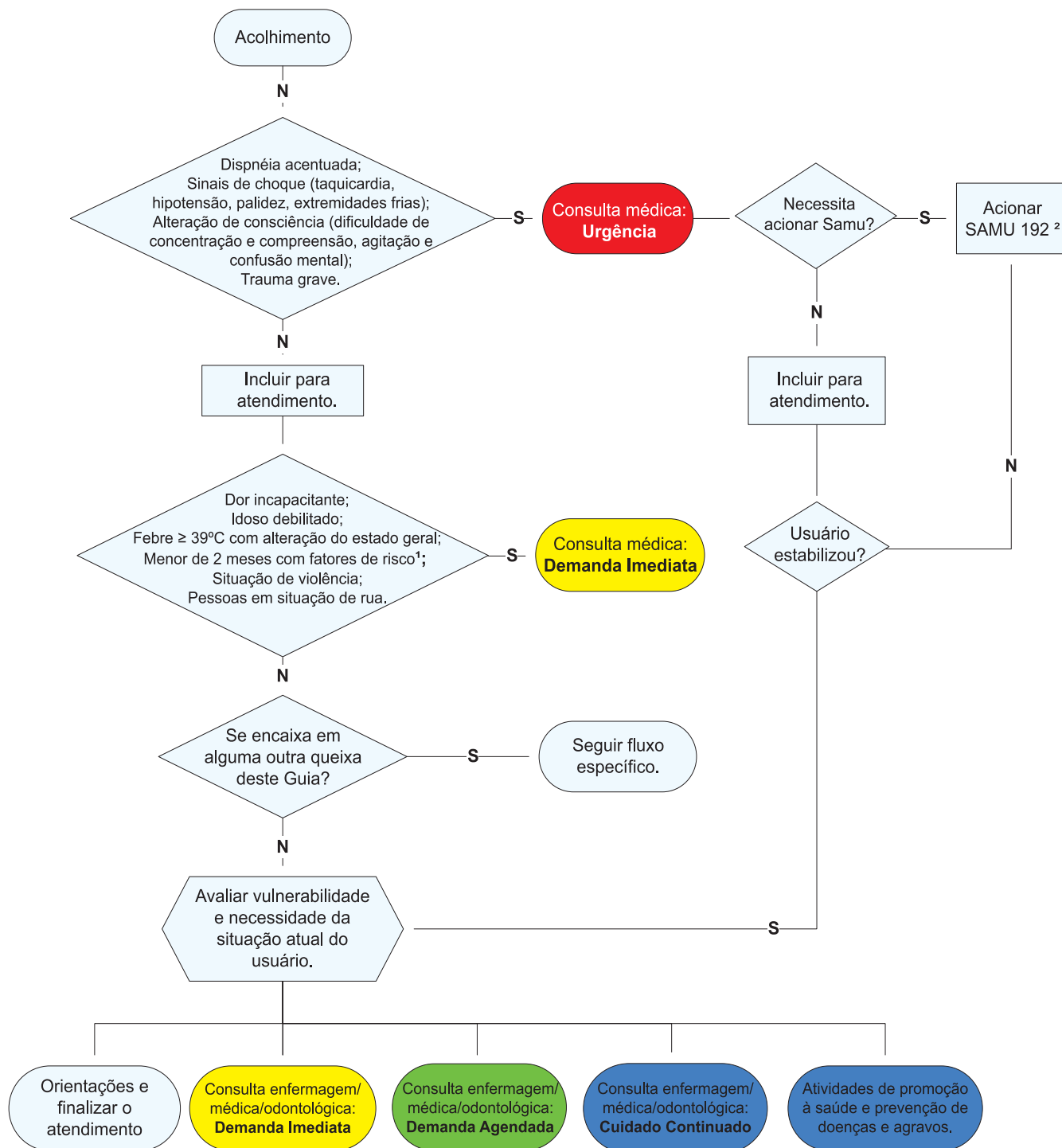
Na sala de Identificação de Necessidades o usuário é acolhido primeiramente pelos Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem ou pelos Auxiliares e/ou Técnicos de Saúde Bucal, apoiados pelo Enfermeiro, Médico e/ou Cirurgião-Dentista, conforme apresentado no Fluxograma Geral da Atenção Básica (**Figura 2**).

### **A Rosa de Hiroxima**

*“Pensem nas crianças  
Mudas telepáticas  
Pensem nas meninas  
Cegas inexatas  
Pensem nas mulheres  
Rotas alteradas  
Pensem nas feridas  
Como rosas cálidas  
Mas oh não se esqueçam  
Da rosa da rosa  
Da rosa de Hiroxima  
A rosa hereditária  
A rosa radioativa  
Estúpida e inválida  
A rosa com cirrose  
A antirrosa atômica  
Sem cor sem perfume  
Sem rosa sem nada.”*

Vinícius de Moraes

**Figura 2: Fluxograma Geral do Acolhimento**



**1 Risco conforme Ficha do Pré-nenê:**  
 -Baixo peso = 2.5 < 37 semanas;  
 -Aleitamento materno (misto ou suspenso);  
 -Idade materna = 15 anos;  
 -Óbito de irmãos < 5 anos;  
 -Vacinas em atraso.

**2 Informações mínimas para o SAMU:**  
 -Idade/sexo;-Breve relato do caso;  
 -Nível de consciência (Dificuldade de concentração e compreensão, agitação e confusão mental);  
 -Pressão Arterial;-Frequência cardíaca;  
 -Frequência respiratória;  
 -Saturação O2 (quando se aplicar);  
 -Temperatura axilar (quando se aplicar).

As ofertas de cuidado a serem disponibilizadas devem ser construídas em conjunto com o cidadão a partir da escuta inicial, tendo em vista tanto a necessidade do usuário quanto a capacidade de atendimento do serviço. Em relação ao atendimento oferecido, é importante reforçar:

- Na presença de sinais indicativos de Urgência o médico ou o enfermeiro ou o cirurgião-dentista devem prestar o atendimento imediatamente e se necessário, acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).
- Nos casos identificados como Demanda Imediata, a consulta é priorizada para o mesmo dia ou, no máximo, para o dia seguinte. Caso não haja mais oferta para agendamento em até 24 horas, o cidadão avaliado deverá ser encaminhado ao Pronto Atendimento de referência, com documento escrito (**Anexo 1**).
- Nos casos Não Agudos, são ofertadas agendas para um período não superior a 30 dias.
- Pessoas em situação de rua e usuários de álcool e outras drogas devem ter seu atendimento priorizado para o mesmo turno em virtude da grande vulnerabilidade social apresentada, ainda que o risco físico ou biológico não se faça presente.
- Consultas com outros profissionais, tais como: atividades coletivas, encaminhamentos para redes de apoio e outras ofertas de cuidado deverão ser disponibilizadas ao cidadão conforme a necessidade identificada.
- Usuários avaliados na sala de Identificação de Necessidades que não pertencem à área de abrangência da US devem ser encaminhados à unidade de referência, preferencialmente, por escrito e por contato telefônico.

#### **4.3. Consultórios**

As pessoas com consulta previamente agendada são direcionadas da recepção para o consultório sem a necessidade de passagem pela Sala de Identificação de Necessidades. A responsabilidade pela verificação de sinais vitais e medidas antropométricas, nesses casos, passa a ser do profissional que realiza a consulta. Elimina-se assim a “sala de triagem”, que passa a ser utilizada como Sala de Identificação de Necessidades.

#### **4.4. Salas de Atendimento**

As salas de atendimento se referem aos demais espaços da US, tais como: sala de vacinas, sala de curativos, dispensário de medicamentos, sala de grupos, sala de procedimentos e outros. Nesses, os atendimentos realizados não necessitam ser agendados previamente e devem ser disponibilizados durante todo o horário de funcionamento da US.

## 5. Atribuições Comuns aos Trabalhadores que realizam acolhimento

*“O amor vive neste sutil fio de  
conversaço,õ,  
balançando-se entre a boca e  
o ouvido.”*

Rubem Alves

- Conhecer o território de abrangência da US;
- Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;
- Auxiliar na organização do atendimento na unidade, encaminhando os usuários à recepção;
- Efetuar cadastro dos usuários e atualizá-los, quando necessário;
- Participar do acolhimento realizando a escuta qualificada, a avaliação de vulnerabilidade e a identificação das necessidades;
- Proporcionar atendimento humanizado, centrado no indivíduo e em sua família/núcleo social;
- Dar suporte à equipe para a execução das ações de acolhimento;
- Discutir os casos mais complexos com os demais profissionais da equipe;
- Responsabilizar-se pela continuidade da atenção e viabilizar o estabelecimento do vínculo;
- Participar de reuniões de equipe a fim de discutir o planejamento e a avaliação das ações relacionadas ao acolhimento, identificando dificuldades e potencialidades, sugerindo ações gerais e específicas de sua área de atuação;
- Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente;
- Participar de grupos de educação em saúde e estimular a adesão dos usuários em outras modalidades de oferta (terapia comunitária, acesso avançado, entre outros);
- Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- Acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho.

### **A Arte. A Ciência**

*No meio de tudo igual,  
de repente,  
inconscientemente  
sem que procurando estivesse  
encontrei o que era diferente.  
Com a arte assim criada  
realizado, liberto  
incondicionalmente me senti feliz.  
No meio de tudo diferentes  
conscientemente  
observei, procurei, encontrei  
o que era igual.  
Descobri a lei que explica: a ciência.  
Resultado: bom ou ruim?  
feliz ou infeliz?  
Depende dessa revelação  
uso que dela faço  
ou do quanto dela submisso me tornei.*

Antonio Ruffino Neto

## 6. Organização das Ofertas de Cuidado da US

O acolhimento contempla o cuidado de situações agudas e não-agudas identificadas. Além disso, a natureza da Atenção Básica exige, de forma bastante evidente, a avaliação clínica do usuário, dos riscos e das vulnerabilidades presentes. O acolhimento deve ser entendido como um processo dinâmico, pois pode haver mudança na avaliação de risco (clínico e/ou social) do usuário.

De forma a facilitar a identificação das necessidades diante das situações não agudas e agudas para fins de visualização e comunicação foram utilizadas cores representativas.

Abaixo seguem listadas as ofertas de cuidado disponibilizadas pelas US da Atenção Básica:

### 6.1. Situação Não Aguda: Cuidado Continuado, Atividades de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos e Demanda Agendada

#### SITUAÇÃO NÃO AGUDA

##### **Cuidado Continuado**

Ações programáticas de rotina da Unidade de Saúde sejam elas odontológicas, médicas ou de enfermagem. Nestes casos, a consulta será agendada e terá uma programação de retornos.

Em casos de acompanhamento de gestantes, crianças, usuários com patologias crônicas e outras populações prioritárias são programados atendimentos com diferentes profissionais, os quais serão agendados de forma sistemática e periódica.

Ex: Acompanhamento de usuários com doenças crônicas, portadores de transtornos mentais, portadores de tuberculose e/ou HIV, gestantes e crianças menores de 2 anos, entre outros.

##### **Atividades de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos**

São ofertas de cuidado desenvolvidas por todos os profissionais da equipe e que podem ser realizadas tanto na Unidade de Saúde quanto em outros espaços. Objetivam a promoção da saúde e a prevenção de doenças e agravos.

Ex: Grupos e ações que viabilizem discussões e reflexões na perspectiva de promoção e prevenção em saúde.

##### **Demanda Agendada**

Situações ou ocorrências passageiras que são identificadas como um problema de saúde para a pessoa, mas que não são urgentes. Podem ser odontológicas, médicas ou de enfermagem. O agendamento não deve ultrapassar 30 dias e podem requerer retorno para acompanhamento por tempo determinado.

Ex: Laudos, atestados, “check-up”, fazer e mostrar exames, dor crônica, febre referida sem outros sinais de perigo, tosse, doenças de pele, parasitoses e retirada de cerúmen, entre outros.

## 6.2 Situação Aguda: Demanda Imediata e Urgência com Observação ou Emergência

### SITUAÇÃO AGUDA

#### Demanda Imediata

Situações em que o grau de sofrimento físico ou psíquico, a gravidade da situação ou a vulnerabilidade da pessoa determinam a necessidade de assistência imediata para alívio do sofrimento. O atendimento do usuário deve acontecer em até 24 horas, mas algumas situações exigirão que o mesmo ocorra no mesmo turno.

Ex: Crise de asma leve, síndrome gripal (nas situações de epidemia), fratura ou queda de restauração em dente anterior (com comprometimento estético/social), odontalgia (“dor de dente”) persistente, infecções com sofrimento ou risco (conjuntivite, cistite e amigdalite, entre outros), agitação psicomotora e relação sexual desprotegida, entre outros.

#### Urgência com Observação ou Emergência

Trata-se de uma ocorrência que não pode ser prevista, mas que necessita de intervenção da equipe no mesmo momento. São situações urgentes em que o usuário não deve sair da Unidade de Saúde sem receber o primeiro atendimento, independente de ser ou não morador da área adstrita. Neste caso não haverá agendamento e o registro no sistema ocorrerá após o atendimento.

Ex: Crise de asma ou dispnéia grave, crise hipertensiva, traumatismo dentoalveolar, edema de face, odontalgia aguda e espontânea, hipo/hiperglicemia, parada cardiorrespiratória, inconsciência, trabalho de parto, tentativa de suicídio, ideação suicida, surto psicótico, situação de violências (física e/ou sexual) e pessoa em situação de rua (devido à vulnerabilidade), entre outros.

Considerando o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS – SIGTAP, apresentamos abaixo os códigos dos procedimentos bem como sua descrição que correspondem aos caracterizados no Guia de Apoio à tomada de decisão.

Procedimento	Atendimento de URGÊNCIA em Atenção Básica
Código	03.01.06.003-7
Descrição SIGTAP/MS	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de baixa complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento e tem sua necessidade assistencial atendida.
CBOs	223208 - Cirurgião dentista - clínico geral 223236 - Cirurgião dentista - odontopediatra 223293 - Cirurgião-dentista da estratégia de saúde da família 225105 - Médico acupunturista 225124 - Médico pediatra 225125 - Médico clínico 225142 - Médico da estratégia de saúde da família 225195 - Médico homeopata 225250 - Médico ginecologista e obstetra

<b>Procedimento</b>	<b>Atendimento de URGÊNCIA em Atenção Básica com observação até 8 horas</b>
<b>Código</b>	03.01.06.004-5
<b>Descrição SIGTAP/MS</b>	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de qualquer complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem atendimento, porém necessitam de observação para que sua necessidade assistencial seja satisfeita.
<b>CBOs</b>	225105 - Médico acupunturista 225124 - Médico pediatra 225125 - Médico clínico 225139 - Médico sanitaria 225142 - Médico da estratégia de saúde da família 225195 - Médico homeopata 225250 - Médico ginecologista e obstetra 225270 - Médico ortopedista e traumatologista

<b>Procedimento</b>	<b>Atendimento de URGÊNCIA em Atenção Básica com remoção</b>
<b>Código</b>	03.01.06.005-3
<b>Descrição SIGTAP/MS</b>	Atendimento prestado a pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizações de patologias crônicas, de qualquer complexidade, que são acolhidos nas unidades básicas de saúde, sem agendamento prévio, onde recebem um primeiro atendimento e são, posteriormente, referenciados para outras unidades de saúde de maior complexidade, necessitando para tal, de remoção em ambulância, do SAMU ou outra qualificada e disponível para esse fim, onde ainda não exista SAMU.
<b>CBOs</b>	225105 - Médico acupunturista 225124 - Médico pediatra 225125 - Médico clínico 225139 - Médico sanitaria 225142 - Médico da estratégia de saúde da família 225195 - Médico homeopata 225250 - Médico ginecologista e obstetra

em 17 de agosto de 2015

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/>

## **Ternura**

*“É uma frase mágica que abre portas  
Um desentupidor de pia e de nariz  
Ternura é um raio x  
Um habeas corpus  
Um alvará de funcionamento  
A hora em que o sol eclode  
O acorde que o galo canta  
Ternura é o silêncio de cura que dorme nas folhas das plantas.”*

Viviane Mosé



## 7. Sugestão para Organização das Agendas

A organização da agenda de todos os profissionais da US é fundamental para a realização do *Acolhimento com Identificação de Necessidades*. Ela deve se dar a partir da pactuação da equipe de saúde com a comunidade (Plenária do Conselho Local de Saúde), promovendo a sensibilização sobre a nova forma de acesso. Essa agenda deve prever os quatro tipos de oferta citados anteriormente (Cuidado Continuado, Demanda Agendada, Demanda Imediata e Urgência com Observação e Emergência), além das outras ofertas específicas do serviço como: atendimento domiciliar, atividades de grupo, ações de matriciamento, preceptoria, entre outras. A construção dessa agenda deve considerar:

- Perfil epidemiológico e vulnerabilidade da população assistida. Por exemplo: uma população mais idosa, com muitos hipertensos ou diabéticos, deve-se ofertar mais atendimentos de cuidado continuado;
- Situações de epidemia. Por exemplo: em surtos como gripe ou dengue deve-se aumentar a oferta de demanda imediata;
- Sazonalidade. Por exemplo: no inverno é recomendado ampliar as ofertas de demanda imediata para o cuidado de doenças respiratórias;
- Existência de situações administrativas que exijam a revisão da organização das agendas. Por exemplo: férias de parte da equipe de saúde, licença-saúde, US servindo de retaguarda a outro serviço de saúde, e outras.

As agendas devem ser construídas pelo coordenador da equipe, monitoradas e reavaliadas periodicamente pelos demais trabalhadores de saúde, com auxílio do Apoiador Institucional, em consonância com os indicadores de saúde e metas estabelecidas pela SMS.

A seguir serão apresentadas algumas recomendações úteis para a construção das agendas das US da Atenção Básica:

### 7.1. Agenda Médica

- Consulta médica de Demanda Imediata, de Demanda Agendada e de Cuidado Continuado a cada 20 minutos;
- Consulta médica para renovação de receitas a cada 10 minutos.

## **7.2. Agenda de Enfermagem**

- Consulta de enfermagem – acolhimento: tempo reservado na agenda dos enfermeiros para supervisão dos técnicos de enfermagem na sala de Identificação de Necessidades e atendimento dos casos específicos do Acolhimento.
- Consulta de enfermagem de Demanda Agendada e de Cuidado Continuado a cada 30 minutos.
- Consulta de enfermagem pais-bebê a cada 60 minutos, tendo em vista o atendimento da puérpera, do recém-nascido e da rede afetiva.

## **7.3. Agenda Odontológica**

- Consulta odontológica: o Protocolo de Saúde Bucal do município de Porto Alegre de 2014 define que as atividades clínicas na cadeira (procedimentos clínicos em consultório dentário) representem 80% das ações executadas pelo cirurgião-dentista. Em relação às atividades educativas (atividades do Programa Saúde na Escola - PSE e participação em grupos, por exemplo) e atendimento domiciliar, devem ocupar até 20% da carga-horária da agenda.
- Consulta clínica odontológica de Demanda Agendada do cirurgião-dentista ou o Técnico em Saúde Bucal a cada 40 minutos;

## **7.4. Horários para atividades comuns aos trabalhadores de nível superior (médico, cirurgião-dentista e enfermeiro):**

- Atividades de Preceptoria: é necessário prever horários para a discussão dos casos atendidos e outras atividades docentes na agenda dos profissionais que recebem alunos de graduação ou pós-graduação.
- Supervisão dos ACS é indicada a previsão de horários para acompanhar o trabalho realizado por esses profissionais e sugere-se que haja um rodízio dos profissionais de nível superior para esta atividade.

## **7.5. Horários para atividades comuns a todos os trabalhadores da equipe de saúde:**

- Atendimento domiciliar (AD): um atendimento a cada 60 minutos (já incluído o deslocamento).
- Reuniões de equipe: é indicada a realização de forma sistemática com a participação de todos os integrantes da equipe de saúde.
- Atividades de Promoção à Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos: recomenda-se grupos com até duas horas de duração.

- Atividades de planejamento e monitoramento das ações e indicadores: recomenda-se a reserva sistemática de horário.

#### **7.6. Horários para atividades de Coordenação da US:**

- Atividades administrativas, de planejamento e de monitoramento: é recomendada a reserva de horário para o desenvolvimento das atribuições da coordenação (restrito aos coordenadores da US).

*“Esses profissionais esquecem que todos nós  
nascemos  
vivemos os primeiros anos de nossas vidas,  
somos encharcados de crenças, valores, e  
conhecimentos  
dos mais variados tipos.  
Seria uma ingenuidade muito grande  
pensar que pelo simples fato de consultar um médico,  
de repente, uma pessoa poderia abstrair todos os  
demais  
conhecimentos, permitindo que o único que devesse  
prevaler para explicar a vida, a doença e o mundo  
fosse o científico porque o médico assim  
‘determinou.’”*

Antonio Rufino Neto

## 8. Avaliação e Monitoramento das US com *Acolhimento com Identificação de Necessidades*

A CGAB, com o intuito de qualificar e aperfeiçoar o desenvolvimento de práticas de gestão estratégica e participativa entre a Gestão Central, Gerências Distritais, Unidades de Saúde e os Conselhos Locais de Saúde, estabeleceu critérios para a avaliação e o monitoramento sistemático das US. Tanto o monitoramento quanto a avaliação do acolhimento buscam a reorientação das ações executadas com foco na ampliação e a qualificação do acesso.

### 8.1. Avaliação

Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação é entendida como um processo que implica emitir um julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviço, procedimento e etc.) ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação com um referencial considerado como um ideal a ser alcançado. Não é uma atividade isolada e autossuficiente, mas sim uma das etapas do processo do *Acolhimento com Identificação de Necessidades*. Nas US a avaliação do Acolhimento dar-se-á pela análise das Práticas de Saúde e Cidadania realizadas pelos serviços de saúde (**Quadro 1**). Essas práticas foram definidas a partir da PNH (BRASIL, 2004).

*“ um amigo me chamou para cuidar da dor dele, guardei a minha no bolso.”*

*E fui.*

Clarice Lispector

Quadro 1: Práticas de Saúde e Cidadania

	<b>AÇÕES DESENVOLVIDAS</b>
<b>1</b>	Realizar a escuta qualificada a todo cidadão que acessa o serviço, identificando a sua necessidade e atendendo-a de acordo com as ofertas e a capacidade da equipe, durante todo horário de funcionamento da Unidade de Saúde.
<b>2</b>	Abolir o acesso às consultas através de “fichas”.
<b>3</b>	Promover reunião sistemática de equipe com a participação de todos os trabalhadores para avaliar o processo de trabalho, em especial o acesso humanizado ao cuidado.
<b>4</b>	Disponibilizar caixa de elogios/sugestões/críticas e cartaz da ouvidoria do município, a fim de medir a satisfação do cidadão ao cuidado prestado.
<b>5</b>	Ter Conselho Local de Saúde implantado e em funcionamento, conforme regimento interno do Conselho Municipal de Saúde (CMS).
<b>6</b>	Oferecer aos usuários variadas modalidades de cuidado: coletivas e individuais, intrasetoriais e/ou intersetoriais.
<b>7</b>	Organizar as agendas conforme a identificação de necessidades do usuário: demanda imediata, demanda agendada e cuidado continuado.

8	Apresentar espaços para acolhimento dos aspectos subjetivos que envolvem os trabalhadores da equipe nas reuniões de equipe, com o apoio institucional e/ou matricial, se necessário.
9	Promover a ampliação do acesso através da inclusão progressiva de novos usuários no serviço, em especial de grupos prioritários.
10	Realizar matriciamento de casos para qualificar a assistência ofertada aos usuários, garantindo a integralidade.
11	Realizar planejamento das ações em saúde, avaliando indicadores e adequando o cuidado prestado às características epidemiológicas e culturais da população atendida.

### 8.1.1. Certificação de Unidade de Saúde Acolhedora

A CGAB é a responsável por avaliar as US que implantarem o *Acolhimento com Identificação de Necessidades*. Essa avaliação prevê o cumprimento de critérios estabelecidos por esta coordenadoria e garantirá a certificação como “*Unidade de Saúde Acolhedora*” ao serviço avaliado (**Quadro 2**). Para a obtenção da referida certificação é necessário que a US cumpra, inicialmente, um total de quatro dentre os seis critérios estabelecidos, sendo três desses critérios considerados **OBRIGATÓRIOS**. A US deverá cumprir, no mínimo, mais um critério dentre os não obrigatórios.

Quadro 2: Critérios para certificação da “*Unidade de Saúde Acolhedora*”

	<b>AÇÕES DESENVOLVIDAS</b>	<b>CRITÉRIO OBRIGATÓRIO</b>
1	Realizar a escuta qualificada a todo cidadão que acessa o serviço, identificando a sua necessidade e atendendo-a de acordo com as ofertas e capacidade da equipe, durante todo horário de funcionamento da Unidade de Saúde.	<b>SIM</b>
2	Abolir o acesso as consultas através de “fichas”.	<b>SIM</b>
3	Promover reunião sistemática de equipe com a participação de todos os trabalhadores para avaliar o processo de trabalho, em especial o acesso humanizado ao cuidado.	<b>SIM</b>
4	Disponibilizar caixa de elogios /sugestões /críticas e cartaz da ouvidoria do município, a fim de medir a satisfação do cidadão ao cuidado prestado.	NÃO
5	Ter Conselho Local de Saúde implantado e em funcionamento, conforme regimento interno do CMS.	NÃO
6	Oferecer aos usuários variadas modalidades de cuidado: coletivas e individuais, intrasetoriais e /ou intersetoriais.	NÃO

A certificação do serviço de saúde vai ao encontro do cumprimento da meta 02 (dois) do Contrato de Gestão do ano de 2015, que prevê, até o final do referido ano 100% das US com certificação como *Unidade de Saúde Acolhedora* em Porto Alegre. Além do cumprimento dessa meta, a CGAB pretende,

posteriormente, em parceria com as Gerências Distritais, Unidades de Saúde Acolhedoras e o Controle Social, fomentar a discussão sobre a construção de estratégias para a ampliação gradual do rol das Práticas de Saúde e Cidadania previstas para o acolhimento, de forma a qualificar o acesso nas US.

A avaliação das US para posterior certificação ocorrerá através do Termo de Adesão ao *Acolhimento com Identificação de Necessidades* (**Anexo 2**), a ser preenchido pelas equipes de saúde e validado pelas Gerências Distritais do município.

Para as US **NÃO** certificadas na avaliação inicial deverá ser elaborado um plano estratégico em conjunto com o Apoiador Institucional (**Anexo 3 – Plano de Ação**). Nesse serão pontuadas as dificuldades para a implantação do *Acolhimento com Identificação de Necessidades* as estratégias de superação dos problemas levantados e o prazo para a realização de uma nova avaliação.

## **8.2. Monitoramento**

O monitoramento pode ser entendido como o acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se esses estão sendo executados conforme preconizado. Além disso, o monitoramento possibilita que os atores envolvidos no processo do acolhimento (usuário, trabalhadores e gestão) possam identificar pontos de fragilidade que merecerão a adoção de medidas ou intervenções necessárias a sua melhoria.

A CGAB propõe o monitoramento sistemático das ações do processo de acolhimento implantado. Esse acompanhamento será realizado pelas Gerências Distritais, com periodicidade quadrimestral, através do preenchimento da Ficha de Monitoramento e Avaliação das Unidades Acolhedoras (**Anexo 4**).

Durante o monitoramento, caso haja alguma dificuldade para o cumprimento dos critérios estabelecidos, a US terá o prazo de 60 dias para se readequar e manter a sua certificação de Unidade de Saúde Acolhedora.

Após a consolidação dos dados obtidos no monitoramento, as Gerências Distritais deverão enviar relatório à CGAB, responsável pela atualização do Portal de Gestão e envio dos resultados alcançados aos atores envolvidos no processo de acolhimento.

## **9. Fluxogramas de Apoio à Tomada de Decisão no *Acolhimento com Identificação de Necessidades***

A seguir serão apresentados alguns fluxogramas que poderão ser utilizados como apoio à tomada de decisão no *Acolhimento com Identificação de Necessidades*. É importante ressaltar que deve ser considerada a situação clínica do usuário e a avaliação de suas vulnerabilidades na tomada de decisão para a escolha da melhor oferta de cuidado a ser disponibilizada.

**Fluxogramas específicos Adulto**

**Fluxogramas específicos Criança**

**Fluxogramas gerais de Lesões de Pele e de Dor Ocular**

**Fluxograma de Acolhimento em Saúde Bucal**

**Fluxogramas de Suspeita de Violência**

**Rede Intersetorial de Cuidado e Proteção**

## 9.1. FLUXOGRAMAS ESPECÍFICOS DE ADULTOS

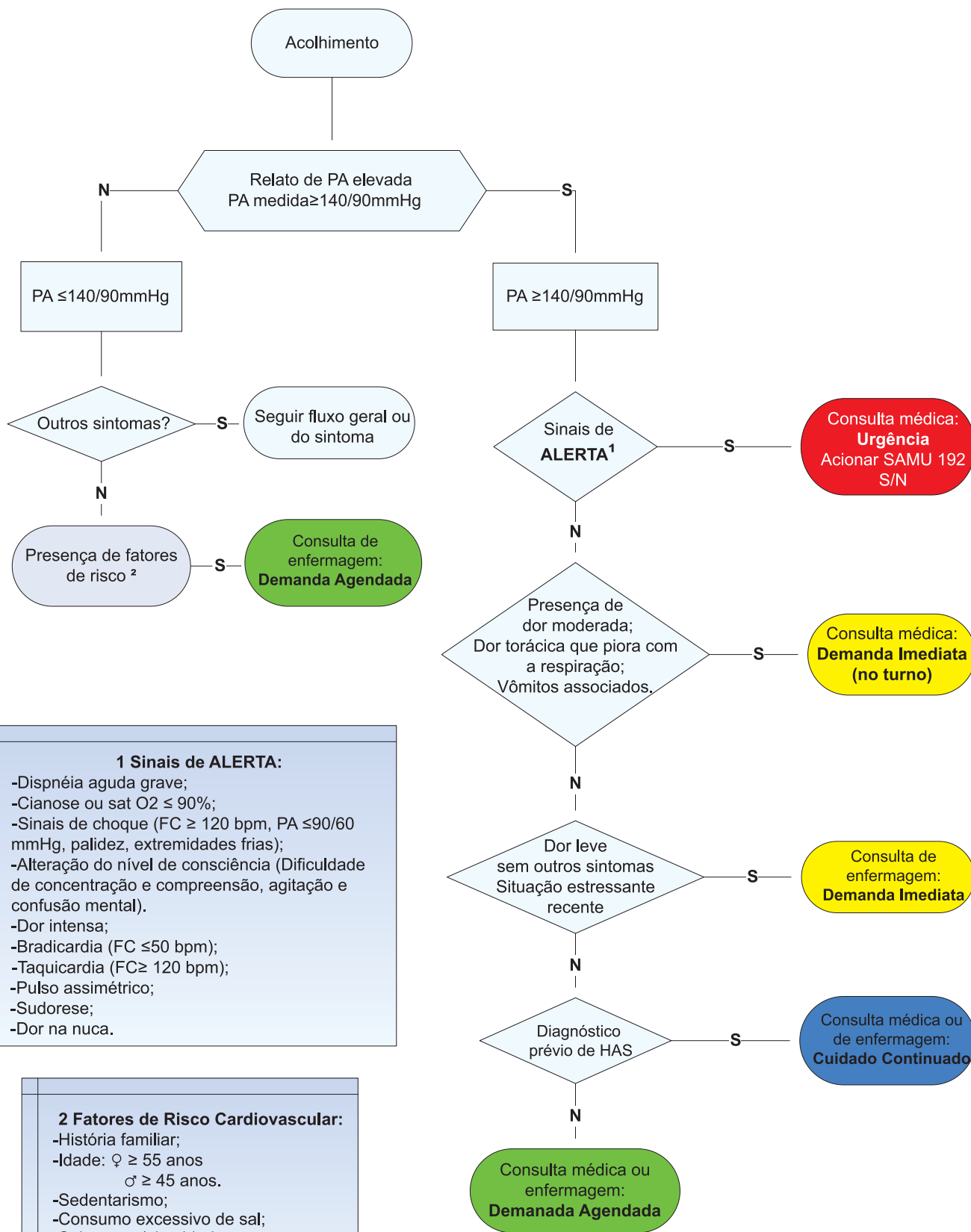
- Alteração de Pressão Arterial;
- Diabete Mellitus ou suspeita de D.M.;
- Cefaléia;
- Sintomático Respiratório ou suspeita de Tuberculose;
- Dispnéia;
- Dor Torácica Aguda;
- Lombalgia;
- Dor Abdominal;
- Dor em Baixo Ventre;
- Corrimento Vaginal;
- Lesão Genital / Corrimento uretral;
- Disúria;
- Sofrimento Mental Agudo;
- Caso suspeito de Dengue;
- Caso suspeito de Febre Chikungunya;
- Caso suspeito de Ebola.





### 9.1.1. Alteração de Pressão Arterial

#### Fluxograma de Alteração de Pressão Arterial



**1 Sinais de ALERTA:**

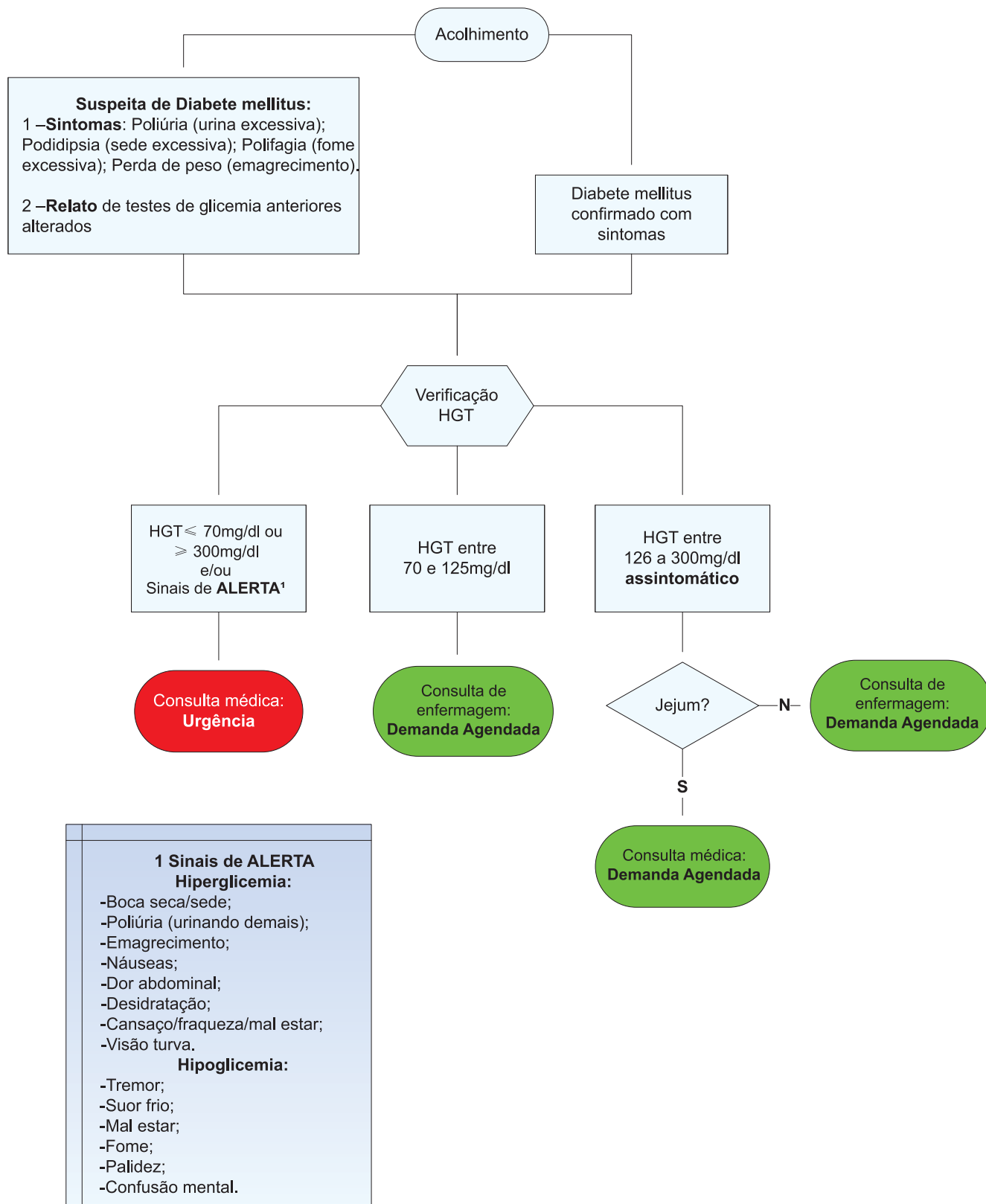
- Dispneia aguda grave;
- Cianose ou sat O<sub>2</sub> ≤ 90%;
- Sinais de choque (FC ≥ 120 bpm, PA ≤ 90/60 mmHg, palidez, extremidades frias);
- Alteração do nível de consciência (Dificuldade de concentração e compreensão, agitação e confusão mental).
- Dor intensa;
- Bradycardia (FC ≤ 50 bpm);
- Taquicardia (FC ≥ 120 bpm);
- Pulso assimétrico;
- Sudorese;
- Dor na nuca.

**2 Fatores de Risco Cardiovascular:**

- História familiar;
- Idade: ♀ ≥ 55 anos  
♂ ≥ 45 anos.
- Sedentarismo;
- Consumo excessivo de sal;
- Sobrepeso/obesidade;
- Consumo de bebida alcoólica;
- Tabagismo.

## 9.1.2. Diabete Mellitus (DM) ou Suspeita DM

### Fluxograma de Diabete Mellitus ou Suspeita de DM

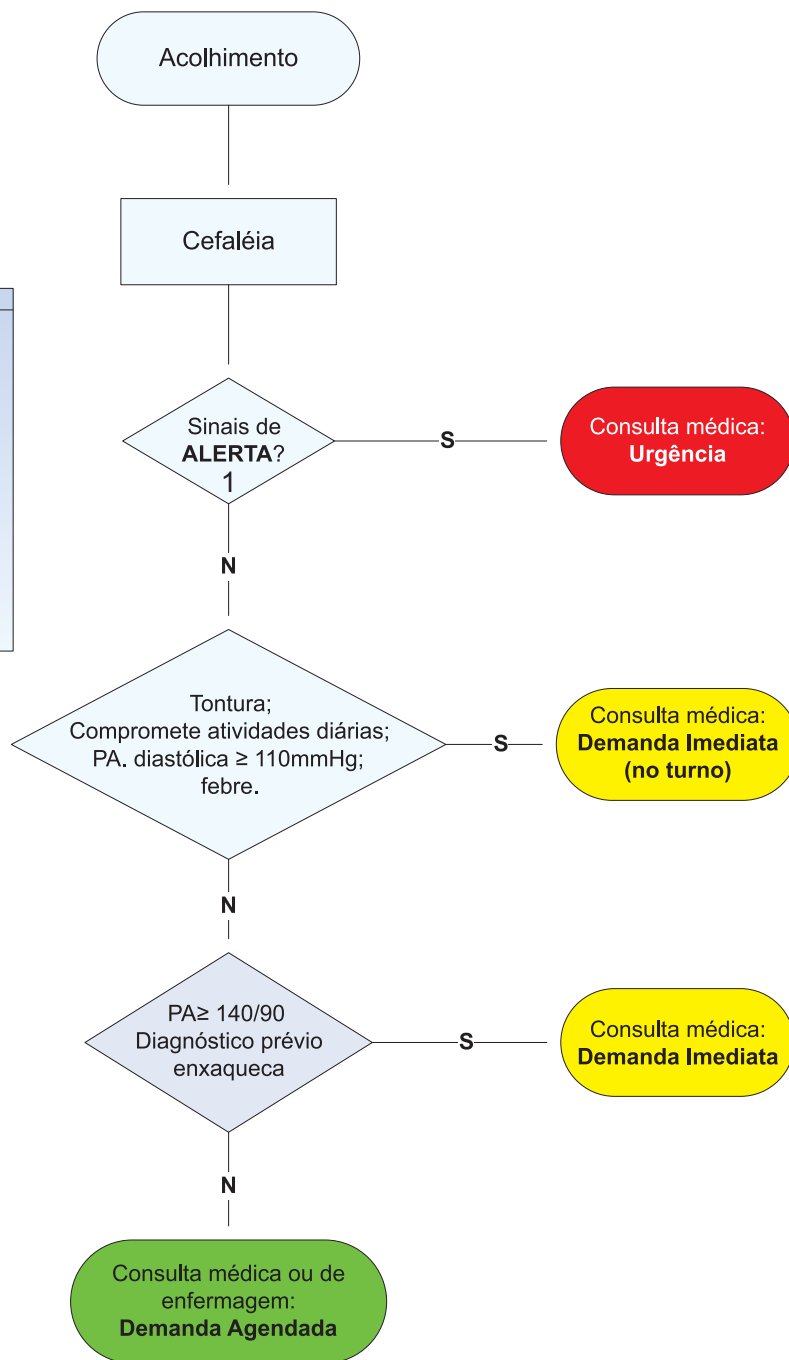


### 9.1.3. Cefaléia

#### Fluxograma de Cefaléia

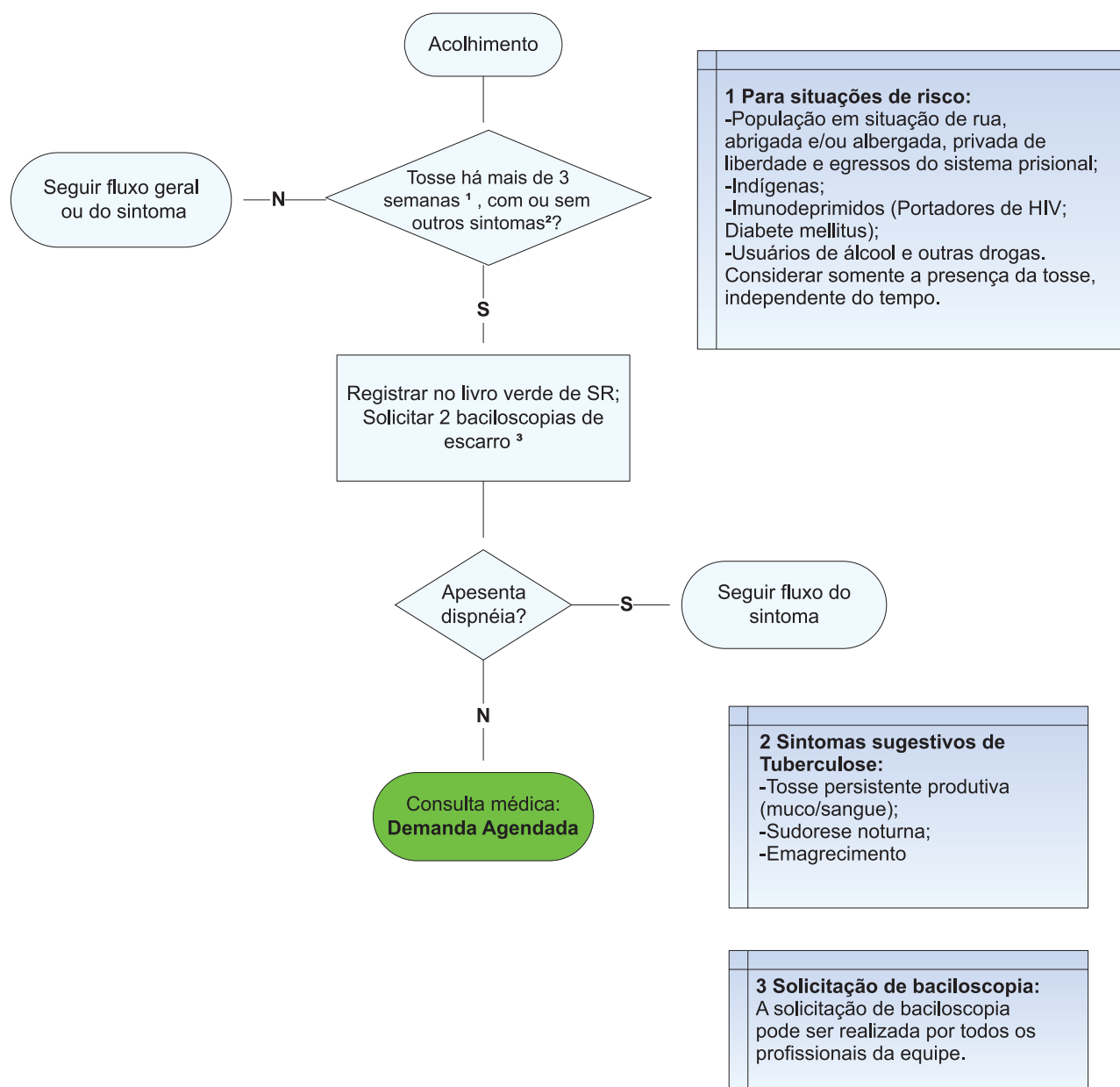
**1 Sinais de ALERTA:**

- Alteração de consciência;
- Dor forte com início abrupto;
- Febre, rigidez nuca, convulsões;
- Início após 50 anos de idade;
- Vômitos;
- Aumento de frequência e intensidade da dor;
- Sinais neurológicos focais (escotomas Cintilantes – estrelinhas brilhantes, escurecimento da visão, entre outros).



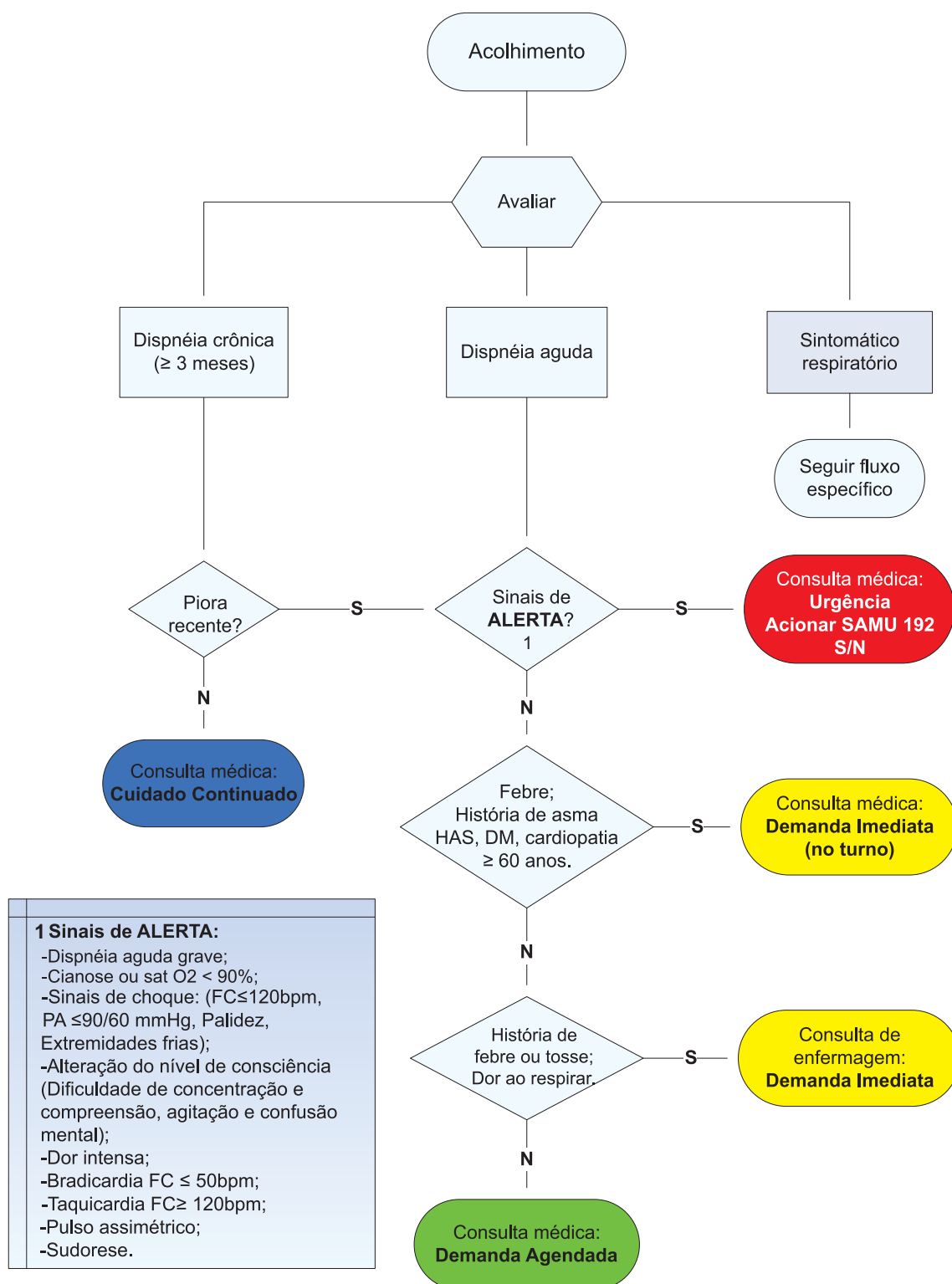
#### 9.1.4. Sintomático Respiratório/ Suspeita de Tuberculose

### Fluxograma de Sintomático Respiratório (SR)/Suspeita de Tuberculose



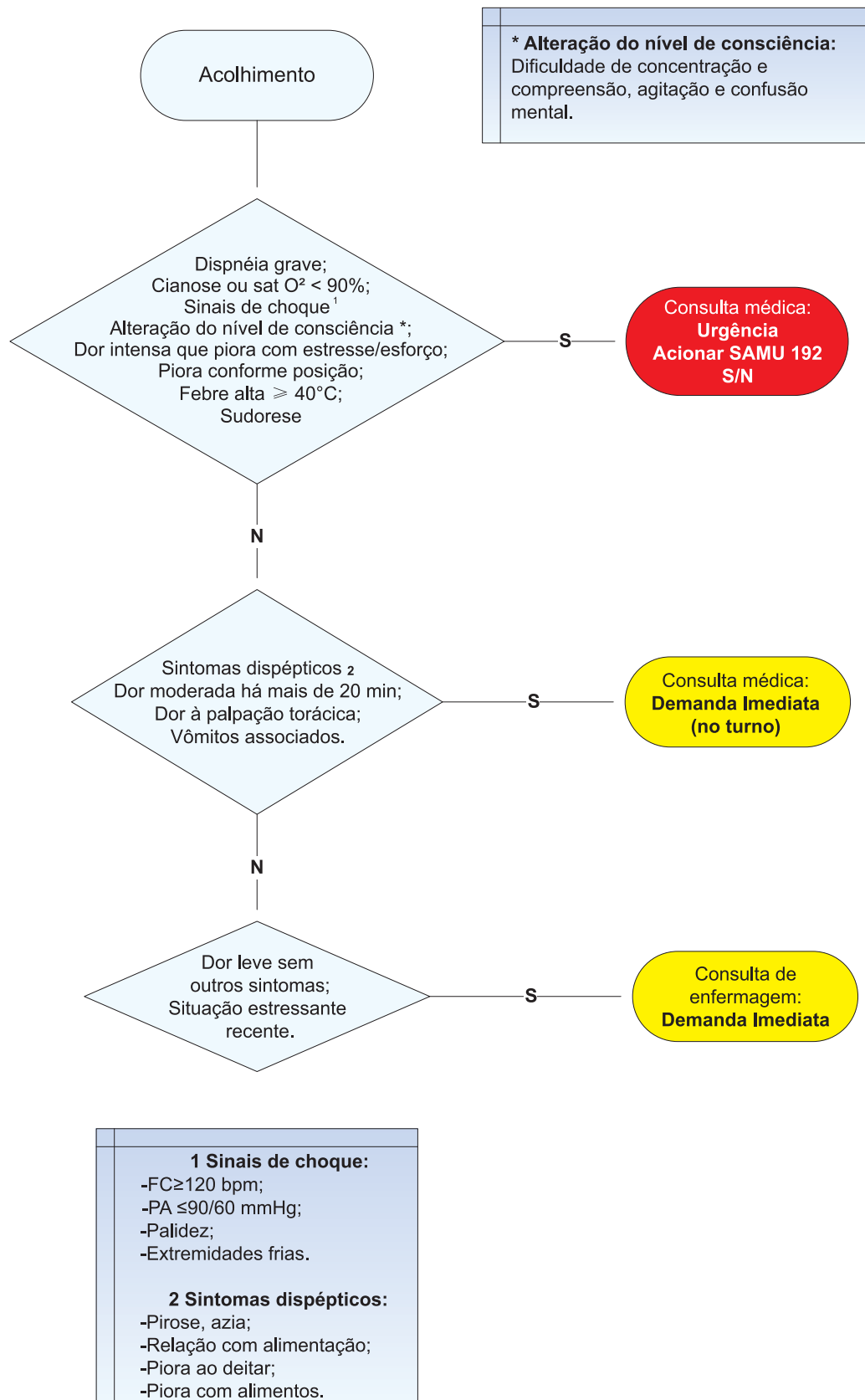
## 9.1.5. Dispnéia

### Fluxograma de Dispnéia



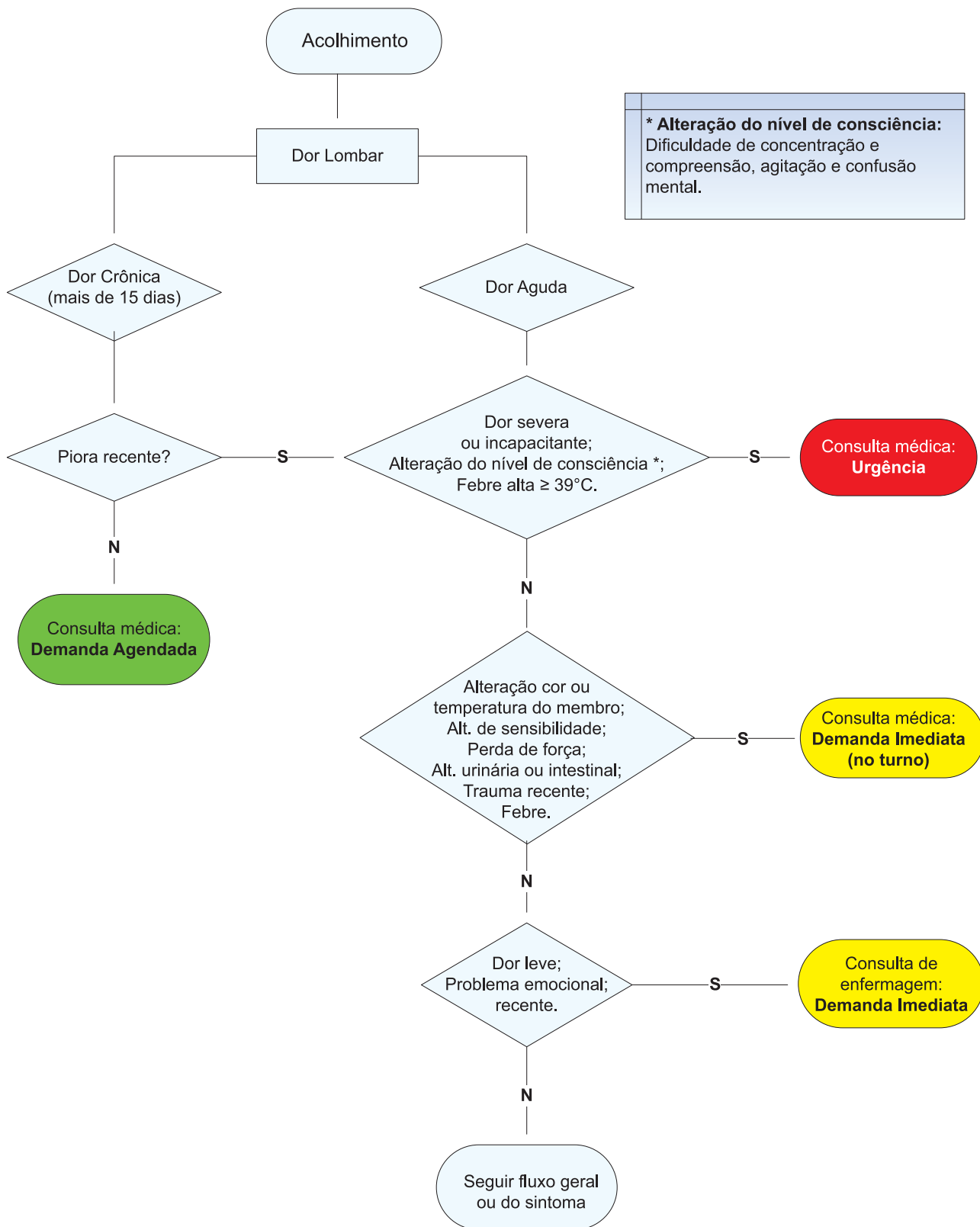
## 9.1.6. Dor Torácica Aguda

### Fluxograma de Dor Torácica Aguda



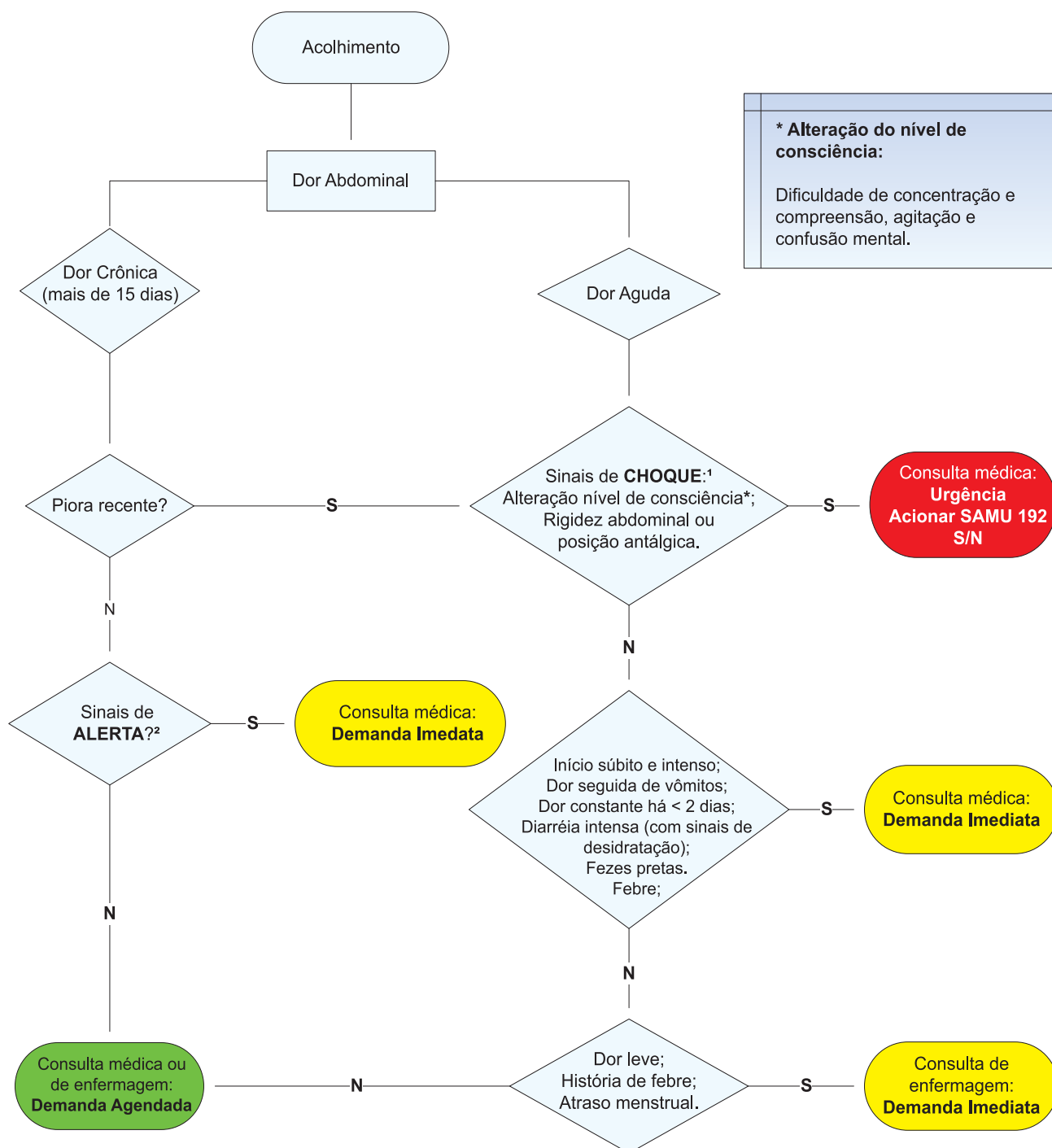
### 9.1.7. Lombalgia

## Fluxograma de Lombalgia



## 9.1.8. Dor Abdominal

### Fluxograma de Dor Abdominal



**\* Alteração do nível de consciência:**

Dificuldade de concentração e compreensão, agitação e confusão mental.

**1 Sinais de CHOQUE**

- Sudorese;
- Taquicardia (FC  $\geq$  120bpm);
- Palidez;
- Hipotensão (PA < 90/60 mmHg);
- Extremidades frias;
- Pulso rápido e fino.

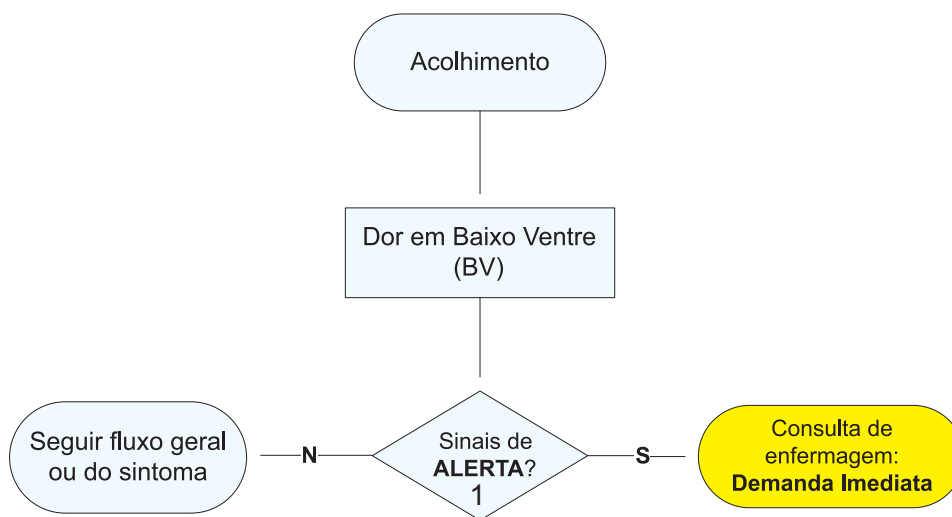
**2 Sinais de ALERTA**

- Emagrecimento;
- Sangramento digestivo;
- Inapetência;
- Alteração do hábito intestinal;
- Distensão abdominal;
- Fezes escurecidas.



### 9.1.9. Dor em Baixo Ventre

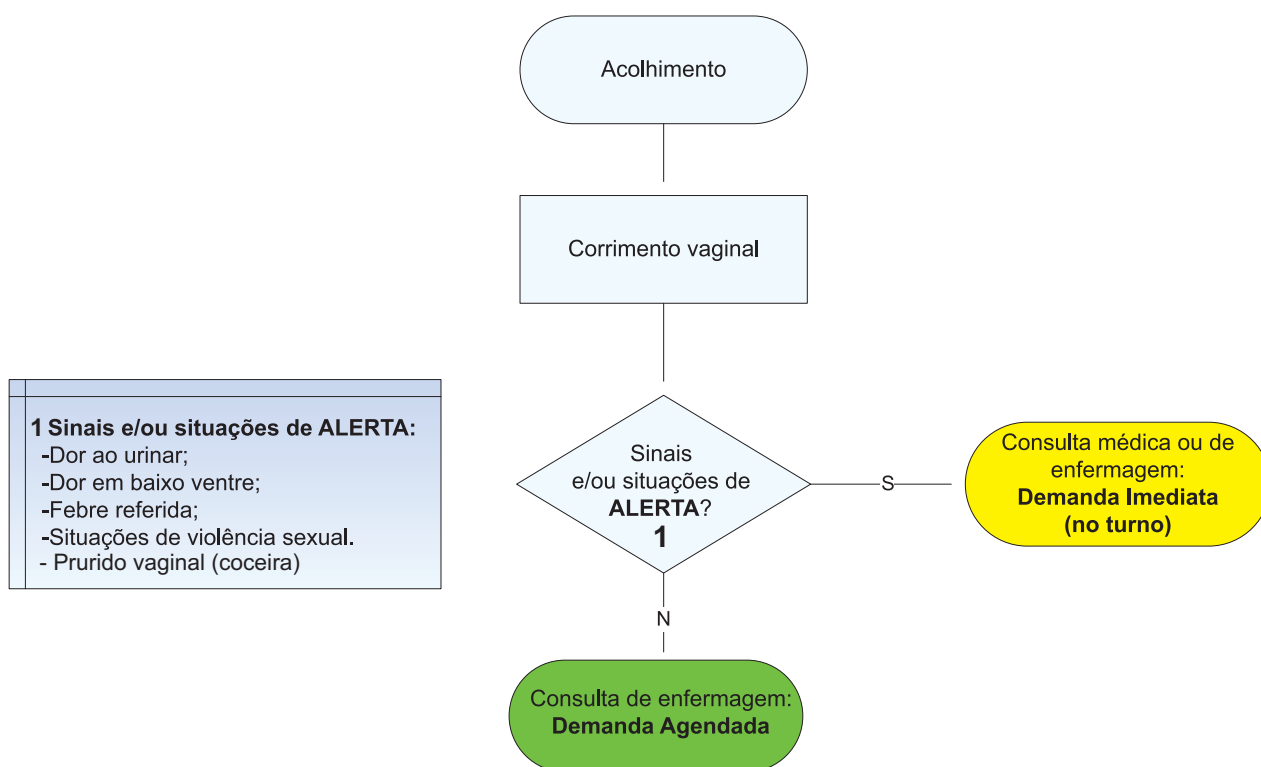
#### Fluxograma de Dor em Baixo Ventre



<p><b>1 Sinais e situações de ALERTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-1º episódio de dor em BV;</li><li>-Gestação;</li><li>-Atraso menstrual;</li><li>-Febre;</li><li>-Desmaio;</li><li>-Dor ao urinar;</li><li>-Náuseas/vômitos;</li><li>-Corrimento vaginal;</li><li>-Sangramento;</li><li>-Situação de violência sexual.</li></ul>
--

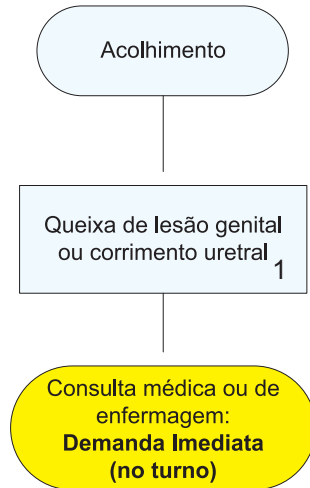
### 9.1.10. Corrimento Vaginal

#### Fluxograma de Corrimento Vaginal



### 9.1.11. Lesão Genital / Corrimento Uretral

#### Fluxograma de Lesão Genital / Corrimento Uretral

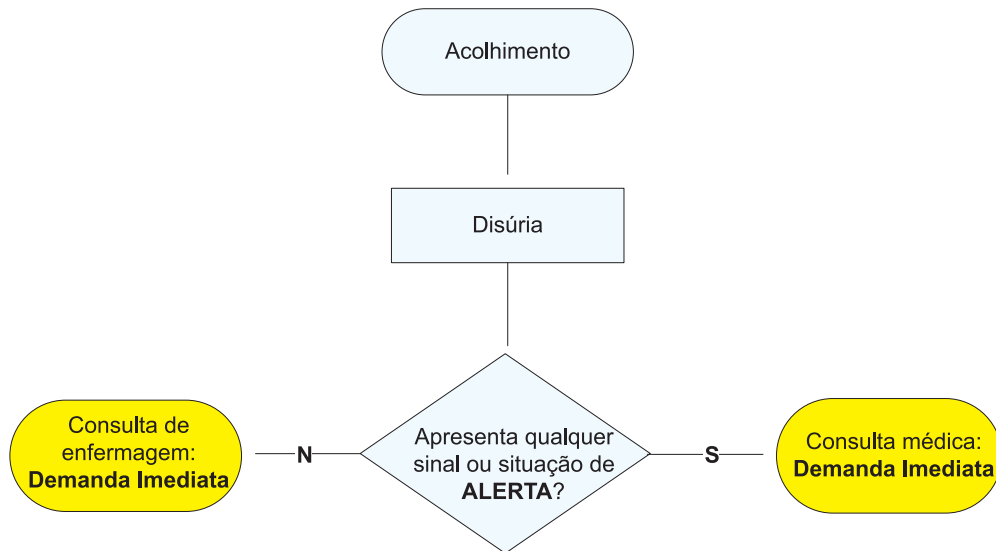


#### **1 Sinais e sintomas de lesão genital:**

- Verruga(s);
- Vesículas agrupadas que ulceram e evoluem com crostas;
- Úlceras;
- Linfonodos na virilha (íngua);
- Dor durante a relação sexual;
- Coceira;
- Corrimento purulento (vaginal ou uretral).

## 9.1.12. Disúria

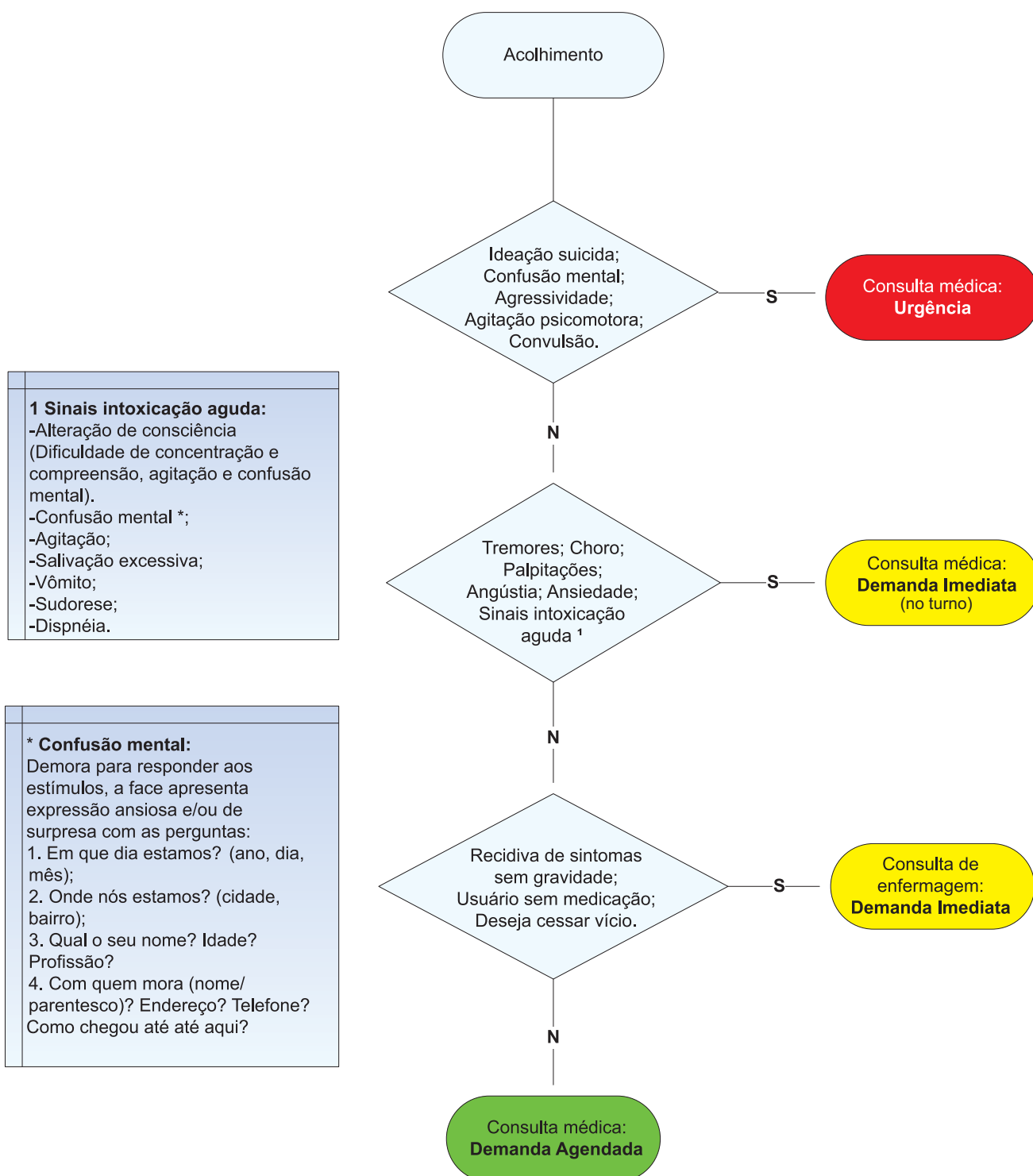
### Fluxograma de Disúria



<p><b>Sinais e situações de ALERTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Febre <math>\geq 37,8^{\circ}\text{C}</math>;</li><li>-Náuseas/vômitos;</li><li>-Dor intensa ao urinar;</li><li>-Dor lombar;</li><li>-Gestante;</li><li>-Situações de violência sexual.</li></ul>
--

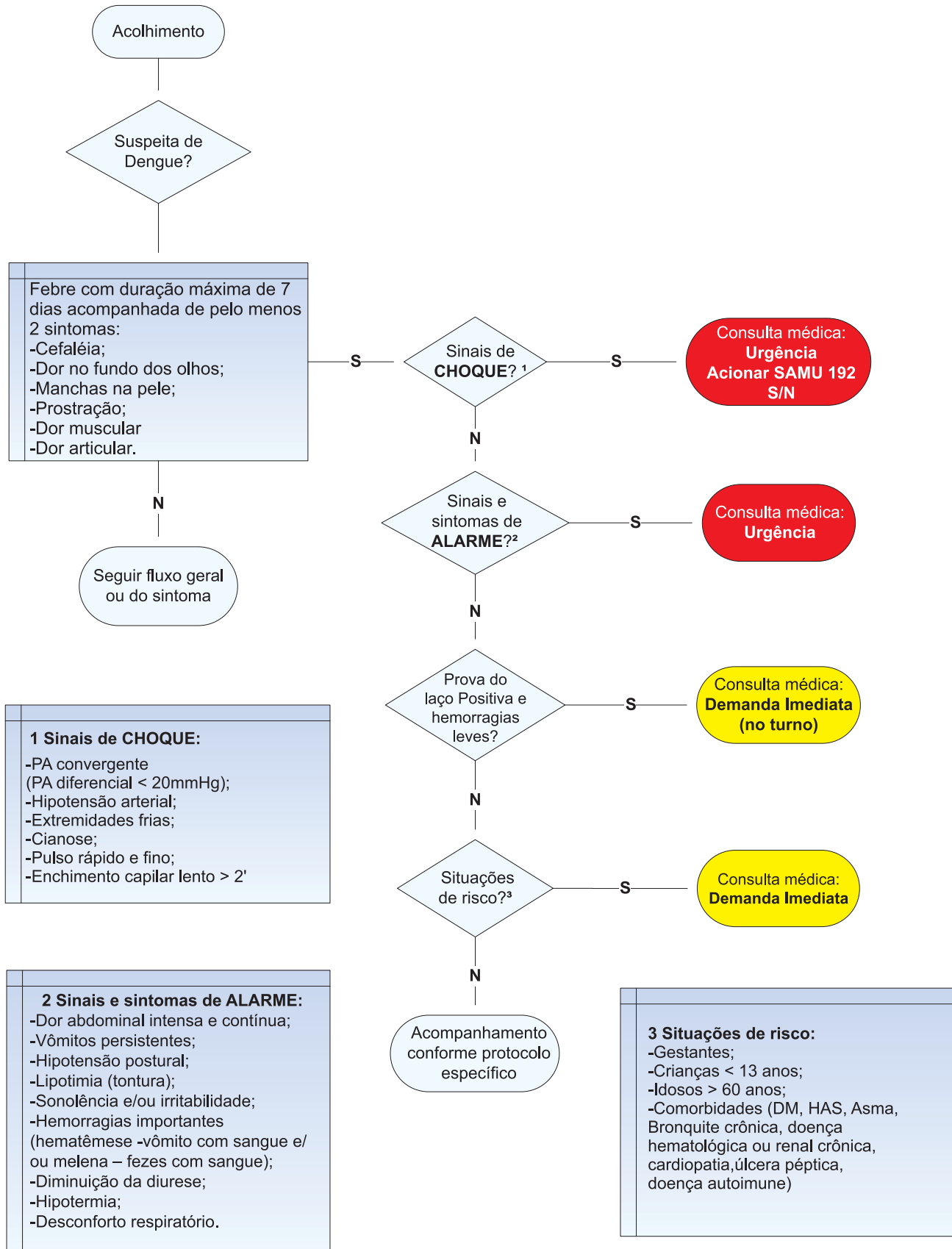
### 9.1.13. Sofrimento Mental Agudo

## Fluxograma de Sofrimento Mental Agudo



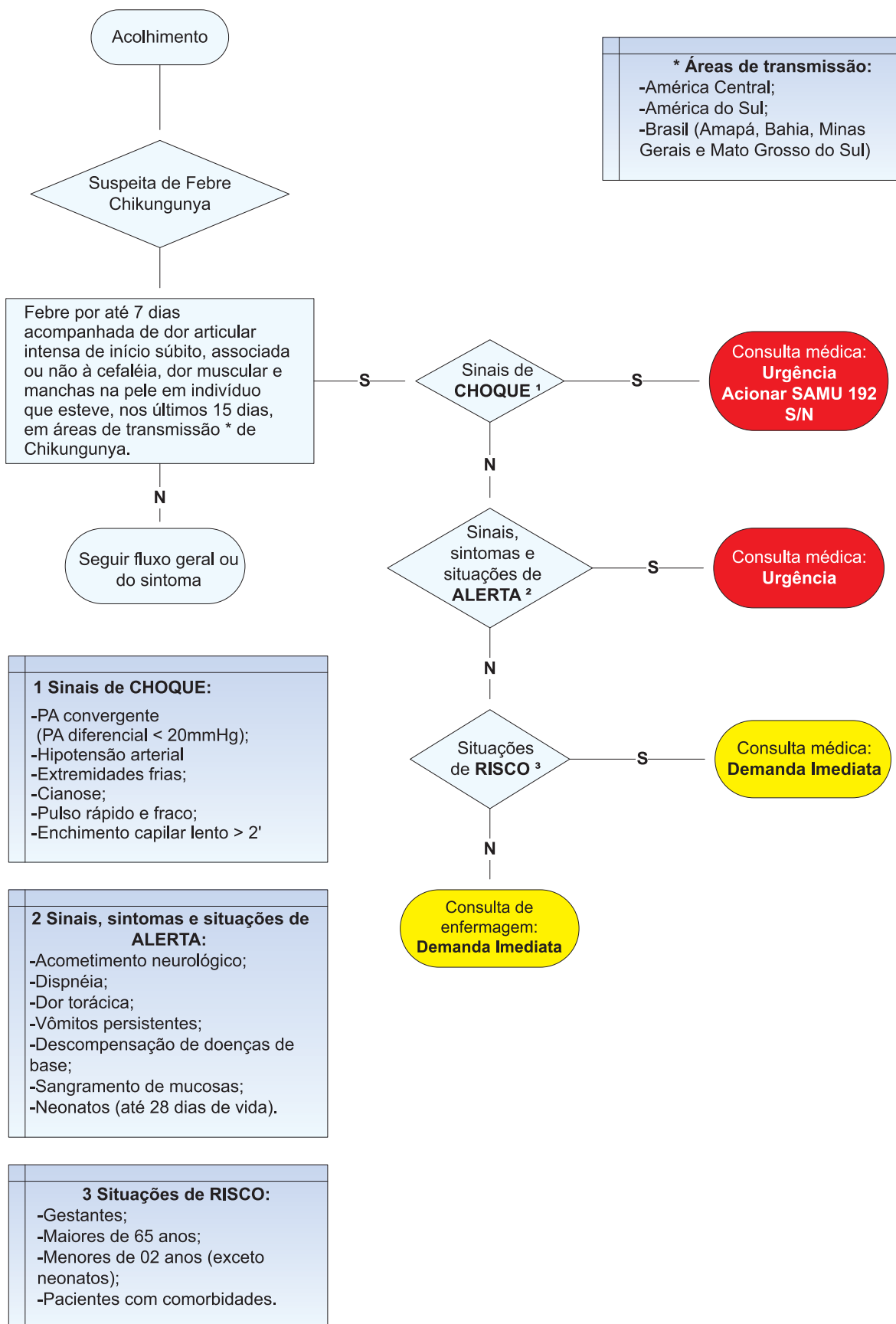
## 9.1.14. Dengue

### Fluxograma de Caso Suspeito de Dengue



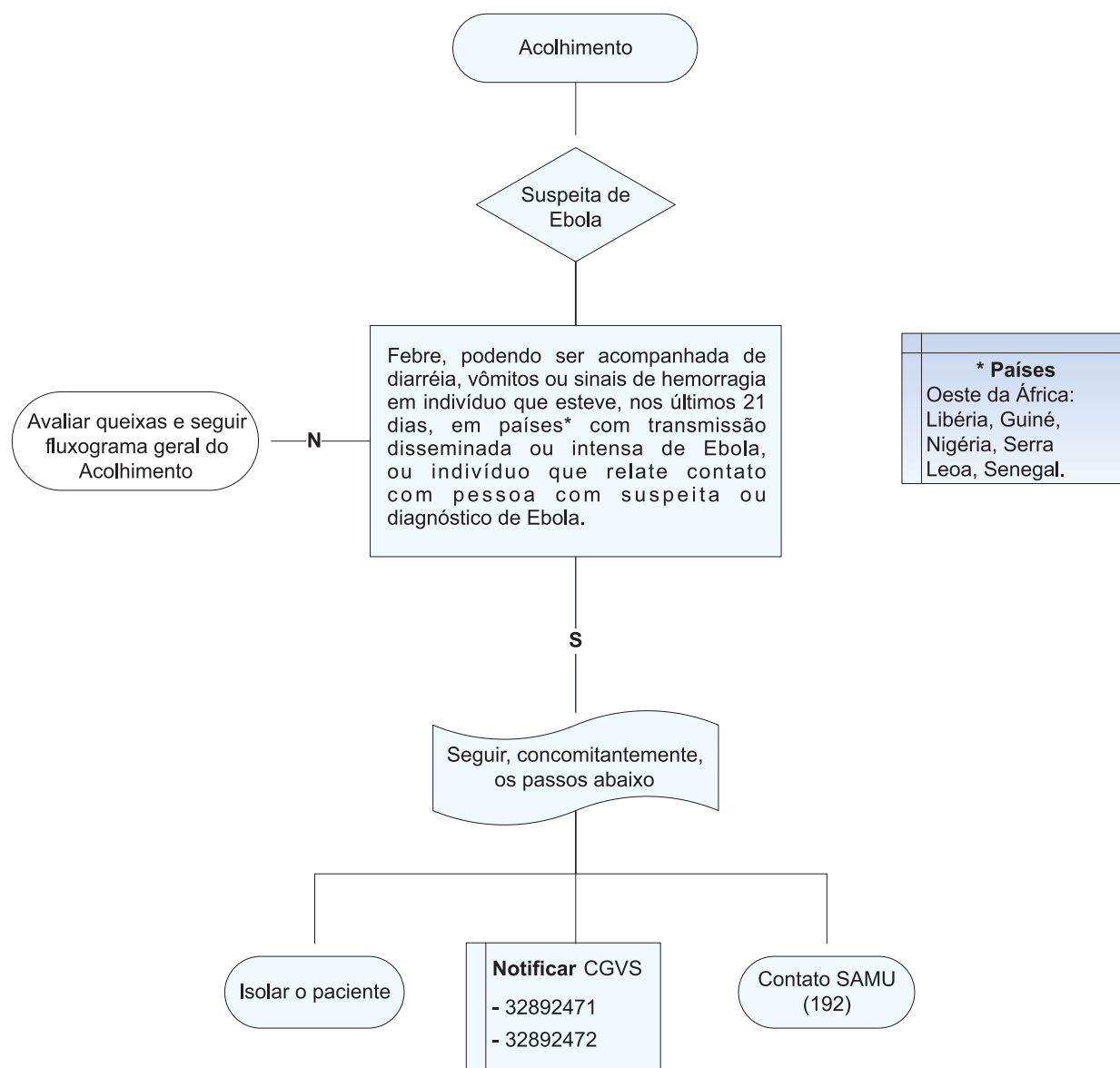
## 9.1.15. Chikungunya

### Fluxograma de caso suspeito de Febre Chikungunya



## 9.1.16. Ebola

### Fluxograma de Caso Suspeito de Ebola





## 9.2. FLUXOGRAMAS ESPECÍFICOS CRIANÇAS

- Criança menor de 1 ano;
- Febre referida;
- Cefaléia;
- Problemas respiratórios Agudos em crianças MENORES de 02 meses;
- Problemas respiratórios Agudos em crianças MAIORES de 02 meses;
- Falta de apetite;
- Dor abdominal;
- Vômitos;
- Diarréia.

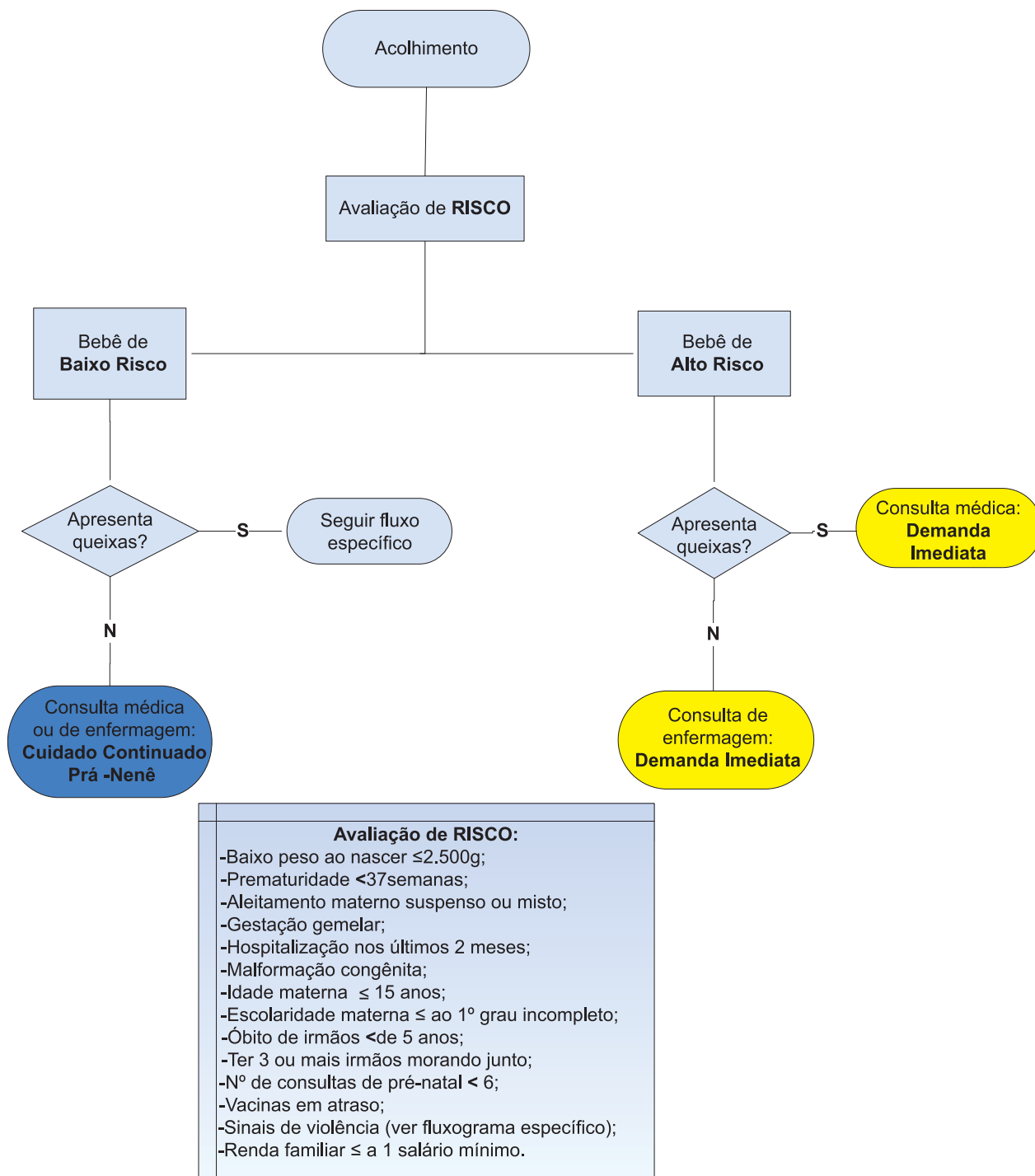


*“Crianças gostam de fazer perguntas sobre tudo. Mas nem todas as respostas cabem num adulto.”*

Arnaldo Antunes

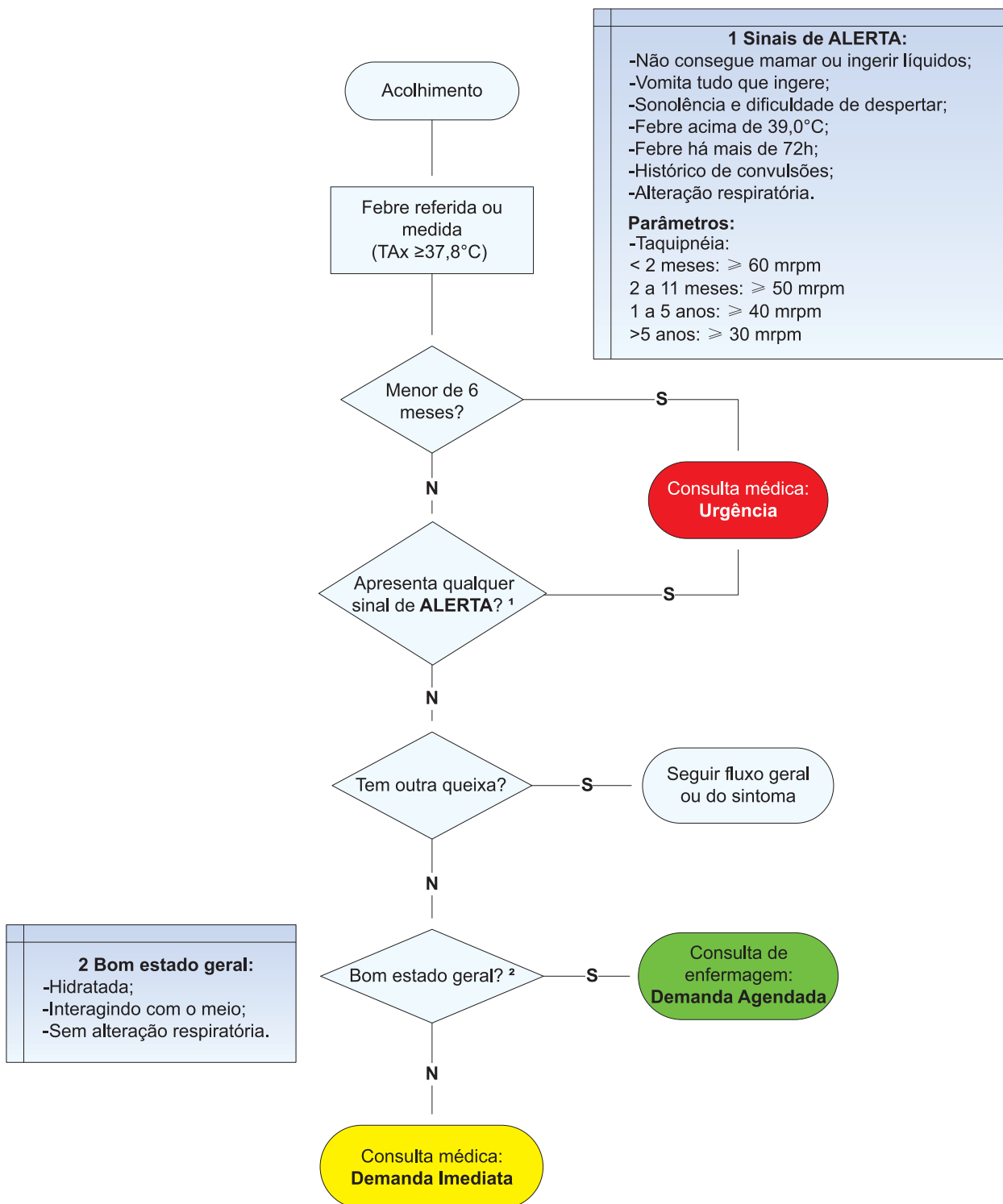
### 9.2.1. Criança menor de 01 ano

## Fluxograma Geral para Atendimento de Crianças MENORES de 1 Ano



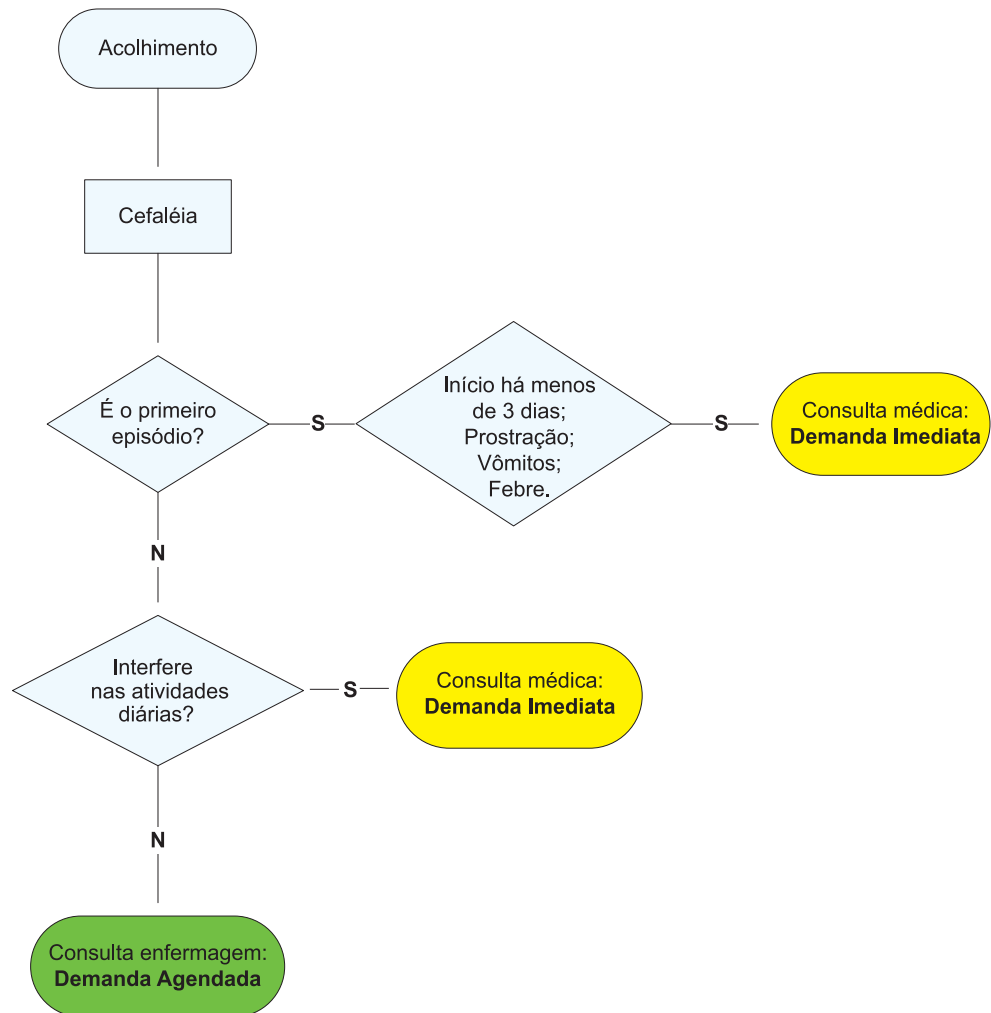
## 9.2.2. Febre Referida em Crianças

### Fluxograma de Febre Referida em Crianças



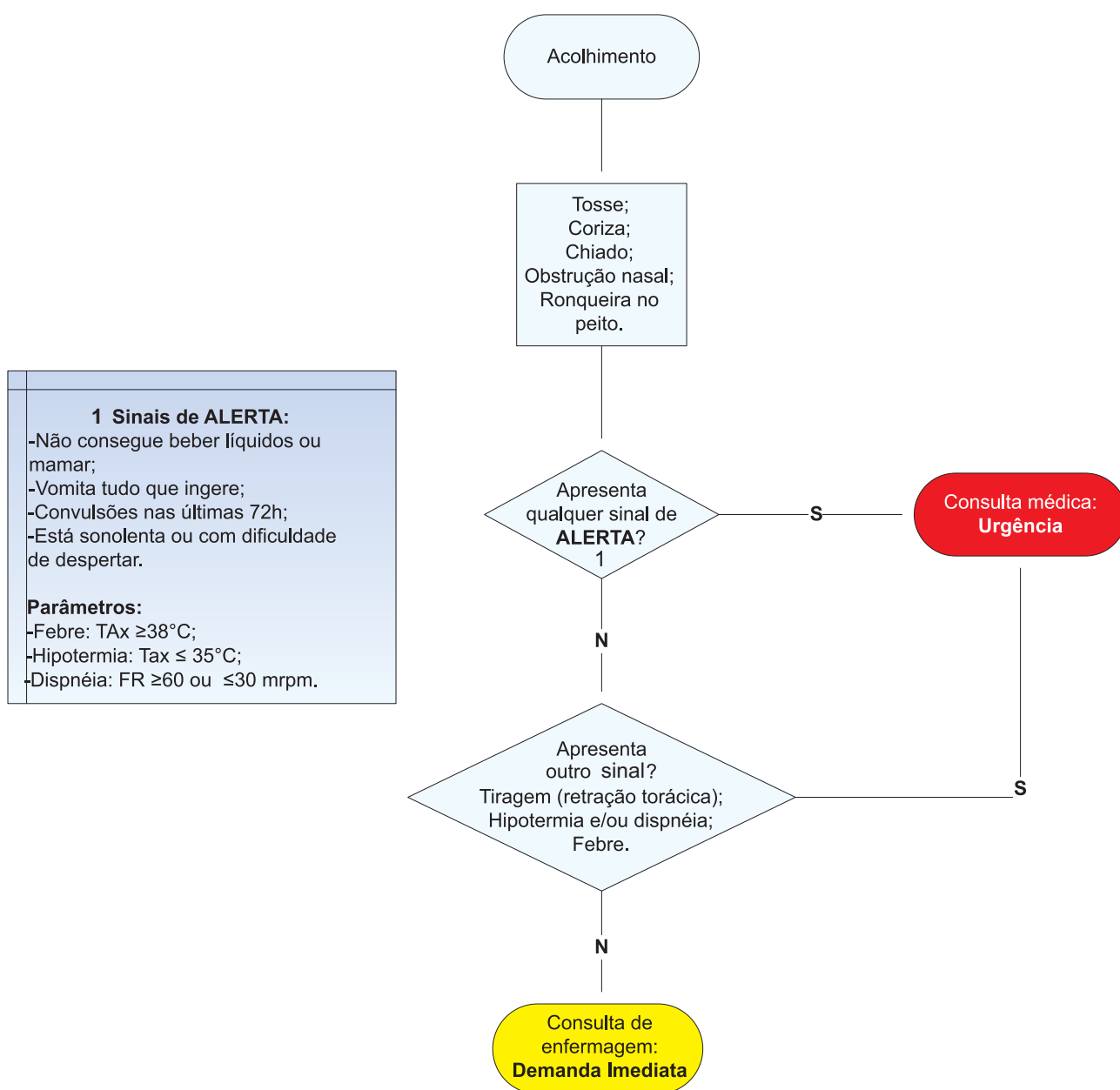
### 9.2.3. Cefaléia

#### Fluxograma de Cefaléia



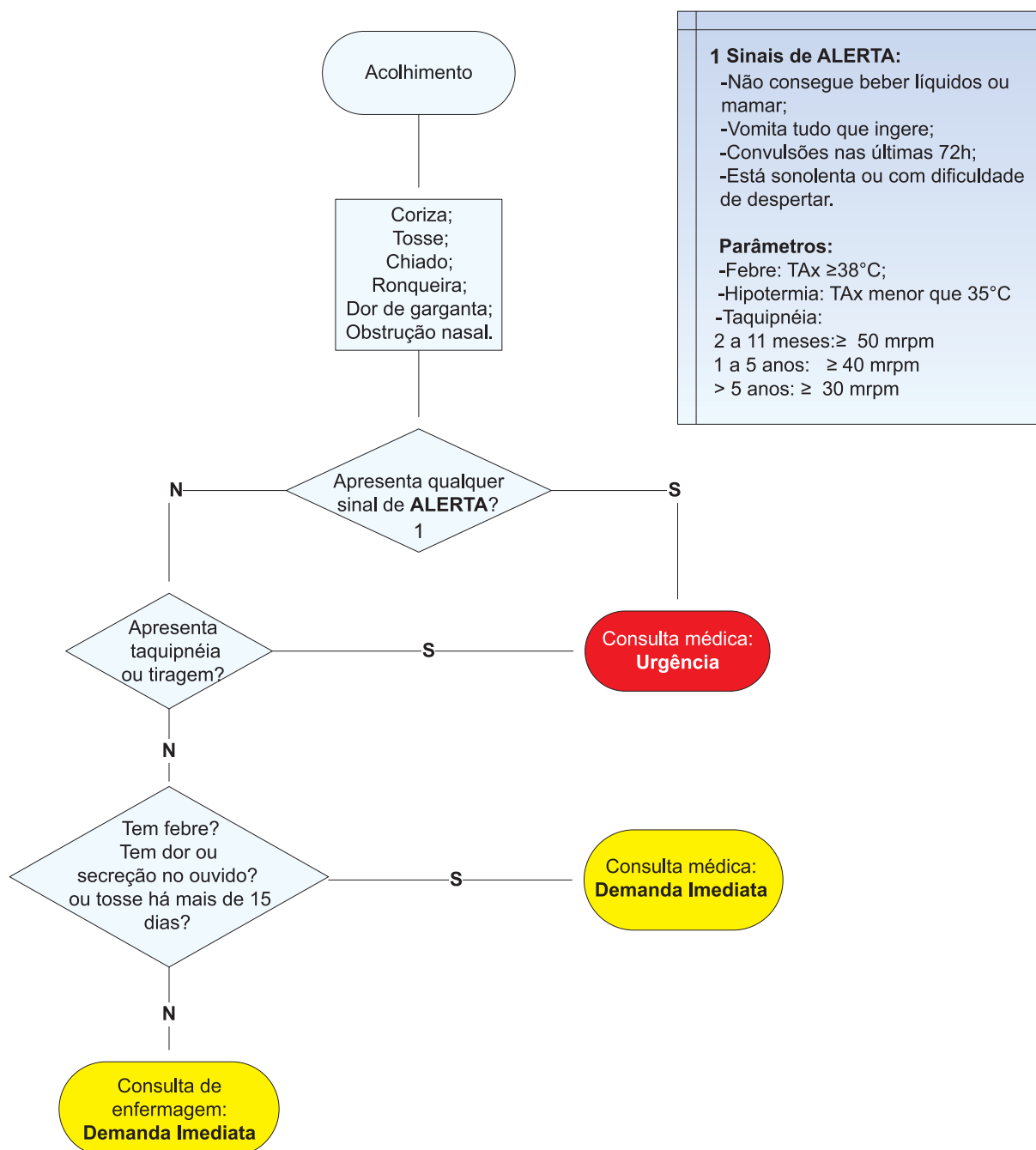
#### 9.2.4. Problemas respiratórios agudos em crianças menores de 02 meses

### Fluxograma de Problemas Respiratórios Agudos em Crianças MENORES de 2 meses



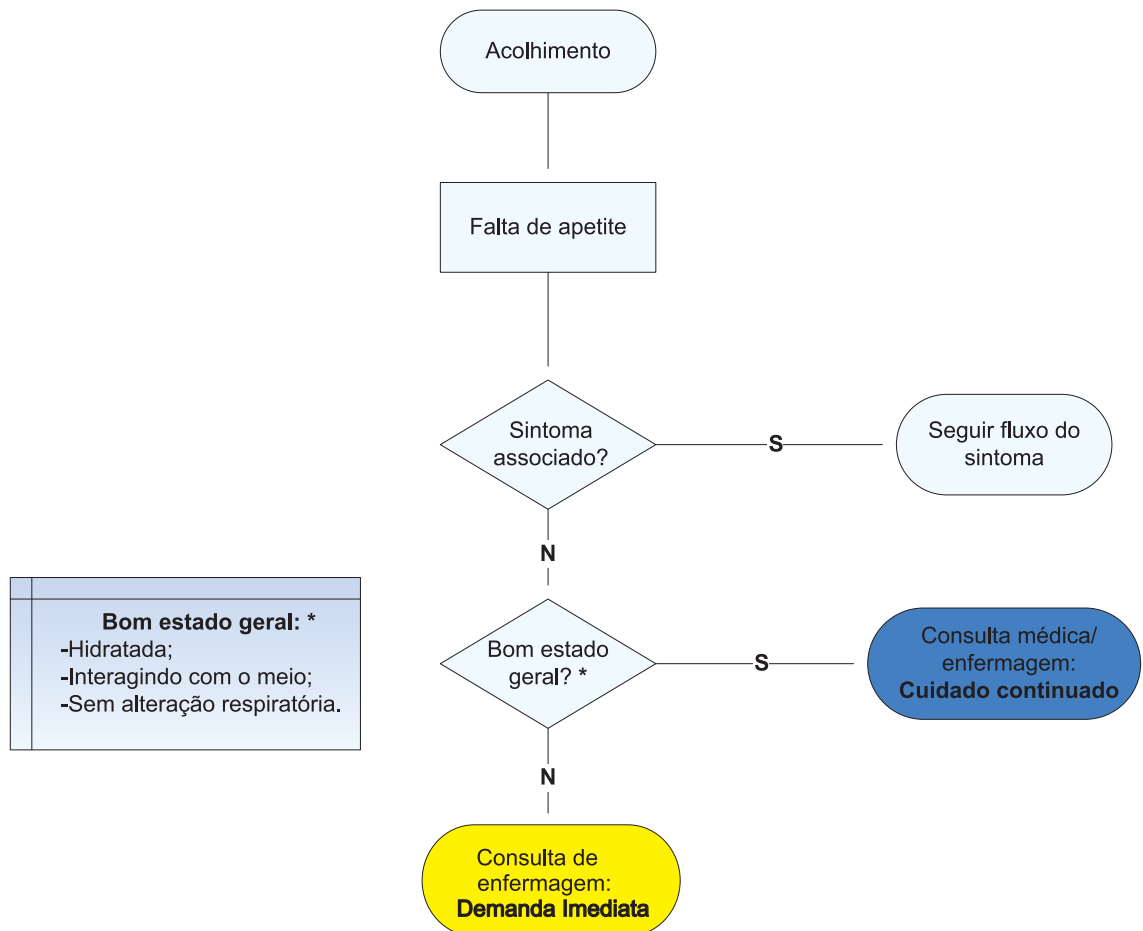
## 9.2.5. Problemas Respiratórios Agudos em crianças maiores de 02 meses

### Fluxograma de Problemas Respiratórios Agudos em Crianças MAIORES de 2 meses



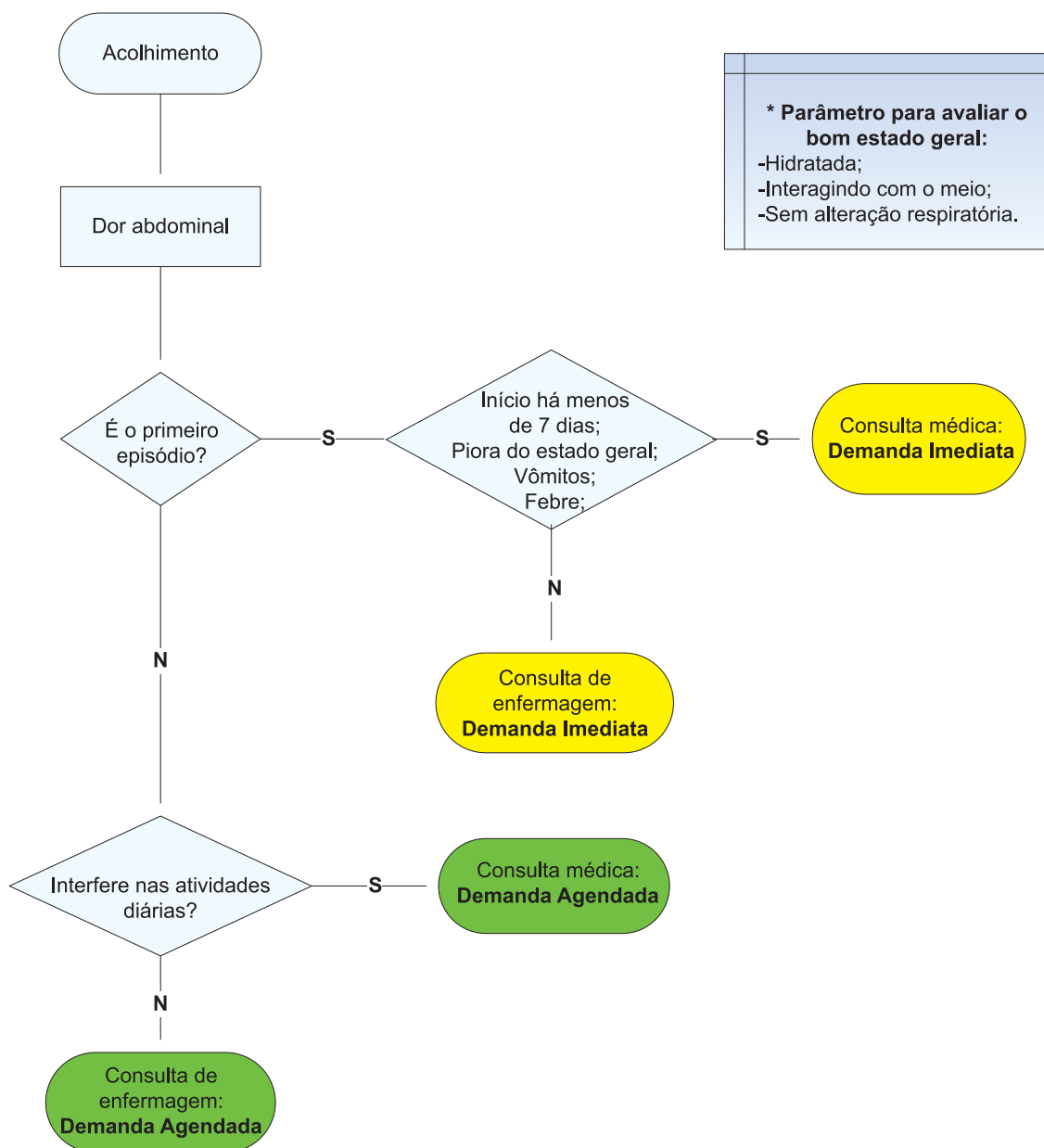
## 9.2.6. Falta de Appetite

### Fluxograma de Falta de Appetite



## 9.2.7. Dor Abdominal

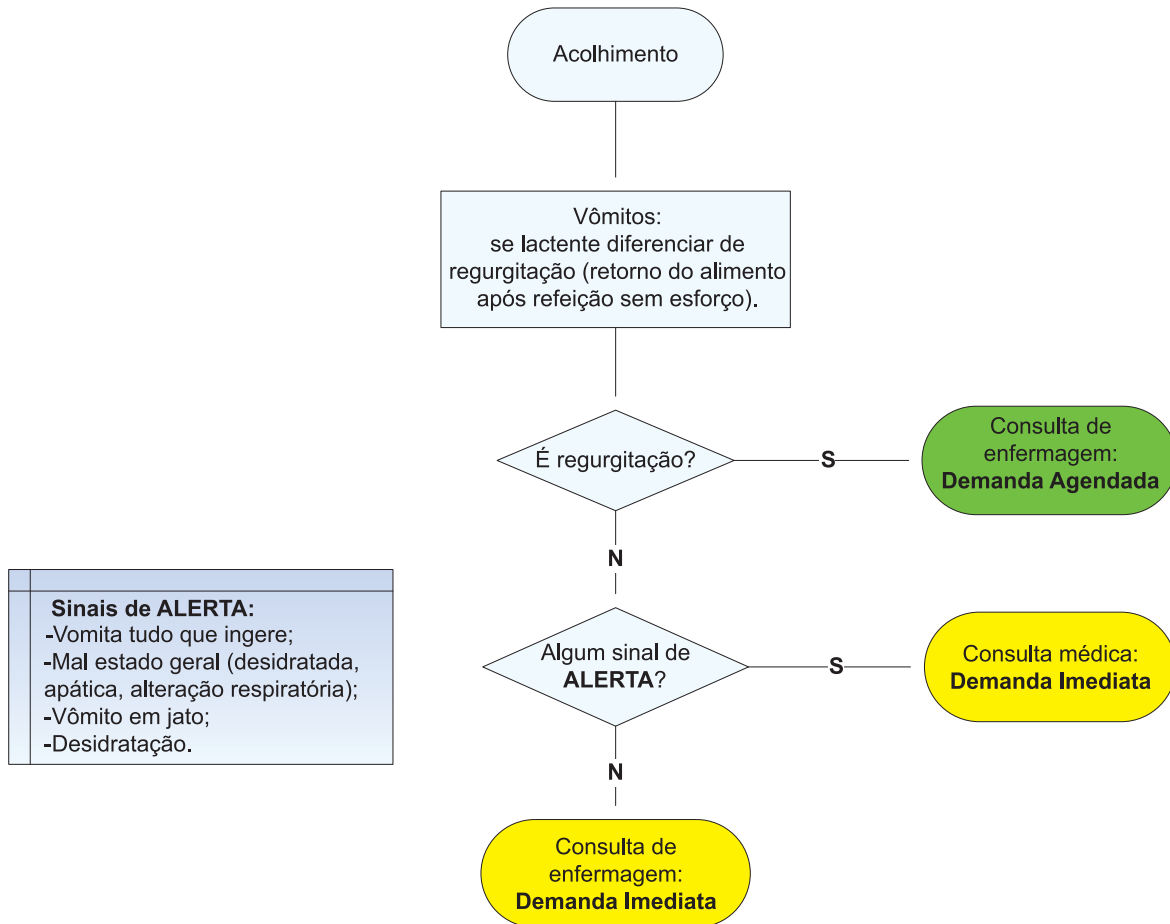
### Fluxograma de Dor Abdominal





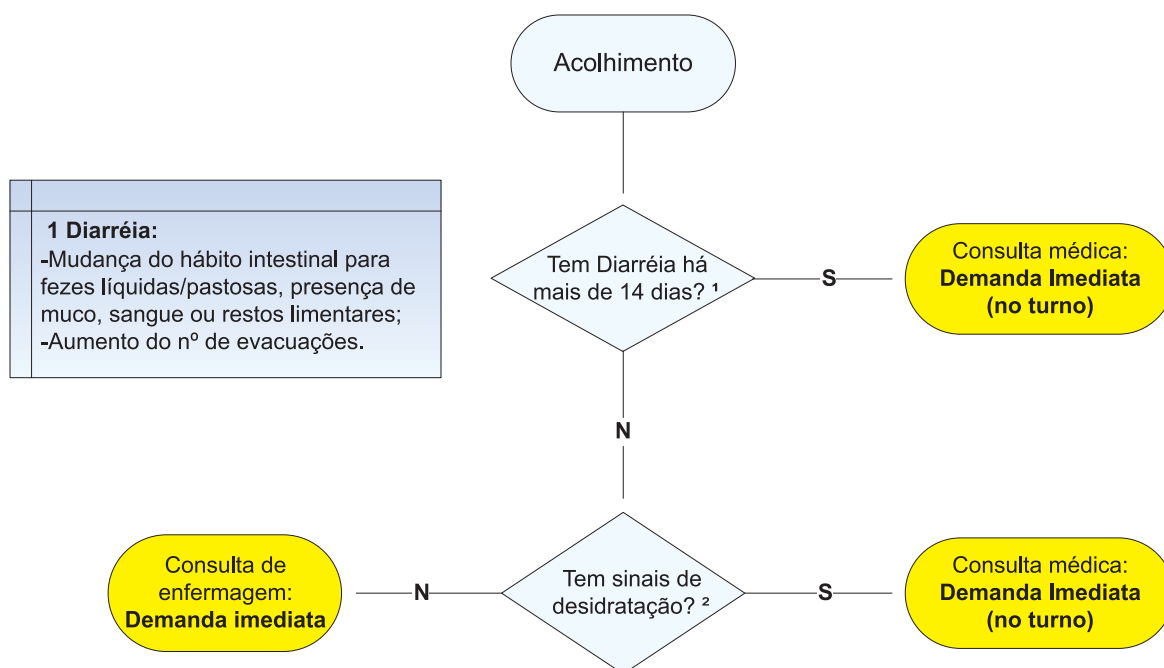
## 9.2.8. Vômito

### Fluxograma de Vômito



## 9.2.9. Diarréia

### Fluxograma de Diarréia



#### 1 Diarréia:

- Mudança do hábito intestinal para fezes líquidas/pastosas, presença de muco, sangue ou restos alimentares;
- Aumento do nº de evacuações.

#### 2 Sinais de Desidratação:

- Olhos fundos e encovados;
- Ausência de lágrimas quando a criança chora;
- Boca e língua secas;
- Irritado e com sede;
- Diminuição da quantidade de urina;
- Afundamento da moleira.

## 9.3. FLUXOGRAMAS GERAIS DE LESÕES DE PELE E DE SECREÇÃO OCULAR, COCEIRA E/OU DOR OCULAR

### 9.3.1. Lesões de Pele

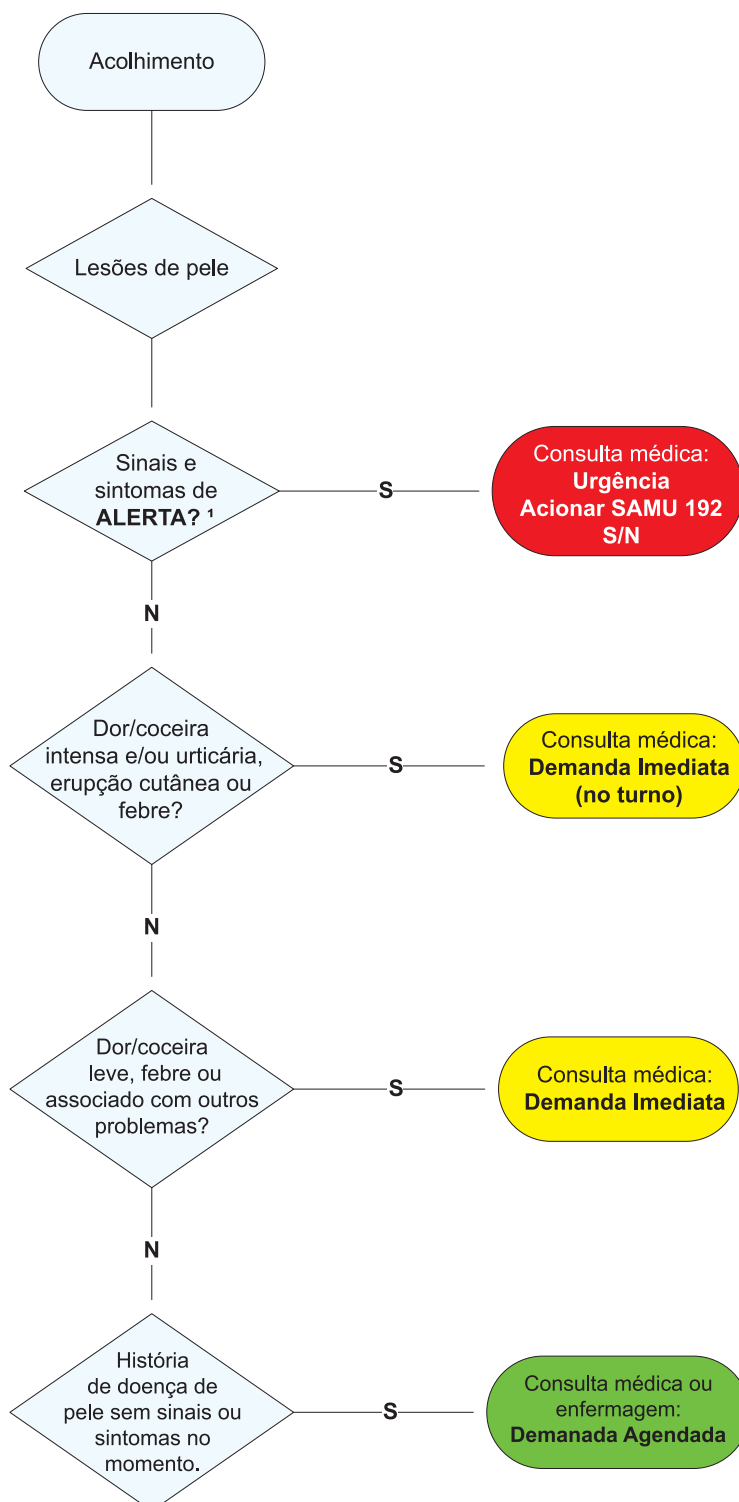
#### Fluxograma Lesões de Pele

**1 Sinais ou sintomas de ALERTA:**

- Comprometimento das vias aéreas;
- Dificuldade respiratória grave;
- Sinais de **CHOQUE\***;
- Alteração do nível de consciência (Dificuldade de concentração e compreensão, agitação e confusão mental);
- Lesões na pele associado a febre.

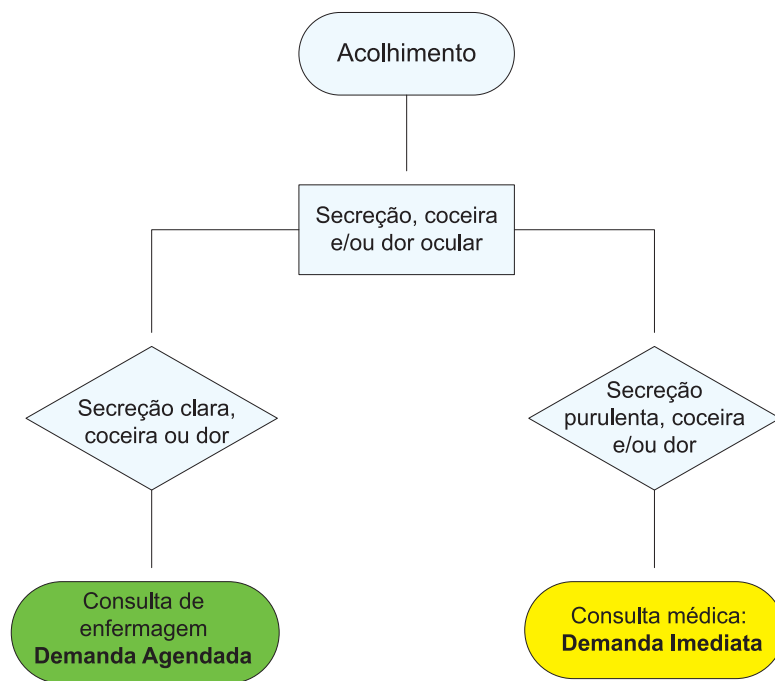
**\* Sinais de CHOQUE:**

- PA convergente (PA diferencial < 20mmHg);
- Hipotensão arterial;
- Extremidades frias;
- Cianose;
- Pulso rápido e fino;
- Enchimento capilar lento > 2'



### 9.3.2. Secreção Ocular, Coceira e/ou Dor Ocular

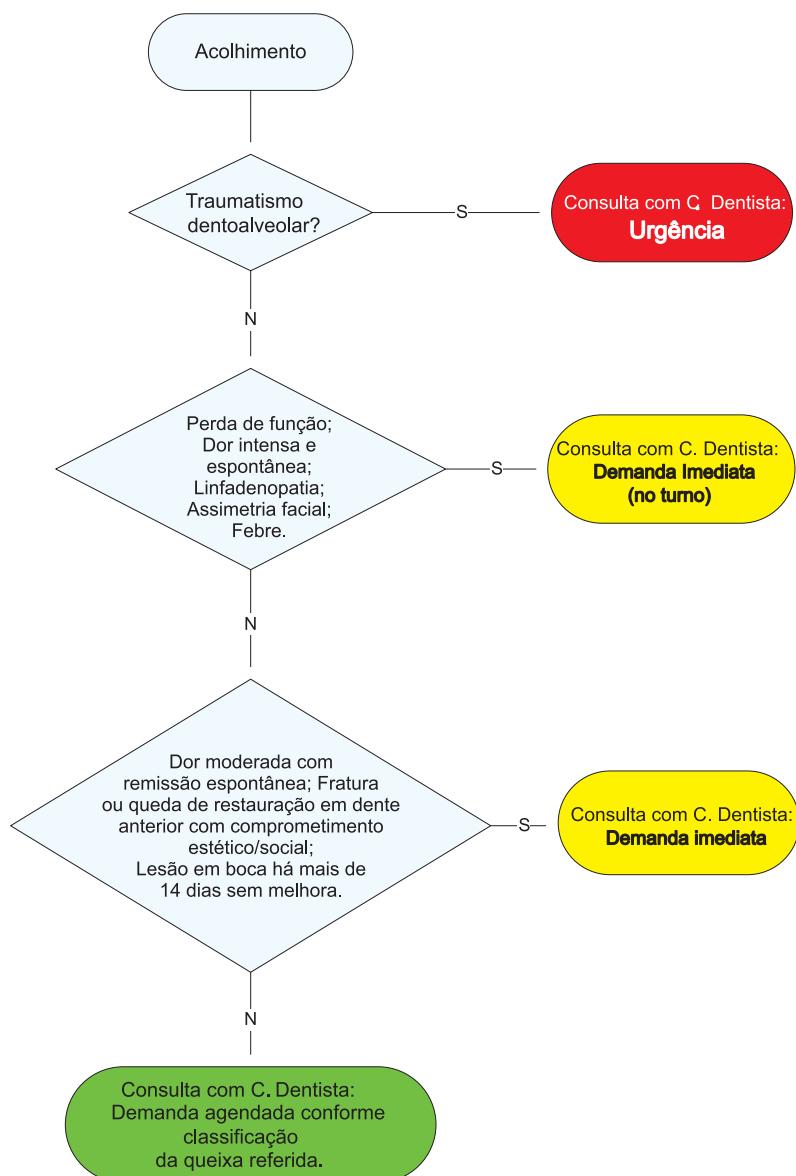
#### Fluxograma de Secreção, Coceira e/ou Dor Ocular



## 9.4. FLUXOGRAMA DE ACOLHIMENTO EM SAÚDE BUCAL

### 9.4.1. Acolhimento em Saúde Bucal

#### Fluxograma de Acolhimento em Saúde Bucal



1	Queixa Referida	Prioridade	Sugestão de Aprazamento de Consulta
	Sem queixas, solicitação de consulta de revisão	Baixa	20 a 30 dias ou Grupo de Saúde Bucal
	Com queixas e sem dor	Média	15 a 20 dias
	Com queixas e com dor leva a moderada	Média a Alta	05 a 10 dias
	Com queixas e com dor intensa	Alta	Agendar em 24h ou Pronto Atendimento

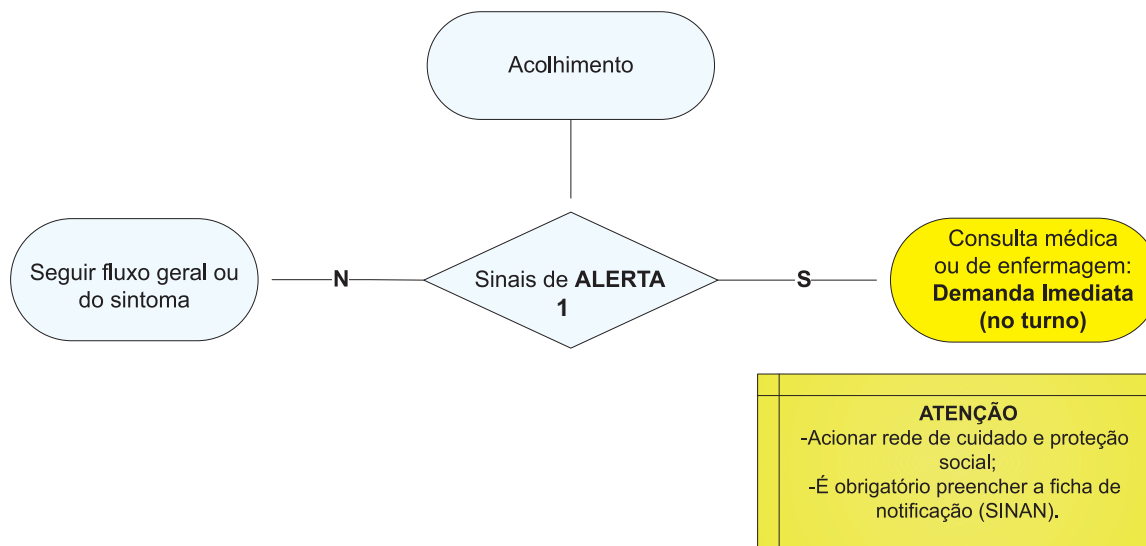
## 9.5. FLUXOGRAMA DE SUSPEITA DE VIOLÊNCIA

- Suspeita de Violência contra Crianças e Adolescentes;
- Suspeita de Violência contra Mulher;
- Suspeita de Violência contra Adulto/ Idoso.



### 9.5.1. Suspeita de Violência contra Criança e Adolescente

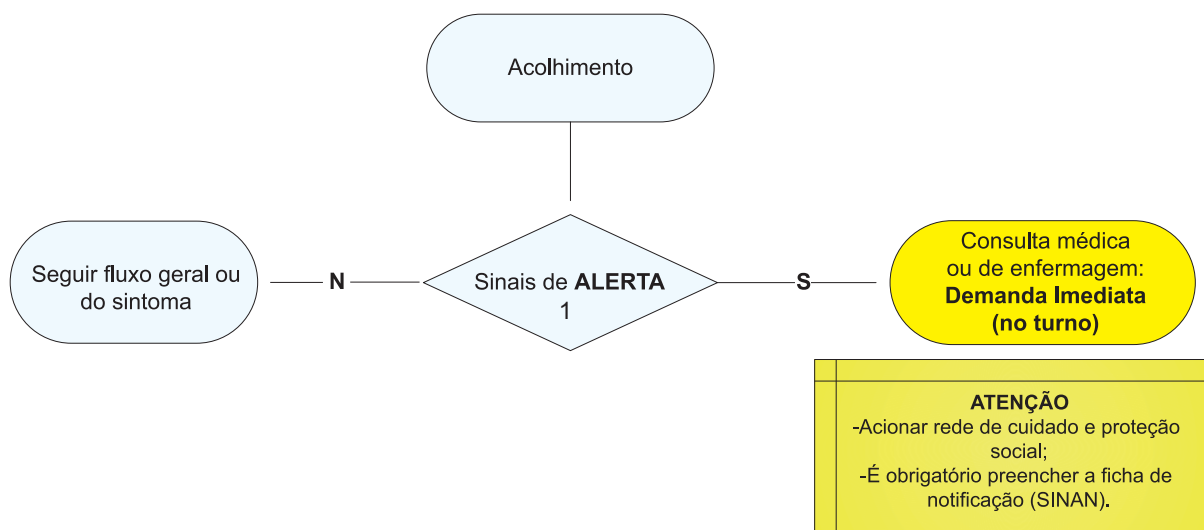
## Fluxograma de Suspeita de Violência contra a Criança e Adolescente



<b>1 Sinais e/ou situações de ALERTA:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>-Lesões e/ou acidentes de repetição;</li><li>-Falta de controle dos esfíncteres -perda de urina ou escape fecal -incompatível com a idade;</li><li>-Internações recorrentes;</li><li>-Demora inexplicável pela procura de recurso de saúde diante da situação apresentada;</li><li>-Cronificação de doenças;</li><li>-Deficiências;</li><li>-Falta recorrente às consultas agendadas e na rotina vacinal;</li><li>-Aspecto de má higiene;</li><li>-Roupas inadequadas ao clima local;</li><li>- <b>Incompatibilidade entre os dados da história e os achados;</b></li><li>-Alterações de comportamento: timidez, apatia, tristeza constante, pânico ao contato físico ou com pessoas, agressividades e impulsividade;</li><li>-Baixa autoestima;</li><li>-Desnutrição e/ou obesidade ou desidratação;</li><li>-Excesso ou perda de apetite;</li><li>-Excesso ou perda de sono;</li><li>-Lesões de pele: hematomas, escoriações, queimaduras;</li><li>-História de frequência irregular na escola, escolaridade inadequada para a idade;</li><li>-Excesso de zelo ou indiferença pelo cuidador;</li><li>-Pais ou cuidadores agressivos;</li><li>-Pais ou cuidadores usuários de álcool e/ou outras drogas;</li></ul> <p>Em caso de adolescentes, investigar ainda:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Gravidez indesejada ou ocultação da gravidez;</li><li>-Desejo de doar o filho;</li><li>-Situação familiar de violência;</li><li>-Uso de álcool e/ou outras drogas;</li><li>-Fuga de casa.</li></ul>

## 9.5.2. Suspeita de Violência contra a Mulher

### Fluxograma de Suspeita de Violência contra a Mulher



#### 1 Sinais e/ou situações de ALERTA:

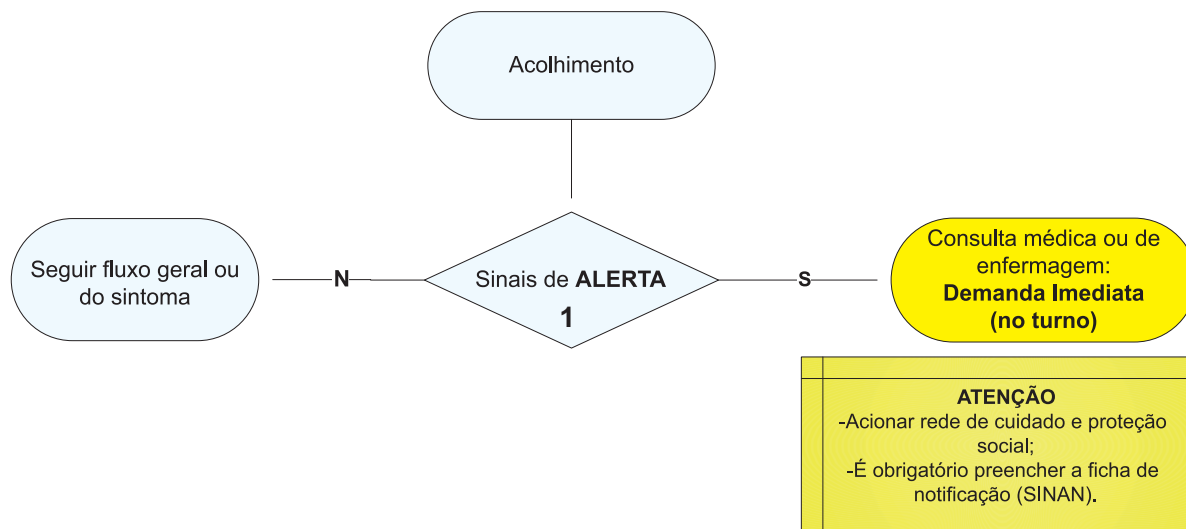
##### **-Incompatibilidade entre os dados da história e os achados;**

- Poliqueixosa (queixas vagas e recorrentes);
- Dor que não tem nome nem lugar;
- DSTs (dor em baixo ventre, corrimento, sangramento vaginal);
- Dor para urinar;
- Gravidez indesejada;
- Início tardio do pré-natal;
- Abortos de repetição;
- Desejo de doar o filho;
- Dificuldade de estabelecer vínculos com os filhos;
- lesões de pele (hematomas, queimaduras, escoriações, contusões.);
- Ansiedade, medo, baixa autoestima, comportamento autodestrutivo, uso de álcool e/ou outras drogas;
- Ideação ou tentativa de suicídio;
- Perda ou excesso de sono e/ou pesadelos;
- Perda ou excesso de apetite;
- Aspectos de má higiene (descuido com o cuidado corporal);
- Excesso de zelo ou indiferença do(a) companheiro(a);
- Privação do convívio com familiares e/ou amigos



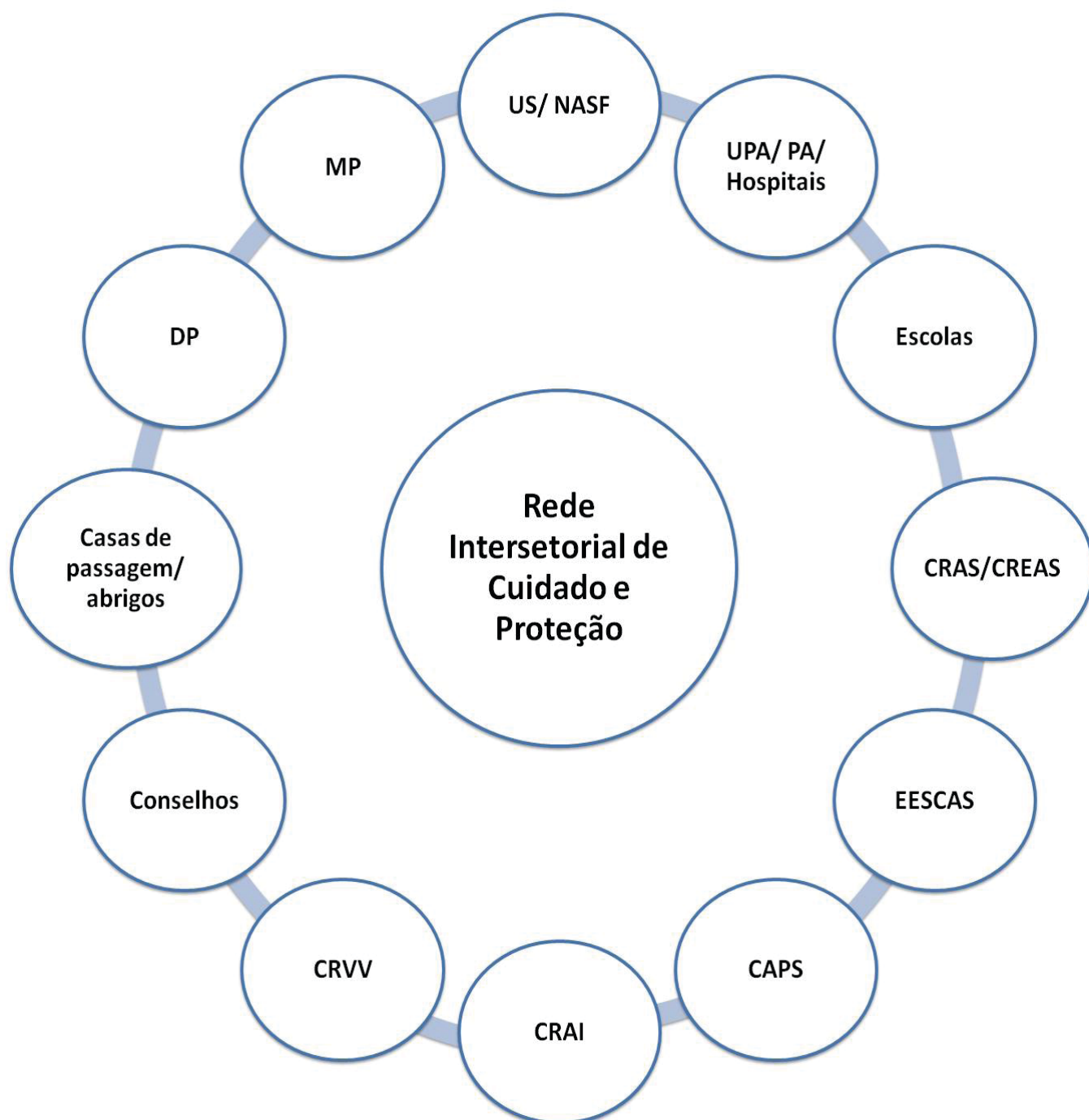
### 9.5.3. Suspeita de Violência contra o Adulto/ Idoso

#### Fluxograma de Suspeita de Violência contra o Adulto / Idoso



<b>1 Sinais e/ou situações de ALERTA:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Incompatibilidade entre os dados da história e os achados;</b></li><li>-Aspecto de má higiene (descuido com o cuidado corporal);</li><li>-Roupas inadequadas ao clima local;</li><li>-Poliqueixoso(a) (queixas vagas e recorrentes);</li><li>-Busca constante pelo serviço de saúde;</li><li>-Dor que não tem nome nem lugar;</li><li>-Sinais de emagrecimento – magreza;</li><li>-Excesso ou perda de apetite;</li><li>-Sinais de desidratação (confusão mental, olhos sem brilho, boca seca, turgor da pele diminuído);</li><li>-Excesso ou perda de sono;</li><li>-Queixa de perda de memória;</li><li>-Perda de autonomia (dificuldade de tomar decisão sozinho);</li><li>-Lesões de pele (hematomas, escoriações, queimaduras, úlceras por pressão);</li><li>-Lesões e/ou acidentes de repetição (3 ou mais quedas por ano);</li><li>-Baixa autoestima;</li><li>-Perda de interesse pela vida;</li><li>-Ideação e/ou tentativa de suicídio;</li><li>-Tristeza;</li><li>-Sensação de estar incomodando (estorvo/peso para os familiares);</li><li>-Piora da condição de saúde (esquece ou deixa de tomar medicação e/ou faltas recorrentes às consultas agendadas);</li><li>-Privação do convívio com familiares e/ou com amigos;</li><li>-Abusos econômicos e financeiros (uso inadequado do cartão do benefício, excesso de empréstimos, e/ou vítima de estelionato).</li></ul>

## 9.6. REDE INTERSETORIAL DE CUIDADO E PROTEÇÃO





PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

NÚMERO

**DOCUMENTO DE REFERÊNCIA PARA EMERGÊNCIA**

UNIDADE DE SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

NOME DA MÃE

DATA DE NASCIMENTO	IDADE	PRONTUÁRIO
--------------------	-------	------------

ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE
--------	--------

CEP	TELEFONE PARA CONTATO
-----	-----------------------

HISTÓRICO

(148 x 210 mm - Bl. 2 x 50) A-CGMA, MOD. S-819

JUSTIFICATIVA

DATA ____/____/____	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO	REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL
------------------------	---	-------------------------------

**TERMO DE ADESÃO À PRÁTICA DE ACOLHIMENTO COM IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES – “UNIDADE ACOLHEDORA”**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_

Gerência Distrital: \_\_\_\_\_

A Unidade de Saúde acima identificada, representada por seu (sua) Coordenador(a) local, declara assumir o compromisso de cumprir os critérios mínimos estabelecidos pela Coordenação da Atenção Básica de Porto Alegre para o Acolhimento com Identificação de Necessidades a partir da assinatura desse Termo de Adesão.

A assinatura do referido documento confere à Unidade de Saúde a certificação de “Unidade Acolhedora”, e vai de encontro ao cumprimento da meta dois do Contrato de Gestão 2014 da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

Esse Termo deverá ser rubricado por todos os profissionais da Unidade de Saúde certificada, a qual será monitorada, quadrimestralmente, acerca do cumprimento dos critérios mínimos pactuados.

\_\_\_\_\_  
Coordenador da Equipe de Saúde da Atenção Básica  
Assinatura e Carimbo

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**PLANO DE AÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO *ACOLHIMENTO COM IDENTIFICAÇÃO DE NECESSIDADES***

<b>CRITÉRIO</b>	<b>POTENCIALIDADES</b>	<b>FRAGILIDADES</b>	<b>ESTRATÉGIAS A SEREM ADOPTADAS</b>
Realizar a escuta qualificada a todo cidadão que acessa o serviço, identificando a sua necessidade e atendendo-a de acordo com as ofertas e capacidade da equipe, durante todo horário de funcionamento da Unidade de Saúde. – <b>OBRIGATÓRIO</b>			
Abolir o acesso as consultas através de “fichas”, inclusive na saúde bucal. – <b>OBRIGATÓRIO</b>			
Promover reunião sistemática de equipe com a participação de todos os trabalhadores para avaliar o processo de trabalho, em especial o acesso humanizado ao cuidado. – <b>OBRIGATÓRIO</b>			
Disponibilizar caixa de elogios/sugestões/críticas e cartaz da ouvidoria do município, a fim de medir a satisfação do cidadão ao cuidado prestado.			
Ter Conselho Local de Saúde implantado e em funcionamento, conforme regimento interno do CMS.			
Oferecer aos usuários variadas modalidades de cuidado: coletivas e individuais, intrasetoriais e/ou intersetoriais.			

---

Coordenador da Equipe de Saúde da Atenção Básica  
Assinatura e Carimbo

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**FICHA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE ACOLHEDORAS**

Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_  
 Gerência Distrital: \_\_\_\_\_  
 Data do Monitoramento: \_\_\_\_\_

**1. Continua executando os critérios mínimos estabelecidos para certificação da Unidade de Saúde Acolhedora?**

( ) Sim      ( ) Não

**2. Se não, qual (is) critérios deixou (aram) de ser desenvolvido (s)?**

- ( ) Realizar a escuta qualificada a todo cidadão que acessa o serviço, identificando a sua necessidade e atendendo-a de acordo com as ofertas e capacidade da equipe, durante todo horário de funcionamento da Unidade de Saúde – **OBRIGATÓRIA**
- ( ) Abolir o acesso as consultas através de “fichas”, inclusive na saúde bucal. –**OBRIGATÓRIA**
- ( ) Promover reunião sistemática de equipe com a participação de todos os trabalhadores para avaliar o processo de trabalho, em especial o acesso humanizado ao cuidado
- ( ) Disponibilizar caixa de elogios/sugestões/críticas e cartaz da ouvidoria do município, a fim de medir a satisfação do cidadão ao cuidado prestado.
- ( ) Ter Conselho Local de Saúde implantado e em funcionamento, conforme regimento interno do CMS.
- ( ) Oferecer aos usuários variadas modalidades de cuidado: coletivas e individuais, intrasetoriais e/ou intersetoriais.

**3. Nesse caso, qual(ais) a(s) dificuldade(s) encontrada (s) e as estratégias a serem adotadas para o desenvolvimento dessa(s) ação(ões)?**

Ação Desenvolvida	Potencialidades Identificadas	Fragilidades	Estratégias a serem adotadas

**4. A Unidade de Saúde desenvolve outras ações preconizadas pelas Práticas de Saúde e Cidadania? Qual (ais)?**

- ( ) Organizar as agendas conforme a identificação de necessidades do usuário: demanda imediata, demanda agendada e cuidado continuado.
- ( ) Apresentar espaços para acolhimento dos aspectos subjetivos que envolvem os trabalhadores da equipe nas reuniões de equipe, com o apoio institucional e/ou matricial, se necessário.
- ( ) Promover a ampliação do acesso através da inclusão progressiva de novos usuários no serviço, em especial de grupos prioritários.
- ( ) Realizar matriciamento de casos para qualificar a assistência ofertada aos usuários, garantindo a integralidade.
- ( ) Realizar planejamento das ações em saúde, avaliando indicadores e adequando o cuidado prestado às características epidemiológicas e culturais da população atendida.

\_\_\_\_\_  
 Coordenador da Equipe de Saúde da Atenção Básica  
 Assinatura e Carimbo

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. *Caderno de Atenção Básica*. n. 25. Brasília: 2010. 160 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. *Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume I. Brasília: 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica *Cadernos de Atenção Básica* n. 28, Volume II. Brasília: 2011. 56 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool*. Brasília: 2010. 80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 34. Saúde mental Brasília: 2013. 176 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 36. Brasília: 2013. 160 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 37. Brasília: 2013. 128 p.: il.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde* . Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. *Tuberculose na atenção primária à saúde/organização* de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp e Rui Flores; ilustrações de Maria Lucia Lenz. – 1. ed. ampl. Porto Alegre: 2011. 180 p. : il.: 30cm.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem* . Brasília: 2011. 168 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 4. ed. – Brasília: 2013. 80 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. *Dengue: manual de enfermagem*. 2ª ed. Brasília: 2013. 64 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. *Plano de Contingência para Emergência em Saúde Pública - Doença pelo Vírus Ebola* Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 59p.: il. Modo de acesso: [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplificada: CDS [recurso eletrônico]. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com

doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 37. Brasília: 2013. 128 p. : il.

BRASIL. Biblioteca Virtual em saúde BVS. [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/214\\_diarreia.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/214_diarreia.html)

BRASIL. Ministério da Saúde. CIEVS Nacional Centro de Informações Estratégicas em Vigilância em Saúde *Roteiro de atualizações da doença pelo vírus ebola*. Organização Mundial da Saúde – OMS – 12 de novembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*. Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência*. Brasília: 2010.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa. É possível prevenir. É necessário superar*. Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo – Anexo: Ficha de Qualificação dos Indicadores. Versão julho/2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/documentos.php>. Acesso em 20 de abril de 2013.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Núcleo de Estudos da Violência Doméstica contra Criança e o Adolescente. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. Brasília: 2011.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. *Manual para Atendimento às Vítimas de Violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal/ Laurez Ferreira Vilela (coordenadora) – Brasília: 2008.*

DUNCAN, B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, E.R.J. *Medicina ambulatorial*. 3.ed. -Porto Alegre: Artmed, 2004.

GUSSO, G.D.F.; LOPES, J.M.C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. Porto Alegre: Artmed, 2012.

MACHADO, ADRIANA M. ...(ET AL); Em: LEITE, A. J. M. e COELHO FILHO, J. *Você pode me ouvir Doutor?: Cartas para quem escolheu ser médico*. 2.ed – Campinas: Saberes Editora, 2011.

MACINKO, J; DOURADO, I; GUANAIS, F.C. *Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde Diagnósticos, instrumentos e intervenções*. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2011.

MCWHINNEY, I.R. *Beyond Diagnosis. An Approach to the Integration of Behavioral Science and Clinical Medicine*. NEJM, Vol 287, nº 8. London, 1972, pp 384-87.

MEDEIROS, R.H.A.; IUNG, A.M.B.; COMUNELLO, L.N. A Espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. *Psico*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, pp. 17-24, jan./abr. 2007.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*, Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MOSÉ, V. *Toda Palavra*. 3ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Editora Record Ltda, 2006.

MOSÉ, V. *Pensamento Chão: poemas em prosa e verso*. 2ª edição. Rio de Janeiro, RJ: Editora Record Ltda, 2007.



MURRAY, M e BERWICK, D. *Advanced Access. Reducing Waiting and Delays in Primary Care*. JAMA, February 26, 2003— Vol 289, Nº. 8.

MURRAY, M. e TANTAU, C. Same-Day Appointments: Exploding the Access Paradigm. Disponível em: <http://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html> Acesso em 10 de junho de 2013.

NUTO, S.A.S.; OLIVEIRA, G.C. ANDRADE, J.V. MAIA, M.C.G. O Acolhimento em Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família, Fortaleza-CE: Um Relato de Experiência. Rev. APS, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 505-509, out./dez. 2010.

OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Secretaria Municipal de Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. *Protocolo de Atenção em Saúde Bucal de Porto Alegre. Organização da Rede e fluxos de Atendimento*. Porto Alegre, 2014.

RODRIGUES, P.F. ÁLVARO, A.L.T. RONDINA, R. Sofrimento no Trabalho na Visão de Dejours. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, Garça, ano IV, número 7, novembro de 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Paulo. Segundo Caderno de Apoio ao Acolhimento. *Orientações, Rotinas e Fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade*. Equipe do Projeto Prioritário Acolhimento Secretaria Municipal de Saúde São Paulo; 2004.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Paulo . *2º Caderno de Apoio ao Acolhimento, orientações, rotinas e fluxos sob a ótica do risco/vulnerabilidade*. São Paulo; 2004.

SÍLVIA, M. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. 1998, 219p. Dissertação – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1998.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

WOOLF, V. *O sol e o peixe: prosas poética*. seleção e tradução Tomaz Tadeu. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015.

