

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG)
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

HUDSON RENAN COSTA SILVA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR
DE ALAGOAS**

**MACEIÓ - ALAGOAS
2014**

HUDSON RENAN COSTA SILVA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR
DE ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pela Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Quitéria Silva do Nascimento Torres

MACEIÓ - ALAGOAS
2014

HUDSON RENAN COSTA SILVA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR
DE ALAGOAS**

Banca Examinadora

Prof.^a Quitéria Silva do Nascimento Torres

Prof.^o Bruno Leonardo de Castro Sena

Aprovado em Belo Horizonte, 05 de fevereiro de 2014.

Dedico este trabalho:

À minha namorada, noiva e esposa Adriana, pelo seu apoio imensurável para a construção desse trabalho, com sua paciência, alegria, amor, compreensão, carinho e conselhos.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, professora Quitéria Silva do Nascimento Torres, pelos conhecimentos e experiências compartilhadas.

A minha equipe, Unidade Básica de Saúde da Família Rua de Cima, pela participação e ajuda.

A toda equipe do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela oportunidade dada para a obtenção do título de especialista.

Quando mais nada houver,
eu me erguerei cantando,
saudando a vida
com meu corpo de cavalo jovem
E numa louca corrida
entregarei meu ser ao ser do tempo
e a minha voz à doce voz do vento.
Despojado do que já não há
solto no vazio do que ainda não veio,
minha boca cantará
cantos de alívio pelo que se foi,
cantos de espera pelo que há de vir.

ALENTO, de Caio Fernando Abreu

RESUMO

A Atenção Básica de Saúde, também chamada de Atenção Primária à Saúde, possui princípios norteadores da promoção e prevenção de saúde da população. É através do Programa Saúde da Família que a Atenção Básica desenvolve tais princípios para população brasileira. As necessidades e demandas de serviços de saúde são específicas de acordo com cada comunidade ou população de abrangência desses serviços. Em Atalaia, município pertencente ao estado de Alagoas, na Unidade Básica de Saúde da Família Rua de Cima, possui a dificuldade de assistência à saúde de tal comunidade devido à demanda espontânea. Diante disso, questiona-se a respeito da sobrecarga dos serviços de saúde relacionados ao excesso de demanda espontânea em tal Unidade Básica de Saúde (UBS). O objetivo deste estudo foi construir um plano de intervenção para resolução do excesso da demanda espontânea da Unidade Básica de Saúde Rua de Cima. Trata-se de um estudo descritivo, de revisão bibliográfica com caráter explorativo, uma vez que foram utilizados conceitos de diversos autores para a construção do plano de intervenção. O desenvolvimento desse estudo ocorreu através dos bancos de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), em publicações (artigos, resumos, revisão bibliográfica) da língua portuguesa, disponíveis eletronicamente, publicados nos últimos treze anos (2000 a 2013), com a utilização dos seguintes descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): consultas, unidade básica de saúde e demanda, através do modo: *consultas [Todos os índices] or unidade básica de saúde [Todos os índices] and demanda [Todos os índices]*. Para a elaboração do plano de ação, foi utilizado como modelo científico o Planejamento Estratégico Situacional. Conclui-se que com o plano de ação construído e sua execução, com ações voltadas para gestão da clínica eficiente com modelo de acolhimento, educação permanente e agenda organizada, haja um maior controle da pressão assistencial, confluindo a demanda espontânea e a demanda agendada, e maior satisfação dos profissionais de saúde e usuários da UBS em poucos meses, devido ao aumento da resolutividade dos serviços da UBS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde da Família. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Basic Health Care, also called Primary Health Care, has guiding principles of promotion and preventive health. It is through the Family Health Program that Primary Care develops these principles for the Brazilian population. The needs and demands of health services are in accordance with each specific community or population coverage of these services. In Watchtower, municipality belonging to the state of Alagoas, in the Basic Health Unit Family Rua de Cima, has the difficulty of health care that community due to spontaneous demand. Given this, one wonders about the burden of health services related to excess demand in such spontaneous Basic Health Unit (BHU). The aim of this study was to construct an action plan to resolve the excess of spontaneous demand of Basic Unit Rua de Cima. This is a descriptive study, the literature review exploitative character, since concepts of different authors for the construction of the contingency plan were used. The development of this study occurred through the data of the Scientific Electronic Library Online (SciELO), publications (articles, abstracts, bibliographic review) of portuguese banks, available electronically published in the last thirteen years (2000-2013), using the following descriptors extracted from descriptors in Health Sciences Headings (MeSH): *consultas*, *unidade básica de saúde* and *demanda*, through the way: *consultas* [All indexes] or *unidade básica de saúde* [All indexes] and *demanda* [All indexes]. For the preparation of the action plan was used as the scientific model Situational Strategic Planning. It is concluded that with the action plan and its implementation built with actions for effective clinical management, with the host, continuing education and organized schedule model, there is a greater control of pressure care, converging spontaneous demand and scheduled patients, and greater satisfaction of health professionals and users of UBS in a few months, due to increased resoluteness of UBS services.

Keywords: Primary Care Health. Programmed Family Health. Health Services Needs and Demand.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
SF	Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Modelo da análise quantitativa da demanda de uma USF.....	23
Quadro 2 - Exemplo de organização da agenda na USF - Médico.....	24
Quadro 3 - Exemplo de organização da agenda na USF- Enfo(a).....	24
Quadro 4 – Proposta de intervenção para demanda espontânea de uma Unidade Básica de Saúde da Família Rua de Cima, Atalaia-AL	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.2 RECONHECENDO O MUNICÍPIO DE ATALAIA-AL.....	11
1.2 ANÁLISE SITUACIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RUA DE CIMA DE ATALAIA-AL.....	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 GERAL	15
3.2 ESPECÍFICOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS)..	18
5.2 O ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E DEMANDA ESPONTÂNEA DE USUÁRIOS.....	20
6 PLANO DE AÇÃO	Erro! Indicador não definido. 5
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido. 9
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária de Saúde (APS) foi implantada no Brasil na década de 90, sendo acompanhada pela introdução dos primeiros atendimentos referentes ao Programa voltado à Saúde da Família (PSF). A APS corresponde no sistema de saúde ao nível que oferta a entrada no sistema para as diversas necessidades e problemas, oferece atenção direcionada ao indivíduo no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção quando existe a necessidade dos pacientes serem referenciados para outros níveis (STARFIELD, 2002 apud KERBER; KIRCHHOF; CEZAR-VAZ, 2010).

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a inserção de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, [20--?]). Os profissionais do PSF trabalham com a continuidade do cuidado, o vínculo com as pessoas, a participação social e o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2009a). Os mesmos são responsáveis pelo acompanhamento de um número específico de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, [20--?]).

1.1 RECONHECENDO O MUNICÍPIO DE ATALAIA-AL

Atalaia é um Município do Estado de Alagoas, localizada a 48 km de Maceió (Capital do Estado). Atualmente, o prefeito da cidade chama-se Manoel da Silva Oliveira e o Vice-Prefeito é o Elvio Alves Brasil, ambos com mandato do período de 2013 a 2017. O município tem Michele Oliveira como atual Secretária Municipal de Saúde. A hipótese mais aceita para a origem do nome do município vem de 1764, dado por D. José I, em homenagem provavelmente ao Visconde de Atalaia, fidalgo português amigo de D. José I (ALAGOAS, 2013).

De acordo com ALAGOAS (2013), Atalaia ocupa uma área aproximada de 529km², com uma população estimada para o ano de 2012 foi de 36.197 habitantes (densidade demográfica de 68,45 hab/km²), 18.065 do gênero feminino e 18.131 do gênero masculino. A estimativa do ano de 2012, referente à população rural, foi de 17.885, e urbana é de 18.312. Os números de domicílios ocupados são de 89% e os desocupados são de 12%. Sua Taxa de Urbanização é de 50,59%. A economia apresenta fatias de participação de 62,55% do setor de serviços, 18,20% do setor de agropecuária (principalmente a cana-de-açúcar) e 19,26% do setor da indústria. O índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município em questão é de 0,594, uma vez que a capital do Estado (Maceió) possui 0,739. Em 2010, o número de pessoas atendidas pelo programa Bolsa Família 7.519, sendo pago um valor total de R\$ 9.171.835,00. Pessoas cadastradas no Cadastro Único, nesse mesmo ano, foram de 30.477 pessoas.

1.2 ANÁLISE SITUACIONAL DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA RUA DE CIMA DE ATALAIA-AL

No Brasil, até setembro de 2011, havia 38 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012). No Estado de Alagoas, em 2008, a cobertura populacional da estratégia de saúde da família foi de 70,4% implantada em 101 (99%) municípios (BRASIL, 2009b). Em Atalaia, município alagoano, dentre seus serviços de saúde prestados à população, a maioria são do Sistema Único de Saúde (SUS), com 90,5% (ALAGOAS, 2013), apresenta 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), entre as quais, encontra-se uma identificada por “UBSF Rua de Cima”.

Trata-se de uma unidade organizada em serviços de Saúde da Família, que atende um total de 1000 famílias cadastradas, residentes na específica área de cobertura da assistência. Aproximadamente 275 famílias não se encontram cadastradas, não possuindo nenhuma cobertura de saúde em seu território, utilizando-se dos serviços da Unidade Rua de Cima, uma vez que é a assistência de saúde que se localiza mais próxima de suas residências.

A equipe é formada por um médico, um dentista, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de consultório odontológico, um auxiliar administrativo,

sete agentes comunitários de saúde e uma auxiliar de limpeza. Recebe, ainda, apoio de uma médica em um dia semanal, no período da manhã. Atualmente, a Unidade Rua de Cima depara-se com diversos problemas identificados pela equipe de saúde, tendo como o principal, o excesso de demanda espontânea que sobrecarrega os serviços de saúde prestados pelos profissionais, resultando no inadequado funcionamento desta UBS.

Apesar dos benefícios alcançados na implantação da estratégia, nota-se que o crescimento da demanda espontânea e a sobrecarga de trabalho dos profissionais que atuam no PSF têm dificultado o trabalho das equipes de saúde (LITWINSKI, 2011). Diante disso, questiona-se a respeito da sobrecarga dos serviços de saúde relacionados ao excesso de demanda espontânea em uma UBS no interior de Alagoas.

O excedente número por consultas médicas e da enfermagem nas UBS limita o desenvolvimento das ações programáticas e a ênfase na promoção da saúde e a prevenção de doenças (LITWINSKI, 2011). A ausência de alguns fatores como, por exemplo, o planejamento e organização por partes dos atores envolvidos, podem ser os principais elementos para a resolutividade do problema. Uma vez que tal equipe envolvida não dispõe destes instrumentos no decorrer dos seus serviços.

Novas demandas podem ser identificadas ao longo do trabalho de cuidado, as quais eventualmente conduzem o sujeito a outros espaços, oportunidades ou possibilidades assistenciais. Portanto, deve-se apontar os problemas e traçar estratégias operacionais, desenvolvidos por determinados atores, com intenção de traçar benefícios ao funcionamento na UBS. Nesse sentido, foi desenvolvido um quadro com a descrição, explicação e identificação dos "nós críticos" referente demanda espontânea e seus nós críticos.

2 JUSTIFICATIVA

A escolha da temática do presente estudo está relacionada com a presença atual de diversos problemas decorrentes do excesso da demanda espontânea de pacientes que utilizam o serviço de saúde da UBSF Rua de Cima, precisando, dessa forma, de uma resolução precisa e benéfica para tal comunidade. Conforme Souto e Vieira (1996) citado por Baraldi e Solto (2011), o aumento da demanda espontânea é uma situação de preocupação dos gestores e profissionais e de insatisfação dos usuários.

A demanda espontânea compromete o desenvolvimento do serviço de promoção e prevenção dessa demanda, muitas vezes sendo reprimida, não permitindo um acompanhamento adequado, conseqüentemente, com baixa qualidade dos serviços de atenção primária. Buscar compreender as dinâmicas que insere tal demanda e utilizá-la como recurso para se reorganizar o processo de trabalho vigente é fundamental para que o modelo assistencial imediatista e centrado na figura do médico se reverta a tal ponto, que ações multidisciplinares, centrando-se na prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser efetivadas (SANTANA, 2008).

Refere-se a um assunto que deve ser ainda mais aprofundado, pois o atual problema requer o alcance de informações confiáveis com embasamento teórico e/ou prático. Trata-se de um contexto de relevância para o melhoramento da assistência pública em geral, assim como, o aprimoramento dos serviços desempenhados pelos profissionais de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Construir um plano de intervenção para resolução do excesso da demanda espontânea da Unidade de Saúde da Família (USF) Rua de Cima.

3.2 ESPECÍFICOS

- Realizar levantamento das produções científicas diante da temática;
- Propor estratégias gerenciais e dos profissionais envolvidos para que a demanda espontânea seja contemplada com a assistência de saúde de acordo com o contexto da APS/ Saúde da Família (SF);
- Estimular a equipe diante das ações propostas.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção referente ao sobrecarregamento dos serviços de saúde da USF Rua de Cima foi necessário fazer uma relação entre os problemas encontrados em tal instituição e a literatura.

Dessa forma, este trabalho corresponde a um estudo descritivo, de revisão bibliográfica e abordagem qualitativa, uma vez que foram consideradas as opiniões de todos os atores envolvidos. Trata-se de uma revisão bibliográfica, pois visa recuperar o conhecimento científico acumulado sobre um problema, descritiva, uma vez que tem como objetivo primordial a descrição das características de específica população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis, e qualitativa que entende como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos (MINAYO, 2008 apud MOURA *et al*, 2012).

O desenvolvimento desse estudo ocorreu através dos bancos de dados da Scientific Eletronic Library Online (SCIELO), em publicações (artigos, resumos, revisão bibliográfica) da língua portuguesa, disponíveis eletronicamente, publicados nos últimos treze anos (2000 a 2013), com o título relacionado ao tema, apresentados em forma de texto completo, com identificação de publicação e com a utilização dos seguintes descritores extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): consultas, unidade básica de saúde e demanda, através do modo: *consultas [Todos os índices] or unidade básica de saúde [Todos os índices] and demanda [Todos os índices]*.

As seleções das publicações ocorreram após a leitura dos trabalhos e observação aos critérios de inclusão citados. Não foi necessária nenhuma manifestação acerca de aprovação de qualquer Comitê Ética, pois o presente estudo foi feito através de artigos já divulgados na internet.

O plano de ação seguiu o modelo científico de Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo professor Carlos Matus, Ministro da Economia e assessor direto do governo de Salvador Allende, o então presidente do Chile (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Foi realizada, através do método da Estimativa Rápida, a elaboração do Diagnóstico Situacional de saúde da área de abrangência da UBS Rua de Cima. Em seguida, elaborou-se o Plano de Ação, identificando e

priorizando os problemas listados pela equipe da UBS Rua de Cima. Selecionado o problema principal (sobrecarregamento dos serviços de saúde devido ao excesso da demanda espontânea), destacou-se os nós críticos relacionados à causa priorizada e construiu-se o Desenho de Operações (contendo os nós críticos, operação, recursos necessários, produtos esperados, resultados esperados) e o Plano Operativo (contendo os prazos e autores responsáveis). Ao final, definiu-se o processo de acompanhamento e avaliação das ações propostas.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável pela saúde de toda população brasileira nos três níveis de atenção: primária ou de baixa complexidade, b) secundária ou de média complexidade e c) terciária ou de alta complexidade. As classificações dos níveis se dão através dos recursos utilizados por cada instituição de saúde. A atenção primária é tida como base por trabalhar a promoção e prevenção da saúde, evitando o surgimento de doenças. São serviços desenvolvidos principalmente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

5.1.O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE (ABS)

Anterior à criação do SUS, no Brasil, na década de 80, tinha-se um modelo sanitário (privatista). Em 1988, foi institucionalizado o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, com a criação do SUS (CONASS, 2007a). A partir da constituição, ficou sob responsabilidade do governo o dever de prestar atenção em saúde, compreendendo as três esferas: União, Estado, Município e Distrito Federal.

O histórico do SUS se deve a VIII Conferência de Saúde. Tal conferência teve desdobramentos imediatos em vários trabalhos técnicos elaborados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária que serviriam de base à elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (CONASS, 2007a). O relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde representou o instrumento que teve influência em dois processos: a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, o SUDS (1987) e a elaboração da nova Constituição Federal (CONASS, 2007a).

Como decorrência da Constituição Federal, elaborou-se, no período de 1989 a 1990, a Lei n. 8.080 de setembro de 1990, que dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, as Constituições Estaduais e as Leis Orgânicas Municipais. A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990). Outra Lei importante é a de n. 8.142, de dezembro de 1990, que regula a participação da comunidade no SUS.

Com a implantação do SUS, não se permitia mais a utilização da assistência em saúde de modo seletivo. Uma vez que, na década de 80, para os incluídos havia a Saúde Previdenciária a que tinham direito os portadores da “carteirinha” do Inamps; para os não incluídos restavam a atenção ambulatorial provida por unidades de medicina simplificada e a atenção hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes (CONASS, 2007a).

Com o SUS foi possível desenvolver uma política voltada a Atenção Básica à Saúde (ABS), com a intenção de promover conjunto de ações de saúde, de forma coletiva ou individual priorizando a promoção, prevenção e a cura. O SUS se organiza em três modelos: Atenção Básica, atualmente conhecida como Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária e Atenção Terciária. “Atenção Primária se diferencia da secundária e da terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos), que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos” (CONASS, 2007b).

Em sua forma mais desenvolvida, a Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população, ao longo do tempo (STARFIELD, 1994; VUORI, 1982 apud CONASS, 2007b). A APS é descrita pela Declaração de Alma-Ata como uma assistência sanitária para todos os indivíduos e famílias, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada etapa do seu desenvolvimento (CONASS, 2007b).

Para Matta e Morosini (2009), atualmente, a principal estratégia de configuração da ABS no Brasil é a saúde da família que tem recebido importantes incentivos financeiros (Piso de Atenção Básica Fixo e Piso de Atenção Básica Variável) visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção. A ESF fornece serviço de maneira generalizada com uma equipe de profissionais de saúde, focando-se em um território específico.

5.2 O ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E DEMANDA ESPONTÂNEA DE USUÁRIOS

O Ministério da Saúde criou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, que tinha intenção de financiar equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes profissionais tinham a função de orientar a população quanto às questões de higiene e aspectos simples de saúde. No ano de 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente conhecida como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Após sua criação, o PSF passa a ter outra visão pelo Ministério da Saúde (MS) e assim deixa de ser um programa verticalizado e focalizado e passar a ser compreendido como uma estratégia para a reorientação do modelo de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [20--?] apud COSTA; TRINDADE; PEREIRA, 2010). Para Sousa (2008) citado por Litwinski (2011), sua implantação permite a acessibilidade da população aos serviços de saúde, desenvolver práticas de saúde de maneira integrada com famílias, introduzir o atendimento humanizado e assistência de acordo com a necessidade do indivíduo.

Uma equipe de Saúde da Família tem entre oito e dez pessoas, sendo 01 enfermeiro, 01 ou 02 técnicos de enfermagem, 01 médico e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (GUSSO; POLI NETO, 2012). Acrescido a esses profissionais estão 01 dentista e 01 auxiliar de consultório dentário. A equipe de Saúde da Família atende uma população composta por 600 a mil famílias, não excedendo o total de quatro mil pessoas moradoras de um território, ou melhor, uma área geográfica específica.

A área de atuação de uma ESF deve ser constituída pela população, membros da Secretaria Municipal de Saúde e a própria equipe de saúde. Devem-se levar em conta os mapas do município, mapas censitários (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), condições culturais, econômicas e sociais da população local, meios de transporte, dinâmica demográfica da área e homogeneidade de riscos (CONASS, 2007b).

A presença e a forte extensão desses atributos favorecem o fato de que os serviços de APS tenham capacidade assistencial perante todas as necessidades em saúde da população adscrita, contando com apoio coordenado dos outros níveis (pontos) da rede de serviços de saúde e com segmentos de outros setores (como, por exemplo, assistência social), além da execução pela própria equipe do SF de ações individuais e coletivas fora dos muros da UBS (como visitas domiciliares, apoio a grupos de ajuda mútua) (CONASS, 2007b, p. 75).

Em vários países, usam-se o que se chama de *walk-in clinics*, trata-se do atendimento exclusivamente da demanda espontânea, onde os centros de saúde realizam tratamento de maneira longitudinal (NHS, 2012 apud GUSSO; POLI NETO, 2012). No Brasil, a Atenção Básica tem como fundamentos, segundo o Programa Nacional de Atenção Básica (PNAB), entre outras: efetivar a integralidade em seus vários aspectos, de ações programáticas e da demanda espontânea (CONASS, 2007b).

A organização da demanda sofre influências de algumas variáveis como, por exemplo, o modelo dos serviços, a conformação das equipes e a lista de pacientes. As equipes, no Brasil, em sua maioria, são consideradas fechadas atendem a uma população definida, enquanto em outros países, como os anglo-saxões, os médicos têm população definida e os outros profissionais se organizam por tarefas, lidando com pacientes de todos os médicos (GUSSO; POLI NETO, 2012).

Em outros países, as pessoas podem escolher o seu médico de família, desde que haja vaga, e cada profissional de saúde fica responsável por 1.500 a 2.000 pacientes (GUSSO; POLI NETO, 2012). No Brasil, a ESF trabalha por região geográfica, sendo que ainda há subdivisão que define a área de cada equipe, o que facilita cobertura populacional, lidando com 2.400 a 4.000 pessoas (GUSSO; POLI NETO, 2012). Outra variável que interfere na organização dos serviços de saúde em uma USF é as informações dos pacientes.

Numa equipe de 10 pessoas, por exemplo, e a população for de 4.000 pessoas, são aproximadamente 400 pessoas por profissional. Em alguns países da Europa, as equipes são constituídas apenas por médico e enfermeiro, e ficam no total com 1.000 pessoas por profissional (GUSSO; POLI NETO, 2012). Assim, percebe-se que a diferença é que, nesses países que adotam equipes menores, há um médico geral ou de família para 2.000 pessoas, enquanto no Brasil, há um para cada 4.000

pessoas (ou mais, como no caso da UBSF Rua de Cima, onde encontram aproximadamente 6.000 pessoas para cada médico), e a principal pressão assistencial é justamente por consulta médica, havendo uma tensão constante.

Essa pressão assistencial, aliada a tradição de se trabalhar de forma vertical, faz com que haja grande atração pela organização da clínica por programas na “priorização” de alguns grupos populacionais, como hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças, tuberculosos e hansenianos. Como consequência da excessiva programação da agenda é que a equipe define quando e com que frequência quer ver os hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças, mas estes grupos têm dificuldade para acessar a equipe quando sentem necessidade, por exemplo, quando a criança está com febre, a gestante com dor de garganta e o hipertenso com alguma micose (GUSSO; POLI NETO, 2012, p.160).

Assim, percebe-se que, ao se focar demasiadamente na priorização de determinados grupos populacionais, concentrando-se os esforços, acaba-se negligenciando outras demandas, inclusive de pessoas que pertencem a esses grupos considerados prioritários (pois se sabe que, por exemplo, no grupo dos hipertensos, que se apresentam com baixo e alto risco de saúde, assim como não hipertensos que apresentam altíssimo risco a saúde, mas que, devido à organização da demanda atual, acaba tendo o seu acesso dificultado, enquanto hipertensos de baixo risco apresentam consultas demasiadas desnecessárias) apresentando, assim, uma atenção primária de baixa qualidade, pois se está assumindo que não há a possibilidade de dar resposta a todas as demandas.

Na busca de soluções para o problema das demandas e para melhorar a assistência em saúde, respeitando os princípios de equidade e se baseando nas doutrinas de Atenção básica e da ESF, vários estudiosos acusam a falta de acolhimento na ESF. Para o CONASS (2007b), o acolhimento é uma proposta de organização do atendimento da demanda espontânea nos serviços de saúde, de forma que todas as pessoas que procurarem os serviços tenham suas demandas ouvidas e encaminhadas às alternativas de solução de forma humanizada.

Entende-se por acolhimento não apenas a forma humanizada, respeitosa e comprometida que deve estar presente na relação profissional-usuário, mas também um recurso para se garantir o acesso ao serviço de saúde pela população, tendo em vista que muitos trabalhadores denominam acolhimento como demanda espontânea do usuário à unidade (SANTANA, 2008). De acordo com o Brasil (2011), para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas enumeradas (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem encaminhar todas as pessoas ao médico (o acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico).

Para Brasil (2011), assumir continuamente o acolhimento como diretriz é um processo que exige transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica. Exige esforços de todos os envolvidos. O Brasil (2011) acrescenta ainda que, tal recurso requer diversas ações articuladas, que envolve usuários, trabalhadores e gestores. Essas ações incluem aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho como também aspectos resolutivos de cuidado e de condutas.

Casajuana e Bellon (2003) citado por Gusso e Poli Neto (2012) explicam que, para atender a demanda é preciso ter controle de informações dos pacientes. Para compreender quais informações devem ser resgatadas e registradas é necessário conhecer os conceitos de pressão assistencial (número de consultas em um período/número de dias trabalhados em um mesmo período) e frequência (número de consultas em um período/número de habitantes) (Quadro 1).

Quadro 1: Modelo da análise quantitativa da demanda de uma USF

Análise quantitativa da demanda		
	Alta frequência	Baixa frequência
Alta pressão assistencial	Situação A	Situação B
Baixa pressão assistencial	Situação C	Situação D

Fonte: Casajuana e Bellon (2003) citado por Gusso e Poli Neto (2012)

Segundo Gusso e Poli Neto (2012), a agenda do profissional deve ser a mais livre possível, sendo que, quanto menos seleção de grupos populacionais, mais qualificada é a atenção prestada, todavia, apenas 02 grupos necessitam ser protegidos, caso a pressão assistencial seja muito alta: gestantes e crianças menores de 01 ano. Conforme o autor, para os outros grupos de riscos, será o profissional que estabelecerá a critério individual de cada um.

Ainda segundo Gusso e Poli Neto (2012), a organização da agenda da USF não deve ser utilizada para reprimir a demanda, mas sim para organizá-la, resolvê-la de forma mais rápida e custo-efetivo possível, como, por exemplo, reservando tempo para consultas burocráticas, reservar tempo para consultas do dia e consultas agendadas, além de atividades de visitas domiciliares e de capacitação, tornando a equipe mais funcional, resolvendo grande parte da demanda, não a recusando (Quadro 2 e 3).

Quadro 2 - Exemplo de organização da agenda da Unidade Saúde da Família - médico

Médico	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h- 10h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Capacitação
10h- 10h20min	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática
10h20min- 12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião da equipe	Consultas agendadas
13h- 15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h- 15h20min	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática
15h20min- 17h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

FONTE: Equipe 431 (2010) citado por Gusso e Poli Neto (2012)

Quadro 3 - Exemplo de organização da agenda da Unidade Saúde da Família – enfermeiro(a)

Enfo(a)	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8h- 10h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
10h- 10h20min	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática	burocrática
10h20min- 12h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Reunião da equipe	Consultas agendadas
13h- 15h	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia	Consultas do dia
15h- 15h20min	Burocrática	Burocrática	Burocrática	Burocrática	burocrática
15h20min- 17h	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Consultas agendadas	Visita domiciliar	Consultas agendadas

FONTE: Equipe 431 (2010) citado por Gusso e Poli Neto (2012)

6 PLANO DE AÇÃO

A proposta de intervenção foi baseada no principal problema da Unidade, sendo este o excesso da ocorrência de demanda espontânea. Foi observado que tal problema é decorrente de diversos outros que em conjunto resultam em completa desordem do funcionamento da instituição de saúde. Portanto, a resolução envolve vários contextos e conseqüentemente os esforços de todos da equipe e de gestão para obter os resultados esperados.

A crescente demanda espontânea é fator de constante preocupação dos gestores e profissionais de saúde e de insatisfação dos usuários (ALMEIDA-FILHO; ROUQUAYROL, 2006 apud BARALDI; SOUTO, 2011). No entanto, deve-se lembrar da necessidade de trabalhar a promoção e prevenção destes grupos. Sendo para isso, foca-se do planejamento e gestão dos serviços combinados a ações de vigilância em saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999 apud BARALDI; SOUTO, 2011). Para Aued e Siqueira (2006) citado por Santana (2008), a quantidade de demanda também pode refletir nos problemas de infraestrutura, como, por exemplo, falta de recursos humanos.

Uma das soluções relacionadas ao excesso de atendimento de pessoas não cadastradas no PSF é a acolhimento. De acordo com Campinas e Almeida (2003) citado por Santana (2008), o acolhimento não possui somente a função de acesso à demanda espontânea, mas o de aceitação do doente como sujeito de direitos, desejos para os quais se tornam necessários uma boa comunicação e relacionamento profissional-paciente, a fim de estabelecer uma relação de compromisso e de confiança mútua.

De acordo com Baraldi e Souto (2011), o acolhimento é uma alternativa à recepção tradicional, destinado a modificar o modo de organização e funcionamento dos serviços de saúde a partir das seguintes intenções: indicar alternativas de solução da demanda de todos que procuram o serviço, superar o modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional e qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Vale ressaltar que, acolhimento é diferente de triagem porque o mesmo não se constitui apenas como uma etapa burocrática do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2008 apud BARALDI; SOUTO, 2011). Para Takemoto e Silva (2007), temos, portanto, duas possibilidades de entendimento do Acolhimento: uma como postura diante do usuário e suas necessidades, a outra como dispositivo capaz de reorganizar o trabalho na unidade.

Outra proposta é a educação permanente que é fundamental para organização não apenas da demanda espontânea, mas também de todo funcionamento da unidade incluindo os serviços do dia a dia da equipe de saúde. Mudar algumas ações no funcionamento da unidade requer planejamento, serviço e avaliação. A inexistência ou a pouca preocupação de certos serviços com a educação permanente é inadmissível, não apenas pelas razões apresentadas, mas porque é almejado que todo processo de mudança seja acompanhado (ELIAS, 2009).

Segundo Santana (2008), em um ambiente em que o processo de trabalho é quebrado, onde as rotinas não são revisadas, a comunicação é ineficaz, os registros não são eficazes e os planos não são tidos em prioridades e em objetivos claros e a gerência é inexpressiva, cabe ao órgão central, ou seja, à Diretoria de Saúde, providenciar um espaço para educação permanente de seus recursos humanos, sob o risco de inviabilizar a superação do modelo de assistência tradicional, em detrimento ao que se almeja pela ABS.

Novas demandas podem ser identificadas ao longo do trabalho de cuidado, as quais eventualmente conduzem o sujeito a outros espaços, oportunidades ou possibilidades assistenciais. Portanto, deve-se apontar os problemas e traçar estratégias operacionais, desenvolvidos por determinados atores, com intenção de trazer benefícios ao funcionamento na USF. Nesse sentido, foi desenvolvido um quadro com a descrição, explicação e identificação dos "nós críticos" referente demanda espontânea e seus nós críticos (quadro 4).

Quadro 4 – Proposta de intervenção para demanda espontânea da Unidade Básica de Saúde da Família Rua de Cima, Atalaia-AL.

Nó Crítico	Operação/Projeto	Recursos Necessários	Produtos Esperados	Resultados Esperados	Prazo	Responsáveis
Ausência de programação eficiente das atividades.	Elaborar agenda organizada.	-Organizacional: aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho; -Cognitivo: conhecimento das demandas (pressão assistencial) -Humanos: equipe da UBSF	-Organização do fluxo da demanda programada e espontânea.	-Aumento da resolução da demanda espontânea. -Controle da pressão assistencial -Satisfação de usuários e equipe; -Melhoria da qualidade da APS.	Início imediato das ações 3 a 6 meses para resultados	Equipe da UBSF
-Ausência no acolhimento demanda.	-Implementar um modelo assistencial de acolhimento;	-Organizacional: aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho; -Cognitivo: informações para planejamento e implantação do acolhimento; -Pessoal: Equipe UBSF, usuários e gestores.	-Acolhimento qualificado (Equipe capacitada). -Humanização do atendimento.	-Organização do atendimento da demanda espontânea; -Aumento de alternativas para solução da demanda -Satisfação dos usuários e equipe; -Maior resolubilidade -Melhoria da qualidade da APS.	Início imediato das ações 3 a 6 meses para resultados	Equipe da UBSF
-Ausência na realização de educação permanente em saúde.	-Promover ações de Educação Permanente (EP);	-Organizacional: aspectos organizativos da equipe e seu processo de trabalho; -Cognitivo: Informações para a capacitação da equipe em EP; -Pessoal: equipe da UBSF, usuários e gestor -Financeiro: compras de folhas e tintas para impressão de possíveis ações da UBSF, como a de elogios, críticas ou sugestões.	-Reflexão do fazer cotidiano; - Multidisciplinaridade; -Aprendizagem significativa	Transformação do processo de trabalho (efetivo) -Maior Resolubilidade -Melhoria da qualidade da APS	Início em 1 mês 3 a 6 meses para resultados	Equipe da UBSF Gestor da SMS

Fonte: Autoria própria (2014)

De acordo com Starfield (2002) citado por Santiago *et al.* (2013) para funcionar como porta de entrada, a USF, além de ser acessível, deve constituir-se em serviço de procura regular e servir de seleção e ponto de entrada do fluxo pela rede assistencial na procura coordenada pelo generalista. Portanto, a proposta de intervenção contribui para que ocorra esta filtração, além de contribuir também para a organização em diversos setores. Tratando-se de mudanças de toda equipe multiprofissional e consequentemente atingindo a população (classe prioritária).

O acompanhamento e avaliação da proposta ocorrerão através de reuniões periódicas a cada 15 dias, às quintas-feiras, no horário de 10h20min as 12h00min, conforme agenda organizada nos quadros 2 e 3, com a participação todos os membros da equipe da UBSF Rua de Cima. Nessas reuniões periódicas, serão definidas as funções de cada responsável nas ações estabelecidas pela proposta de intervenção, com o andamento atual, promover o estímulo necessário para a realização das mesmas. Caso haja atrasos nos andamentos das operações, serão redefinidos novos prazos para a obtenção dos resultados esperados.

A avaliação periódica das ações propostas contribui para o adequado andamento da proposta de intervenção e diminuição ou resolução dos problemas relacionados à demanda espontânea, melhorando a qualidade da atenção primária em saúde oferecida para essa comunidade Rua de Cima, de maneira permanente e igualitária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível identificar, através do planejamento estratégico situacional, que o aumento da pressão assistencial da demanda espontânea na comunidade Rua de Cima é reflexo da deficiência de alguns fatores contribuintes para a redução da qualidade na atenção primária à saúde para a comunidade Rua de Cima. A revisão da literatura reforçou que ações voltadas para o acolhimento, elaboração de agenda organizada e educação permanente, são fundamentais para a adequada abordagem da demanda espontânea, e seu possível controle assistencial. Assim, conclui-se que:

- O planejamento das ações em saúde, a partir das informações do diagnóstico situacional da comunidade e identificação de seus problemas, concretizado na construção do plano de ação, foi fundamental para que ocorra uma eficiente abordagem do problema relacionado à demanda espontânea, apontado como prioritário;
- Com o plano de ação construído e a sua execução, envolvendo ações de gestão da clínica eficiente, modelo de acolhimento, educação permanente e agenda organizada, favoreça a um maior controle da pressão assistencial, confluindo a demanda espontânea e a demanda agendada, e, conseqüentemente, maior satisfação dos profissionais de saúde e usuários da UBS em poucos meses, devido ao aumento da resolutividade dos serviços da UBS.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS (Município). Secretaria de Estado do Planejamento e do Desenvolvimento Econômico do Estado de Alagoas. **Perfil Municipal de Atalaia**. Maceió. 2013:1(1). Disponível em: < http://informacao.seplande.al.gov.br/perfil-unicipal/relatorios/Municipal_Atalaia_2012.pdf >. Acesso em: 05 de jun de 2013.

BARALDI, D. C.; SOUTO, B. G. A. A Demanda do Acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família em São Carlos, São Paulo. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. 2011,v.36, n.1, p. 10-17. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n1/a1918.pdf>>. Acesso em: 22 de jun de 2013.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 de dez de 2013.

BRASIL, Ministério da saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Brasília – DF. [20--?]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 05 de jun de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Saúde da Família: um retrato. Brasília – DF. 2009. 76p. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/0/0/saude_da_familia_um_retrato.pdf>. Acesso em: 05 de jun de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação**. Alagoas. Brasília/DF. 2009. [Acesso em: 05 de jun de 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/002_al_relatorio_de_situacao.pdf

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Unidades básicas de saúde**. [Acesso em: 05 de jun de 2013]. 2012. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/atendimento/unidades-basicas-de-saude>>.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**/ - 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114p.

CONASS. **Sistema Único de Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 291 p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf>. Acesso em: 20 novembro de 2013.

CONASS. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 20 novembro de 2013.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no programa saúde da família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, ano 2010, v. 11, n. 11, p. 27 – 33. Disponível em: <http://www.castelobranco.br/sistema/novoenfoco/files/11/artigos/04.pdf>>. Acesso em: 02 de jan de 2014.

ELIAS, C. E. L. Educação Permanente no Cotiado das Equipes de Saúde da Família: possibilidades de ensinar e aprender. Araçuaí – MG. 2009. [Monografia]. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0208.pdf>. Acesso em: 27 de jun de 2013.

GUSSO, G.; POLI NETO, P.: Gestão da Clínica. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs.) **Tratado de medicina de família e comunidade** : princípios, formação e prática. – Porto Alegre : Artmed, 2012. 2 vols. V 1. p. 159 – 166.

KERBER, N. P. da C.; KIRCHHOF, A. L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Atenção domiciliária e direito à saúde: uma experiência na rede pública brasileira. **Acta paul. enferm.** [online]. 2010, vol.23, n.2, p. 244-250. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/15.pdf>>. Acesso em: 05 de jun de 2013.

LITWINSKI, G. I. S. O acolhimento como uma ferramenta para a melhora da qualidade do atendimento nas unidades básicas de saúde. **Monografia** (Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte/MG. 2011. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2539.pdf>>. Acesso em: 22 de jun de 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Dicionário da educação profissional de saúde**. Fundação Osvaldo Cruz. Atenção Primária à Saúde. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. acesso em: 20 nov de 2013.

- MOURA, A. *et al.* Interdisciplinaridade: Integração da Equipe de Saúde em Prol do Usuário. In: Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão. 16. 2012. Santa Maria. **Anais...** Santa Maria: UNIFRA., 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5723.pdf>>. Acesso em: 27 de jun de 2013.
- SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no programa saúde da família de pindamonhangaba universidade de taubaté. Taubaté – SP. 2008. [**Dissertação**]. Disponível em: <http://www.ppga.com.br/mestrado/2008/santana_milena_lopes.pdf>. Acesso em: 27 de jun de 2013.
- SANTIAGO, R. F. *et al.* Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):35-44, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 02 de jan de 2014
- TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp. 331-340. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102-311X2007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 22 de jun de 2013.