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

JOÃO GABRIEL PACETTI CAPOBIANCO

A REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ACOLHIMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO JOSÉ, POÇOS DE CALDAS – MG, NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

CAMPOS GERAIS - MG
2015

JOÃO GABRIEL PACETTI CAPOBIANCO

A REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ACOLHIMENTO DA USF SÃO JOSÉ, POÇOS DE CALDAS – MG, NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Lígia Mohallem Carneiro

CAMPOS GERAIS - MG
2015

JOÃO GABRIEL PACETTI CAPOBIANCO

A REESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ACOLHIMENTO DA USF SÃO JOSÉ, POÇOS DE CALDAS – MG, NA PERSPECTIVA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Examinador 2 – Prof. Dr. Horácio Pereira de Faria - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 10 de dezembro de 2015.

DEDICATÓRIA

A população do bairro São José,

A minha orientadora Maria Lígia Mohallem,

Ao professor Horácio Pereira de Faria,

Aos meus professores de graduação e pós-graduação.

AGRADECIMENTOS

Aos colegas do Projeto Mais Médicos que trabalharam comigo em Poços de Caldas e que, juntos, percebemos a dificuldade e o prazer em trabalhar na saúde pública na luta para um sistema de saúde público, gratuito e de qualidade.

Há que endurecer-se, mas sem jamais perder a ternura.”

Ernesto Che Guevara

RESUMO

Como proposta de conclusão de curso foi apresentada a realidade da Unidade de Saúde da Família São José I, localizada na cidade de Poços de Caldas, interior de Minas Gerais. Este cenário embasou um diagnóstico situacional cujo principal produto foi a identificação de um risco populacional à possíveis doenças iatrogênicas e a necessidade de uma rede de acolhimento efetiva. Esta situação é propícia para gerar agravos em saúde na população, com perdas financeiras e sociais importantes. Assim, formulou-se um plano de intervenção em vias de modificar este cenário, baseando-se na prática da prevenção quaternária. Os objetivos deste plano de intervenção são: capacitar a equipe acerca dos preceitos da prevenção quaternária e reorganizar o acolhimento já instalado. Para tanto, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema para embasar o presente estudo. Acredita-se que alcançar estes objetivos facilitará a mudança do modelo hegemônico médico-centrado para um modelo humanístico no âmbito do cenário apresentado.
Palavras-chave: prevenção quaternária, acolhimento, doença iatrogênica

ABSTRACT

As course completion proposal was presented the reality of the Health Unit of San Jose Family I, located in Poços de Caldas, Minas Gerais. This scenario underwrote a situational diagnostics whose main product was the identification of a population risk of possible iatrogenic diseases and the need for an effective host network. This situation is conducive to generating health disorders in the population, with significant financial and social losses. Thus it was formulated an action plan on the way to modify this setting, based on the practice of quaternary prevention. The objectives of this action plan are: to train the staff about quaternary prevention of precepts and reorganize the host already installed. For this purpose, literature review was conducted on the subject to support this study. It is believed that facilitate achieving these objectives change the hegemonic doctor-centered for a humanistic model in the presented scenario.
Key words: quaternary prevention, user embracement, iatrogenic disease

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....10

2. JUSTIFICATIVA.....13

3. OBJETIVO.....14

4. METODOLOGIA.....15

5. REVISÃO DE LITERATURA.....16

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....20

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....23

REFERENCIAS.....25

1. INTRODUÇÃO

A intervenção médica desnecessária é relatada como uma das maiores causas de óbitos no mundo. Nos Estados Unidos, 225 mil mortes são causadas, anualmente, pela intervenção inócua. Dentre estas, incluem-se complicações por cirurgias desnecessárias, infecções secundárias a internações hospitalares que poderiam ser evitadas, mortes secundárias a procedimentos diagnósticos invasivos inócuos, entre outras (STARFIELD, 2000).

Tal situação reflete-se nos gastos públicos com hospitalizações. Estima-se que em Portugal o gasto anual com internações causadas por doenças iatrogênicas é de 321 mil euros (ALVES, 2015).

No Brasil, o problema torna-se oneroso para os cofres públicos e diminui a qualidade da assistência de saúde a população, uma vez que medidas feitas para prevenir, se utilizadas de forma irracional causam prejuízos à saúde. Percebe-se que há uma procura crescente da população por medidas preventivas. Contudo, não há conscientização da população acerca dos riscos inerentes a práticas desnecessárias.

O Cenário

Trabalho em uma Unidade de Saúde da Família(USF) na cidade de Poços de Caldas, interior de Minas Gerais. É uma cidade de porte médio, notadamente conhecida pelas suas fontes hidrominerais e sulfurosas, sendo um polo turístico estadual. A cidade possui trinta unidades de saúde da família, três hospitais e uma unidade de pronto atendimento.

A USF São José possui uma área de abrangência responsável por 3375 cidadãos, a maioria trabalhadores do setor terciário e operários industriais, com uma renda estimada em um salário mínimo e meio.

Nos últimos 10 anos a população da comunidade tornou-se gradativamente mais solicitante em relação a medidas preventivas e intervenções médicas. Tal fato pode ser observado em concomitância com o aumento do poder de compra da Classe C, que, tendo maior acesso a bens e serviços, bem como maior acesso a informações, percebe-se preocupada com seu futuro e, consequentemente, com sua saúde.

As mídias sociais, a televisão e o rádio mostram a saúde como um bem de consumo, passando a idéia de que a apropriação de seus “produtos”: exames, consultas com especialistas, medicações, resultará em melhor bem estar. Assim, houve um aumento na solicitação de consultas e exames médicos por pacientes completamente hígidos. Estima-se que na USF São José, das 96 consultas realizadas semanalmente, 25 consultas são para solicitar “exames de rotina” ou “encaminhamentos para especialista”, sem a real necessidade destas intervenções. Tal prática foi reforçada nos últimos anos pela presença de profissionais médicos que possuíam uma formação biologicista e apoiavam esta prática. Assim, a população percebeu esta rotina como normal e mantém estes hábitos danosos.

As Agentes Comunitárias de Saúde – ACS, fazem parte da comunidade e, como tal, mostram-se favoráveis a práticas inócuas como, por exemplo, todas as pessoas terem exames laboratoriais avaliados a cada semestre

A rede de acolhimento da USF São José reflete o paradigma exposto. As consultas médicas são marcadas semanalmente, porém sem a escuta do paciente acerca da necessidade de consulta médica ou do motivo para solicitar as consultas. Os pacientes que necessitam de um cuidado continuado, como os hipertensos e diabéticos e mostram-se em agravo da condição estabelecida possuem suas consultas, não raro, marcadas para o final da semana seguinte. Não obstante, pacientes hígidos e assintomáticos que buscam exames laboratoriais possuem suas consultas marcadas para o início da semana.

Percebe-se que os profissionais da unidade possuem conhecimento limitado acerca dos riscos de intervenções médicas desnecessárias e subvalorizam a capacidade da população em se responsabilizar pela própria saúde, projetando na figura do médico a solução para todos os problemas da população em geral.

Para prevenir o incremento de doenças iatrogênicas e o abuso de recursos diagnósticos invasivos e muitas vezes desnecessários, Jammoule (1998) propôs o conceito de Prevenção Quaternária, o qual dita a identificação e proteção de pessoas que estão em risco de serem acometidos por medidas médicas inúteis e desnecessárias. Em estudos recentes, percebe-se que a população saudável e assintomática é o público mais necessitado de Prevenção Quaternária uma vez que estes, previamente hígidos são potenciais em passar por medidas de rastreamento e medicalização de fatores de risco que são danosos a saúde (OLIVEIRA, 2012).

Assim, a prática da prevenção quaternária durante a rotina da USF é uma possibilidade de enfrentamento neste cenário danoso. Com isso, escolhi realizar um plano de intervenção com base nesta prática a fim de enfrentar o paradigma exposto.

2. JUSTIFICATIVA

A intervenção inócua é prejudicial à saúde humana como relatado por Jammoule (1998).

A iatrogenia é considerada a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos (Starfield, 2000). Este fator tende a tornar-se mais presente na rotina de nosso país, uma vez que houve melhora no acesso ao sistema de saúde e, assim, há uma exposição crescente da população a excessiva medicalização.

Há um custo social importante inerente a tal prática. O indivíduo percebe no exame solicitado a resposta para as inconformidades de seu cotidiano. Assim, a medicalização retira do indivíduo a capacidade de refletir sobre seus problemas e tentar, por si, encontrar uma solução viável, tolhendo o incentivo ao saber popular e tornando o usuário cada vez mais dependente do serviço de saúde (DE VITO, 2013).

O caráter medicalizador da prática médica atual associado aos altos gastos públicos com intervenções médicas inócuas causam consequências desastrosas no sistema de saúde do país. A organização do acolhimento com ênfase na prevenção quaternária poderá auxiliar na diminuição dos riscos inerentes a prática intervencionista, diminuindo gastos e agravos em saúde.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Propor um modelo de intervenção que reorganize a rede de acolhimento, na perspectiva da Prevenção Quaternária

Objetivos Específicos:

- Capacitar os profissionais da equipe acerca da Prevenção Quaternária
- Reorganizar a rede de acolhimento da USF São José com base nos preceitos da Prevenção Quaternária

4. METODOLOGIA

Para realizar a proposta de intervenção na realidade foi utilizado a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS, 2010).

Foi realizado o diagnóstico situacional com base em indagações pela equipe, dados de prontuário, número de consultas realizadas, número de consultas solicitadas e número de demanda reprimida. Foi identificado que há uma demanda exagerada e inócua de exames complementares e encaminhamentos. Tal demanda é reforçada pelo desconhecimento da equipe acerca dos prejuízos de intervenções médicas desnecessárias.

Em dados de prontuário foi observado que nos últimos três anos aproximadamente 60% da população entre 20 e 40 anos, previamente hígidos, realizaram hemograma e lipidograma semestrais e 85% da população entre 0 e 5 anos realizaram hemogramas semestrais.

Em reuniões de equipe, foi identificado que os profissionais percebem esta informação como normal e rotineira.

A partir disso, foram identificados os seguintes nós críticos:

1) Baixo nível de informação dos profissionais da equipe
2) Falta de organização do acolhimento

Para intervir nos problemas identificados deve-se haver uma reestruturação do processo de trabalho em saúde em conjunto com a capacitação da equipe acerca do conceito de Prevenção Quaternária, proposto por Jamoulle, 1998.

A partir desta capacitação haverá a possibilidade de mudança no processo de trabalho em saúde, uma vez que a equipe pensará em uníssono no que tange a importância das solicitações de consulta. Assim, haverá a proposição de mudança na abordagem do paciente durante o acolhimento, resgatando os conceitos teóricos da Prevenção Quaternária e estimulando o resgate do saber popular e do aumento de autonomia do próprio paciente.

A revisão de literatura sobre o tema, a seguir, foi realizada com base nos descritores DeCS: prevenção quaternária, acolhimento, doenças iatrogênicas.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1. Iatrogenia

O desenvolvimento do conhecimento técnico-científico adquirido no final do século 20 e início do século 21 trouxeram inúmeros benefícios para a saúde da sociedade moderna. Entretanto, este avanço veio somado a um crescente excesso de medidas preventivas e diagnósticas em assintomáticos, tanto em adultos quanto em crianças. Estas medidas, não raro, fúteis, podem causar iatrogenias na população (NORMAN, 2009).

Existe ainda a iatrogenia social, decorrente da dependência da população no que tange ao uso de drogas, medicamentos e insumos médicos. Há, assim, uma anulação da responsabilidade de cada indivíduo acerca de sua própria saúde e uma projeção desta responsabilidade nas mãos dos profissionais de saúde, em especial do profissional médico (ILLICH,1981).

O terceiro conceito é o de iatrogenia cultural que dita a intervenção inócua como destruidora do potencial cultural da população e da comunidade em lidar de maneira autônoma e ativa com a doença e a dor (ILLICH, 1981).

As consequências nos sistemas de saúde são perceptíveis. A iatrogenia clínica é classificada como a terceira maior causa de morte nos Estados Unidos da América. O excesso de intervenções inócuas gera gastos desnecessários. Diversos estudos relatam que os gastos inúteis com saúde representam entre 20% e 30% do gasto total em saúde nos Estados Unidos da América (Reis, 2013). Em estudo realizado na área de anestesiologia foi identificado uma economia de 80 mil dólares anuais, em um único hospital, com a eliminação de exames pré-operatórios desnecessários (SOARES, 2012).

5.2. Prevenção Quaternária

A prevenção quaternária foi inicialmente definida como ato ou ação de identificar um indivíduo ou populações que estão sob risco de medicalização excessiva e possível ato iatrogênico (JAMMOULE, 1998).

Para agir com base na prevenção quaternária, a equipe de saúde deve compreender as ações de saúde pautada em estudos de custo e efetividade, para conseguir contemplar o maior número de pessoas com o menor custo possível.

Cuba (2013) orienta práticas baseadas na prevenção quaternária. Em relação a prescrição, dita que deve-se pensar sempre em uma alternativa não farmacológica, considerando a causa dos sintomas e não tratar somente o sintoma em si. Refere que é possível usar o tempo como um teste diagnóstico e terapêutico, ou seja, situações clínicas que são autolimitadas, não raro, não necessitam de tratamento ou mesmo de investigação laboratorial custosa. Refere também a importância de não ceder facilmente a solicitação dos pacientes acerca de medicamentos novos ou testes diagnósticos propagados pela publicidade. Para tanto, faz-se necessário o trabalho conjunto entre a equipe e o paciente, para que este confie no profissional quando dita o exame ou a medicação como desnecessária.

De Vito (2013) descreve a medicina como uma ciência não pura, uma vez que está atrelada a um sistema de poder e a um sistema econômico. Contudo, o cuidado ao paciente não pode estar atrelado a estas variáveis, deve-se praticar a prevenção quaternária com olhar crítico acerca do que é oferecido ao “mercado da medicina”. Assim, como ensina Illich (1981), culpar o mercado farmacológico pelo uso excessivo de medidas farmacológicas é como culpar a máfia pelo uso de drogas ilegais. Há todo um sistema econômico e cultural que faz o indivíduo crer que pode comprar saúde como um produto, fazendo a sociedade esquecer das próprias limitações do ser humano. Assim, alguns exemplos cotidianos que De Vito (2013) cita: exames para pacientes saudáveis, pesquisa de osteoporose em mulheres jovens, solicitação de exame PSA em pacientes assintomáticos, radiografias para quadros de lombalgias agudas, entre outros exemplos.

Há, assim, uma confusão em relação ao fator de risco e a doença em si. Muitos profissionais de saúde tratam o fator de risco como doença, classificando o paciente são como se fosse doente. Dessa forma, há o surgimento de ´´entidades clínicas´´ como pré-diabetes e pré-hipertensão, tratadas, não raro como as doenças que as denominam, custando caro a saúde do paciente e ao sistema público de saúde.

A equipe de saúde deve ter olhar crítico acerca dos pedidos dos pacientes. Dizer ´´não´´ para um paciente que quer solicitar ´´exames de rotina´´ pode ser

crucial nesta etapa do processo. Contudo, pode-se oferecer medidas realmente preventivas, como mudanças de hábitos de vida, alimentares, de atividade física, de relacionamento social. Para tanto, faz-se necessário a prática de um acolhimento efetivo.

5.3. Acolhimento

A prática do acolhimento veio a ter destaque no cenário nacional após a percepção da incompatibilidade dos recursos financeiros frente ao modelo médico-centrado, que separa o indivíduo em sistemas orgânicos, não percebendo a integralidade do ser (ROCHA, 2015).

Assim, a prática do acolhimento pode ser entendida como uma rede de conversações durante a experiência do indivíduo no serviço de saúde. Enquanto o modelo médico-centrado define a visita do usuário ao serviço de saúde com um início (marcação da consulta) e fim (prescrição médica), o acolhimento percebe a integração dos diversos atores que compõe o serviço de atendimento. Para tanto, o usuário que vai eventualmente marcar uma consulta médica irá passar pela recepção, pela equipe de enfermagem que irá avaliar a demanda do paciente podendo encaminhá-lo para equipe do NASF, grupo de atividade física, grupo de obesidade, poderá ser realizado consulta de enfermagem, poderá ser encaminhado para uma unidade de pronto atendimento, poderá ter uma consulta médica marcada, poderá ter uma consulta odontológica marcada. Em outro cenário, por exemplo, um paciente que chega a USF para uma consulta com a equipe de saúde bucal e a auxiliar de saúde bucal percebe uma demanda para controle de obesidade, aquela poderá encaminhá-lo para o grupo de obesidade, poderá avaliar, em conjunto com outros profissionais a necessidade de consulta médica ou de enfermagem. Enfim, os caminhos do usuário dentro da unidade são expandidos e, consequentemente, a efetividade de ações de saúde é aumentada, uma vez que não personifica no médico a solução para os problemas da população. Para ter este efeito, a equipe necessita sentir-se capaz de realizar esta rede, modificando o modelo hospitalocêntrico, o qual o médico é o centro do saber e a equipe é mera apoiadora de suas ações (TEIXEIRA, 2003).

O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, percebido como um processo resultante da experiência entre trabalhadores e usuários

(BRASIL, 2009). Serve para elencar prioridades baseado em uma avaliação singular, única para cada usuário. O paciente será avaliado não somente pelos seus sintomas ou sinais vitais, mas sim pela sua condição social, pelas relações familiares, pela sua possibilidade pessoal de enfrentamento. Deixa-se de lado a lógica do atendimento de quem chega primeiro e coloca em prioridade a lógica de quem precisa mais (OLIVEIRA, 2008).

O acolhimento pode ser percebido também como um momento de resgate de valores sociais, como solidariedade, cidadania, respeito com o outro (Oliveira, 2009). O usuário é ouvido, a sua demanda é valorizada e há uma resposta da equipe, uma possível solução ou orientação. Para tal, faz-se necessário a criação de um vínculo entre equipe e população, com a formação de uma relação de respeito e não mais uma relação de poder. Com a prática do acolhimento, pode-se estimular o auto-cuidado e o resgate do saber popular sem deixar de responsabilizar o estabelecimento de saúde pelas demandas do usuário.

Assim, há a substituição gradativa de ações curativas por ações preventivas. O médico deixa de ser o centro de atenção para ser um ator que, em conjunto com os outros, participa na co-responsabilização do cuidado a população adscrita.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1. Árvore Explicativa

Causas/nós críticos

- Falta de conhecimento técnico da equipe sobre Prevenção Quaternária e sobre os preceitos do acolhimento em si.
- Desorganização do processo de acolhimento já instalado, sem a prática da prevenção quaternária.

Consequências:

- Pacientes dependentes do serviço de saúde que tem sua capacidade para resolução de problemas reduzida progressivamente;
- Saber popular desvalorizado;
- Demanda crescente por consultas médicas e outros serviços de saúde, com aumento da carga de trabalho e aumento dos gastos e agravos em saúde.

6.2. Desenho de operações para os nós críticos

6.2.1 Nó crítico: Falta de conhecimento técnico da equipe sobre Prevenção Quaternária e sobre os preceitos do acolhimento em si.

Operação: Capacitação da equipe;

Projeto: Aprender, ensinar e acolher;

Resultados esperados: equipe capacitada;

Produtos esperados: reuniões de capacitação com utilização de estratégias ativas de aprendizagem;

Atores envolvidos e responsabilidades:

- Médico: Trazer casos que problematizem iatrogênicas que podem ser evitadas pela equipe ou que já foram cometidas.
- Enfermeira: Trazer casos que o acolhimento foi essencial para a resolução do problema a fim de problematizar e estimular uma aprendizagem ativa

- Técnica de Enfermagem: cobrar os dois primeiros atores acerca do prazo.
- Agentes comunitárias: Auxiliar na problematização da discussão
- Todos da equipe: buscar fontes confiáveis para discutir na reunião de equipe, quando haverá os momentos de capacitação

Recursos necessários:

- Estrutural: sala para discussão, mesa, cadeiras, papel e canetas para anotação
- Horário na agenda da equipe
- Cognitivos: domínio dos temas acolhimento e prevenção quaternária, domínio de estratégias pedagógicas ativas

6.2.2 Nó crítico: Desorganização do processo de acolhimento já instalado, sem a prática da prevenção quaternária

Operação: Reorganizar o acolhimento

Projeto: Acolher é humanizar

Resultados: Reorganização do acolhimento

Produtos esperados: reuniões de avaliação do processo de acolhimento da equipe

Recursos necessários:

- Horário na agenda da equipe
- Espaço para reunião

6.3 Identificação dos recursos críticos

O recurso crítico fundamental para o desenvolvimento do projeto é a disposição da equipe em assumir o projeto abrindo um horário na agenda de trabalho para a capacitação e reorganização do processo de acolhimento

6.4. Análise de viabilidade e ações estratégicas

A equipe se encontra motivada para o desenvolvimento do projeto não sendo necessário nenhuma ação estratégica.

6.5 Gestão do Plano

Operação 1: capacitação da equipe:
Responsável: médico da equipe
Prazo: 3 meses de janeiro a março de 2016

Operação 2: reorganização do acolhimento
Responsável: enfermeira da equipe
Prazo: início em abril de 2016 com reavaliações mensais

6.6 Monitoramento e Avaliação

O parâmetro para o monitoramento do Projeto será o acompanhamento da execução das ações propostas e da concretização dos produtos esperados de cada operação e será realizado nas reuniões da equipe;
O parâmetro de avaliação será o acompanhamento dos resultados esperados e também da avaliação do grau de satisfação da equipe e dos usuários a partir de reuniões e dos atendimentos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capacitação e a reorganização de uma rede de acolhimento é benéfica para todos os atores envolvidos neste processo.

Os profissionais serão atualizados acerca do tema exposto e terão uma noção crítica sobre o que é divulgado nas mídias sobre o consumo de produtos médicos, além de ter uma noção mais humanística do trabalho desenvolvido, percebendo o acolhimento como facilitador no cotidiano.

A população será beneficiada com um cuidado menos intervencionista, menos invasivo, sendo indiretamente influenciada a resgatar o saber popular e a tentar resolver seus dilemas e os anseios do ser humano por si próprios, se responsabilizando pelo próprio cuidado.

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: http://decs.bvs.br. Acesso em: 18 outubro 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@.** Brasília, [online], 2014. Disponível em: http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php. Acesso em: 25 outubro 2015

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. **NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 16 julho 2015

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:** textos científicos**.** Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3>. Acesso em: 16 julho 2015

COELHO, M.O; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência e Saúde Coletiva,** 2009;14(supl.1):1523–31. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81273200900080002 6&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 19 novembro 2015

CUBA, M.A.S. Prevención cuaternária em medicina familiar. **Rev Med La Paz**, 2013, 19(2); Julio – Diciembre. Disponível em http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1726-89582013000200009&script=sci_arttext. Acesso em 21 novembro 2015.

DE VITO, E. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. **MEDICINA (Buenos Aires)**; 73: 187-190, 2013. Disponível em http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802013000200018. Acesso em 19 de novembro de 2015.

LOPES, G.V.D.O; MENEZES, T.M.O; MIRANDA, A.C; ARAÚJO, K.L; GUIMARÃES, E.L.P**.** Acolhimento: quando o usuário bate à porta. **Rev. bras. enferm**. vol.67 no.1 Brasília Jan./Feb. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100104&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 20 de novembro de 2015.

MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P; MACHADO, M.F.A.S. Formação do vínculo na implantação do programa saúde da família numa unidade básica de saúde**. Rev Esc Enferm USP,** 2009;43(2):358–64. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf. Acesso em 17 de novembro de 2015.

NERY, S.R, NUNES, E.F.P.A, CARVALHO, B.G; MELCHIOR, R; BADUY R.S; LIMA, J.V.C. Acolhimento no cotidiano dos auxiliares de enfermagem nas unidades de saúde da família, Londrina (PR). **Cienc Saude Colet**, 2009;14(Supl.1):1411–9. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800014. Acesso em 19 de novembro de 2015.

OLIVEIRA, E.R.A; FIORIN, BH; SANTOS, M.V.F; Gomes M.J. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Rev Bras Pesq Saude**, 2010;12(2): 46–51. Disponível em http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/205/117. Acesso em 23 novembro de 2015.

OLIVEIRA, L.M.L; TUNIN, A.S.M; SILVA, F.C. Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção à saúde**. Rev APS**, 2008;11(4):362–73. Disponível em

http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/394/133. Acesso em 23 de novembro de 2015.

PAZ, A. A. M. *et al*. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local** (PIL). Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: <http://forumeja.org.br/sites/forumeja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acesso em 23 novembro 2015.

ROCHA, S. Acolhimento na visão complexa: ação coletiva emergente na Equipe de Saúde da Família. **SAÚDE DEBATE |** rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 124-135, JAN-MAR 2015. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00124.pdf. Acesso em 20 novembro de 2015.

STARFIELD, B. Is US Health really the best in the world? **Journal of American Medical Association**, 2000, Vol 284, No. 4. Disponível em http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=192908. Acesso em 23 de novembro de 2015.

TEIXEIRA, R. O acolhimento entendido como uma rede de conversações. ***Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.***
Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111. Disponível em www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/.../ACOLHIMENTO.doc. Acesso em 21 de novembro de 2015.