



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTANEA E PROGRAMADA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) CENTRO I DO MUNICIPIO
DE MARMELEIRO – PARANÁ.**

ALGENIR DOS SANTOS GUEDES

NATAL/RN
2020

ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTANEA E PROGRAMADA NA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) CENTRO I DO MUNICIPIO DE MARMELEIRO –
PARANÁ.

ALGENIR DOS SANTOS GUEDES

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: DHYANINE MORAIS DE
LIMA

NATAL/RN
2020

O desenvolvimento deste trabalho de conclusão de curso contou com a ajuda de diversas pessoas, dentre as quais agradeço:

Aos professores e orientadores que contribuíram na minha formação e na elaboração do trabalho de conclusão de curso.

A minha equipe de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) CENTRO I que atua incansavelmente para prestar o melhor acolhimento aos pacientes.

A minha família que me apoia e me fortalece para continuar a formação e o trabalho na Atenção Primária de Saúde.

Dedico este trabalho a todos os usuários do SUS, que todos os dias buscam a unidade e me inspiram a ser uma profissional melhor para dar mais qualidade ao atendimento.

SUMÁRIO

1. Introdução	6
2. Relato da microintervenção.....	8
3. Resumo das propostas para melhorar o acolhimento na ESF.....	11
4. Considerações finais.....	13
5. Referencias bibliográficas.....	14
6. ANEXOS.....	15

1. INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro I está localizada no município de Marmeleiro, no Sudoeste do estado do Paraná, a uma distância de 482 Km de Curitiba a capital do estado, possuiu uma área territorial de 387,860 km² com uma população estimada em 13.909 habitantes (IBGE/2010). A economia do município é estritamente voltada a agricultura e a pecuária, tendo a maioria das empresas e indústrias direcionadas ao segmento de agronegócio. Na indústria destacam-se as atividades de: alumínio, metalúrgicas, confecção vestuária, baterias automotivas, plástico, madeireira e fabricação moveleira. Marmeleiro também é conhecido como a Passarela do Sudoeste, porque é passagem obrigatória para quem viaja pelo sudoeste com destino a Argentina, Santa Catarina, e região oeste do Paraná. A população marmeleirense tem descendência cultural: italiana, alemã, polonesa e outras etnias (Prefeitura Municipal de Marmeleiro, 2018).

No município tem cinco equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Serviço de Pronto Atendimento de Urgência e Emergência da Atenção Básica da área Clínica e outro serviço criado especificamente para o atendimento dos pacientes com sintomas relacionados ao COVID 19. No momento, no município de Marmeleiro não tem hospital, os pacientes com quadro de urgência e emergência tem o primeiro atendimento no município, e se necessário são encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital São Francisco, ou ao Hospital Regional que estão localizados no município vizinho de Francisco Beltrão – PR. O município também conta com o atendimento do Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). A maioria dos atendimentos especializados e exames de imagem também estão em Francisco Beltrão no Centro Regional de Especialidades (CRE) e em outras clínicas conveniadas.

A ESF Centro I faz parte de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tipo I, que está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de administração e oito agentes comunitárias de saúde que atuam em 10 microáreas, com um total de 3.220 pessoas cadastradas. A unidade também conta com uma equipe odontológica. A estrutura física da UBS onde está o ESF CENTRO I é composta pela recepção, sala de espera, sala de triagem, sala de procedimentos, com quatro consultórios, sala de observação, consultório odontológico, banheiros para funcionários e outro para pacientes. No bloco ao lado está a copa, o laboratório, a farmácia e a sala de vacina.

Para este relato escolheu-se a microintervenção sobre o ACOLHIMENTO A DEMANDA ESPONTANEA E A PROGRAMADA, porque até dezembro de 2019 trabalhava-se com uma agenda lotada pela demanda programada, com até 17 agendamentos por período, que dificultava a inclusão da demanda espontânea, afetando o grau de satisfação dos pacientes. O acolhimento à demanda espontânea era realizado, porém às custas da sobrecarga

de trabalho da equipe.

Os últimos três meses de 2019 foram difíceis para todos da equipe, porque a UBS estava sempre lotada com os pacientes da agenda programada, e mais os pacientes da demanda espontânea solicitando atendimento. Com muita reclamação pela demora para o dia da consulta, já que a unidade tinha a agenda cheia para os próximos dois meses. O método utilizado para agenda era de 70% da agenda para a demanda programada e 30% para demanda espontânea.

Realizou-se uma reunião em outubro de 2019 para identificar como o acolhimento poderia ser melhorado, como controlar a agenda programada e ter mais disponibilidade para demanda espontânea. Identificou-se que a falta de uma auxiliar de administração fixa para controlar a agenda dificultava o acolhimento, já que em 2018 discutiu-se deixar no máximo 8 pacientes para demanda programada para o ano de 2019, mas devido a diferentes funcionários no controle da agenda não foi possível resolver o problema. Identificou-se que o excesso de pacientes ou a falta de controle da agenda, também impedia o planejamento de outras atividades. Então, em dezembro de 2019 decidiu-se que na agenda de 2020 seriam agendados menos pacientes para demanda programada, deixando mais disponibilidade para o atendimento da demanda espontânea. Enfatizando-se o compromisso de todos em não extrapolar no número de agendados para melhor atender a população e diminuir o estresse e a carga de trabalho de todos da equipe.

A atenção básica, para ser resolutiva, deve ter tanto capacidade ampliada de escuta (e análise) quanto um repertório, um escopo ampliado de ofertas para lidar com a complexidade de sofrimentos, adoecimentos, demandas e necessidades de saúde às quais as equipes estão constantemente expostas. Paradoxalmente, aqui reside o desafio e a beleza do trabalho na atenção básica e, ao mesmo tempo, algumas chaves para sua efetivação e legitimação na sociedade. Neste contexto, o “acolhimento” é um dos temas que se apresentam com alta relevância e centralidade (Brasil, 2011).

Diante da demanda verificada, objetivou-se neste estudo, capacitar a equipe do ESF Centro I sobre o acolhimento a demanda espontânea e a demanda programada. E como objetivos específicos, adaptar o acolhimento às demandas da ESF, organizar o agendamento programado sem afetar a oferta de atendimento a demanda espontânea e avaliar e monitorar as ações de 2020.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

Para falar sobre acolhimento é importante lembrar que “o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde” (BRASIL, 2020).

Na “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que o usuário conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde. Ela reúne os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde: 1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; 2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; 3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; 4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; 5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada; 6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos (BRASIL, 2019).

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. (BRASIL, 2009).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. 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. A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da “fila de espera” no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam mais sejam atendidos com prioridade, e não por ordem de chegada. Os usuários que têm sinais de maior gravidade, aqueles que têm maior risco de agravamento do seu quadro clínico, maior sofrimento, maior vulnerabilidade e que estão mais frágeis. A classificação de risco é feita por enfermeiros, de acordo com critérios pré-estabelecidos em conjunto com os médicos e os demais profissionais. A classificação de risco não tem como objetivo definir quem vai ser atendido ou não, mas define somente a ordem do atendimento.

Todos são atendidos, mas há atenção ao grau de sofrimento físico e psíquico dos usuários e agilidade no atendimento a partir dessa análise (BRASIL, 2016).

No Caderno da Atenção Básica sobre Acolhimento a Demanda Espontânea descreve a importância de atender os pacientes que buscam a unidade sem uma consulta previamente agendada, sobre o “acolhimento como postura, atitude e tecnologia de cuidado: nesse aspecto, o acolhimento aparece centralmente marcado no território das tecnologias leves, encarnadas nas relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários, nos modos de escutas e filtros, nas maneiras de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos, nas formas de sensibilidade do trabalhador, num certo posicionamento ético situacional, que influencia fortemente, inclusive, o modo de agenciamento de tecnologias leve-duras e duras. Além disso, o acolhimento pode facilitar a continuidade e redefinição dos projetos terapêuticos dos usuários, sobretudo quando eles procuram a unidade de saúde fora das consultas ou atividades agendadas. Como exemplo, podemos pensar na atitude da equipe quando uma mulher que não leva o filho às consultas programadas de puericultura resolve levá-lo com diarreia ao serviço, num dia não previsto”, (BRASIL,2013).

Quanto ao acolhimento como dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe, a implantação de acolhimento da demanda espontânea “pede” e provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico). Organizar-se a partir do acolhimento dos usuários exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população, pois são todas as ofertas que devem estar à disposição para serem agenciadas, quando necessário, na realização da escuta qualificada da demanda. É importante, por exemplo, que as equipes discutam e definam (mesmo que provisoriamente) o modo como os diferentes profissionais participarão do acolhimento. Quem vai receber o usuário que chega; como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário; o que fazer de imediato; quando encaminhar/agendar uma consulta médica; como organizar a agenda dos profissionais; que outras ofertas de cuidado (além da consulta) podem ser necessárias etc. Como se pode ver, é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções (Brasil, 2013).

RELATO DA MICROINTERVENÇÃO:

A microintervenção sobre acolhimento a demanda espontânea e programada foi escolhida em conjunto com a equipe por tratar-se de um tema com dificuldade na unidade, devido a agenda programada lotada e a falta de tempo para acolher as demandas espontâneas.

Discutiu-se a necessidade de realizar a capacitação da equipe sobre o tema. Nessa perspectiva, organizou-se a reunião com a equipe de saúde para capacitar a equipe sobre o acolhimento a demanda espontânea e programada, em vinte e oito de fevereiro de dois mil e vinte, na área de espera da UBS. Participaram da reunião as Equipes dos ESFs Centro I e II, a enfermeira, técnicas de enfermagem, auxiliar de administração e agentes comunitárias de saúde. Neste encontro, a médica da ESF realizou uma apresentação inicial da proposta e em seguida, foi feita uma dinâmica, com a questão norteadora: como eu gostaria de ser acolhido no ESF?

Cada membro da equipe disse como gostaria de ser acolhido. As respostas mais frequentes foram: gostaria de ser ouvido, com respeito, com alegria, com empatia, com cordialidade, com amor, de forma que o meu problema seja resolvido, com um sorriso. Sendo que a maioria enfatizou que gostaria de ser escutado e com respeito.

Após esta dinâmica, realizou-se um outro momento, que se chamou de “Momento: Vamos lembrar!!!” – em que a médica que estava conduzindo a reunião realizou uma breve fala sobre como era antes do Sistema Único de Saúde (SUS), depois da constituição federal de 88, o que é a Atenção Primária a Saúde (APS) e os seus princípios. Enfatizando que a APS é o primeiro pilar e a porta de entrada, resolvendo mais de 80% dos problemas de saúde de uma comunidade.

Para abordar sobre o Acolhimento a demanda espontânea e a demanda programada, iniciou-se uma breve explicação sobre o Programa Nacional de Humanização de 2003.

Apresentou-se a definição de acolhimento, como: “Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede sócio-afetiva”, BRASIL, 2015.

Em seguida, explanou-se sobre a diferença de acolhimento e triagem, a adaptação do Manchester na Unidade Básica de Saúde (UBS) para classificação de risco, lembrando que na UBS o atendimento é longitudinal e acolhemos a todos, diferente das Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) e Hospitais que estão direcionados para o atendimento de urgência e emergência e para um período determinado, já que depois esse paciente deve ser acompanhado pela UBS. Acolhimento com classificação de risco é uma forma de tentar garantir acesso universal e com equidade (TelessaudeRS,2016).

Nesse momento, enfatizou-se que o acolhimento a demanda programada se refere ao agendamento das consultas de rotina, por exemplo: agendamento para gestantes, para puericultura, para doenças crônicas, saúde mental conforme os protocolos da atenção básica ou

conforme a agenda previa solicitada pelo medico ou enfermeiro, já a demanda espontânea se refere a demanda sem agendamento prévio que vem a ESF com uma queixa aguda ou crônica, por exemplo: um paciente com diabetes mellitus que vem de outro município e deseja continuar o acompanhamento da doença crônica na ESF, a paciente que deseja agendar um preventivo, a puérpera que vem com um recém nascido para vacinação porque recebeu a alta hospitalar, o paciente que busca a unidade porque está com dor no peito ou dor abdominal. Discute-se sobre a necessidade da ESF planificar o atendimento da demanda programada sem afetar o acolhimento da demanda espontânea, com o objetivo de acolher a todos os pacientes conforme a classificação de risco e conforme o fluxo da atenção básica, do município ou da regional de saúde. Para a explanação foram utilizados os vídeos sobre a experiência de outras unidades para a implantação do acolhimento na Atenção Primaria de Saúde (TelessaudeRS, 2016).

Em seguida, seguiu-se a reflexão com o seguinte questionamento: como fazemos o acolhimento à demanda espontânea e programada do ESF centro I?

Apresentou-se uma breve explanação sobre o acolhimento de 2019, sobre os pontos positivos e negativos. Onde a principal dificuldade foi a agenda lotada pela demanda programada, com dificuldade para o acolhimento da demanda espontânea.

Atualmente, a ESF conta com uma atendente que recebe os pacientes, realiza o agendamento e encaminha os pacientes conforme o fluxo para o atendimento da ESF I e os outros atendimentos da UBS, como dentista, NASF, vacina, farmácia e outros.

Discutiu-se sobre mudar a forma de agendamento e adaptar as orientações do acesso avançado para o acolhimento de 30 % para a agenda programada e 70% para a demanda espontânea (TelessaudeRS, 2016).

Seguiu-se a reflexão com o seguinte questionamento: Como queremos o acolhimento da demanda espontânea e programada da ESF centro I?

Diante dessa discussão, formulou-se o seguinte resumo das propostas para melhorar o acolhimento na UBS:

1. Acolher a todos os pacientes que buscam a ESF;
2. Todos os membros da equipe acolhem;
3. O horário do atendimento do paciente é conforme a classificação de risco e não conforme a ordem de chegada na unidade;
4. Estabelecer no máximo cinco agendamentos programados por período para ter tempo para atender a demanda espontânea.
5. Sempre perguntar o que o paciente precisa, o que sente e oferecer um acolhimento qualificado pela técnica de enfermagem, enfermeira ou médica, solicitando um documento de identificação, registrando o nome no prontuário eletrônico com a triagem e classificação de risco.
6. Sempre que possível, buscar um ambiente adequado ou uma sala com a porta fechada para o acolhimento e a escuta qualificada. Lembrar sempre em manter a ética em relação a queixa ou preocupação do paciente.

7. Realizar atividades de grupos ou em sala de espera para os pacientes com doenças crônicas no intuito de promover educação de saúde para que o paciente seja o protagonista dos cuidados da sua saúde e assim tenha menos recorrência na ESF ou recorrência de complicações ou casos agudos, contribuindo em aumentar o tempo disponível para o acolhimento das outras demandas;
8. Todos os membros da equipe tem o compromisso de colocar o aprendido em pratica e divulgar a função dos membros da equipe e o fluxo de atendimento para a comunidade;
9. Monitorar as ações através das reuniões mensais, das reuniões extraordinárias, ou no dia a dia se necessário.

No mês de março de dois mil e vinte adaptou-se o acolhimento da ESF as recomendações do Ministério de Saúde e da Regional de Saúde do Estado do Paraná devido a Pandemia pelo coronavírus 19 (COVID 19).

Mensalmente, semanalmente, e às vezes diariamente discutiam-se os acertos e erros sobre o acolhimento, a triagem e os fluxos de atendimento, adaptando ao contexto da pandemia.

Em setembro de 2020 ouve a retomada às reuniões mensais junto as agentes comunitárias de saúde onde se discutiu a adaptação do acolhimento a pandemia pelo COVID 19. Apesar das dificuldades na comunicação devido ao uso de mascara, ao agendamento apenas dos grupos recomendados pelo Ministério da saúde, avaliou-se que aumentou a oferta de consultas para a demanda espontânea e diminuiu a agenda para a demanda programada, acabando com a reclamação dos pacientes sobre as agendas lotadas.

Na reunião de outubro de 2020, além de outros temas abordou-se sobre o impacto da pandemia na dificuldade de realizar atividades coletivas, acompanhamento de rotina, e sobre o aumento da demanda com relação à procura de consulta médica. Com muitos casos de doenças crônicas com necessidade de acompanhamento e/ou descompensadas. Relatou-se sobre muitos dias com a demanda maior que a oferta de atendimento, sobre as dificuldades para continuidade das ações devido à mudança de profissionais de saúde da equipe, sobre a importância de discutir junto a gestão a possibilidade de uma nova divisão da área de cobertura para diminuir o numero de pacientes de 3.220 para 2.000 pessoas. Enfatizou-se não agendar mais de cinco pacientes por período para ter tempo para acolher a demanda espontânea, para garantir um acolhimento qualificado por todos os membros da equipe, seguindo as orientações dos fluxos de atendimento segundo a triagem do paciente.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A microintervenção sobre acolhimento a demanda espontânea e programada da Estratégia de Saúde da Família centro I alcançou o seu objetivo principal, de capacitar a equipe, avaliar e monitorar as ações em 2020.

Em fevereiro de 2020 a equipe realizou a reunião onde se deu a capacitação e discussão sobre o acolhimento, por tratar-se de uma dificuldade da equipe desde 2018, devido a agenda de consultas programadas lotada, com pouca disponibilidade para o acolhimento da demanda espontânea e constante reclamação dos pacientes.

Com a participação dos membros da equipe discutiu-se o modelo de acolhimento da ESF antes da microintervenção, revisou-se as orientações do plano nacional de humanização do SUS, dos cadernos da atenção básica, assim como as experiências de outras unidades de saúde através dos vídeos do telessaudeRS no intuito de construir propostas para o acolhimento da ESF centro I.

Apesar da pandemia do Covid 19 afetar o mundo com perdas irreparáveis, além de afetar as ações coletivas e muitos acompanhamentos de rotina, a equipe pode observar a importância e a melhora do atendimento com mais disponibilidade de consultas para a demanda espontânea, já que no início da pandemia havia agendamento somente para gestantes, puericultura e puérperas, onde a maioria da demanda era espontânea.

Ao monitorar as ações identificou-se a importância de ter profissionais fixos na ESF devido ao vínculo com os pacientes para o acompanhamento longitudinal e para seguir as pautas discutidas em reuniões. Outra dificuldade constantemente abordada nas reuniões é a grande demanda da ESF, que dificulta planejar as ações e indica a necessidade de diminuição da área de cobertura. São duas dificuldades importantes para a equipe discutir com a gestão municipal.

Embora haja desafios para colocar em prática as propostas para o acolhimento qualificado é importante discutir as ações, identificar acertos e erros, planejar as ações para dar qualidade ao serviço e finalmente continuar monitorando e avaliando nas reuniões mensais.

Através da intervenção a equipe discutiu as experiências da ESF e definiu caminhos para qualificar o serviço. Enfatizando que todos os membros da equipe acolhem e que todos os pacientes devem ser acolhidos e atendidos conforme a triagem e conforme o fluxo de atendimento.

4. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. Acolhimento a Demanda Espontânea. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, 2013. 22p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. Acolhimento a Demanda Espontânea. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, 2011. 15p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – HUMANIZA SUS. 22 Out. 2015. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus>>. Acesso em 10 fev. 2020.
4. Diferença entre triagem e acolhimento. Brasil, 20 jul. 2009. Disponível em: <<https://aps.bvs.br/aps/qual-a-diferenca-entre-triagem-e-acolhimento/>>. Acesso em 15 ago. 2020.
5. Lei nº 8080: 30 anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 18 set. 2020. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/ultimas-noticias/3295-lei-n-8080-30-anos-de-criacao-do-sistema-unico-de-saude-us#:~:text=O%20SUS%20%C3%A9%20um%20dos,toda%20a%20popula%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 23 de out. 2020.
6. Município. Brasil, 2018. Disponível em: <<http://www.marmeleiro.pr.gov.br/sitio/municipio-de-marmeleiro.php>> Acesso em 10 fev. 2020.
7. O que é acolhimento. Brasil, 13 jun. 2016. Disponível em: <<http://redehumanizasus.net/94777-o-que-e-acolhimento/>>. Acesso em 5 de set. 2020.
8. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): estrutura, princípios e como funciona. Brasil, 16 de ago. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em 15 ago. 2020.
9. TelessaudeRS. Experiências de implantação de acolhimento na APS PARTE I. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=QUXzPdoCDNM>>. Acesso em 7 ago. 2020.
10. TelessaudeRS. Acesso avançado. 2016. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cZi5Xb3ouAo>. Acesso em 5 fev. 2020.
11. TelessaudeRS. Classificação de risco na APS. 2016. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=9AIesL5DbBI>>. Acesso em: 10 set. 2020.

5. ANEXOS

