

PROPOSTA DE UM PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DE MINAS GERAIS

PROTOCOL RECEPTION WITH RISK CLASSIFICATION FOR PRIMARY HEALTH OF A CITY IN MINAS GERAIS

MARCELA PEREIRA DE SOUZA **LEITE**^{1*}, CARLOS HENRIQUE WERNERSBACH **GUERRA**², NEÍLA RODRIGUES VARGAS **DE PAULA**¹, RAMAIL SANTOS **POUZAS**¹, RODRIGO DIAS **GODINHO**¹, RONAN **MOURÃO**¹

1. Acadêmicos do Curso de Graduação em Medicina do Centro Universitário de Caratinga (UNEC); 2. Enfermeiro, Mestre pelo UNEC, professor dos cursos de medicina e enfermagem e coordenador do curso de enfermagem do UNEC.

* Rua Casimiro de Abreu, 430, Bairro Ideal, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. CEP: 35162-163. mplsleite@hotmail.com

Recebido em 15/05/2016. Aceito para publicação em 14/07/2016

RESUMO

O acolhimento constitui uma forma de organizar o trabalho em saúde, sendo fundamental para a garantia de um acesso humanizado e equânime aos usuários. A implantação do protocolo é vista pela equipe como ação imprescindível para a reorganização da APS. O presente trabalho objetiva elaborar um protocolo de acolhimento com classificação de risco para a atenção primária à saúde – APS, de um município de Minas Gerais, a partir da análise do diagnóstico situacional da saúde deste município. Após análise do diagnóstico situacional, discussão e reflexão, foi elaborado e proposto um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no protocolo de Manchester e nas demandas da APS. O protocolo elaborado pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao sujeito, garantindo-lhe acesso e atendimento humanizado e equânime.

PALAVRAS-CHAVE: Protocolo, acolhimento, classificação de risco, humanização.

ABSTRACT

The embracement is a way of organizing work in health, being essential to ensuring a humane and equitable access to users. The protocol implementation is seen by the team as an essential action for the reorganization of PHC. This paper aims to draw up a protocol host with risk classification for primary health care - PHC, a city in Minas Gerais, from the analysis of the situational diagnosis of the health of this city. After analysis of the situational diagnosis, discussion and reflection, it was drafted and proposed a embracement protocol with risk rating, based on the Manchester protocol and the demands of the PHC. The elaborate protocol assumes the embracement by a qualified hearing and humanized, able to respond to the subject, guaranteeing access and humane care and equitable.

KEYWORDS: Protocol, embracement, risk rating, humanization.

1. INTRODUÇÃO

O PSF foi criado pelo ministério da saúde em 1994 numa proposta de estruturação e organização do SUS, com o objetivo de colaborar para a implementação dos princípios de universalização, descentralização, integralidade e participação comunitária. O programa prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos sujeitos e das famílias, de forma integral e contínua¹. Para tanto, é essencial que haja uma ampliação do acesso aos serviços de saúde, através de um trabalho em equipe e da mudança no processo de trabalho da mesma². Segundo este autor, uma das estratégias que faz parte dessa política, é o acolhimento. Este é visto como forma de aplicação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

O acolhimento no campo da saúde consiste na qualificação da escuta, na construção de vínculos solidários e na garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Portanto, ele não é um local, mas uma postura ética: não existe hora marcada ou profissional específico para fazê-lo. Diferencia-se da triagem por não ser uma etapa do processo de trabalho e por não trabalhar com a lógica da exclusão, já que todos serão atendidos e terão uma resposta para a sua demanda. Acolhimento implica em compartilhamento de saberes, angústias e invenções através da escuta e deve estar presente em todos os locais e momentos do serviço. Se bem realizado, garante o acesso dos usuários e possibilita um atendimento mais resolutivo e equânime³.

O acolhimento fundamenta-se em três elementos básicos: acessibilidade, atendimento e humanização. A acessibilidade é o elemento estrutural do acolhimento e

engloba a disponibilidade, comodidade, custo e aceitabilidade do serviço pelo usuário, considerando barreiras físicas, disponibilidade em horários que atendam às necessidades dos usuários, existência de transporte coletivo, etc. O atendimento é o elemento processual e implica em resolutividade e responsabilidade da equipe e de cada profissional em sua área de atuação. Depende do conhecimento do problema pelos profissionais, da qualidade da atenção prestada e da co-responsabilização do usuário. A humanização é o elemento que permitirá a real efetivação do vínculo entre o profissional, a equipe e a comunidade, tornando as unidades ambientes mais acolhedores⁴.

Desta forma, este protocolo propõe a utilização da tecnologia de Avaliação com Classificação de Risco, para uma maior agilidade no atendimento a partir da análise do grau de necessidade do usuário proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada⁵. A classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos usuários que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. A partir deste processo de classificação, os casos poderão ser categorizados por prioridades, a partir da utilização de um protocolo clínico⁶.

Segundo o diagnóstico situacional realizado, o município do estudo possui 100% da população cadastrada no SIAB e acompanhada pela atenção primária a saúde, promovendo ações voltadas à prevenção de agravos e doenças e à promoção da saúde. Contudo, o modelo médico centrado, voltado às atividades curativas, ainda prevalece. O acolhimento é a estratégia fundamental para a mudança deste modelo assistencial vigente. Ele modifica a lógica do atendimento por ordem de chegada, possibilitando um acesso mais equânime, universal e integral aos indivíduos. Deve acontecer em todos os momentos do processo de trabalho da equipe de saúde. Contudo, é importante a existência de um local reservado onde aconteça o acolhimento com a classificação de risco, resguardando o usuário e garantindo-lhe privacidade.

Desta forma, para os usuários que procuram a unidade, motivados por um problema, queixa ou evento agudo, propõe-se a classificação de risco. Esta deve ser realizada por profissionais devidamente treinados para proceder uma entrevista objetiva que possibilite a exclusão ou identificação de sinais de gravidade.

A classificação de risco objetiva⁶:

- Humanizar e personalizar o atendimento, valorizando a singularidade;
- Avaliar o usuário logo na sua chegada para identificar a gravidade do caso;
- Estabelecer a prioridade de atendimento do usuário, de acordo com a gravidade do caso;

- Determinar o ponto de atenção e o atendimento adequado, de acordo;
- Com a gravidade ou a necessidade de atendimento de cada caso;
- Prestar informações adequadas ao usuário/familiares;
- Informar o tempo de espera.

Segundo o Ministério da Saúde, para a implantação do acolhimento com classificação de risco são necessários alguns pré-requisitos: estabelecimento de fluxos, protocolos de atendimento e classificação de risco; qualificação das Equipes de Acolhimento e Classificação de Risco (recepção, enfermagem, orientadores de fluxo, segurança, auxiliares administrativos e de serviços gerais); sistema para o agendamento de consultas (organização da demanda programada); quantificação dos atendimentos diários e perfil da clientela e horários de pico (para avaliação do processo)⁵.

Diante do exposto, o presente trabalho objetiva, a partir do diagnóstico situacional de um município de Minas Gerais, elaborar e implantar um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado na realidade da APS local.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo envolvendo a APS de um município de Minas Gerais, onde inicialmente firmou-se um termo de compromisso com a Secretaria Municipal de Saúde autorizando e viabilizando o trabalho com as equipes.

Aleatoriamente, foram sorteadas 6 equipes de PSF como piloto para implantação do protocolo, com possibilidade de ampliação para as 24 equipes. Após análise da APS e a realização do diagnóstico situacional a partir de dados do DATASUS, SIA e SIAB, profissionais e outras fontes do próprio município, elaborou-se um protocolo de acolhimento com classificação de risco, baseado no protocolo de Manchester e adaptado a realidade local.

3. RESULTADOS

Apresentação do protocolo

Considerando a realidade do serviço de saúde do município e os recursos disponíveis, fez-se necessária a adaptação do protocolo de Manchester, propondo-se um sistema de classificação de risco baseado em 3 prioridades⁶.

1. classificação

Prioridade 1 - Vermelho:

- Inclui os usuários classificados como vermelho (EMERGÊNCIA ABSOLUTA - necessita de ressuscitação) ou laranja (EMERGÊNCIA - que não ne-

cessita de ressuscitação) pelo protocolo de Manchester.

- Prioridade 1 - ex: parada cardíaca, choque, politraumatismo, coma profundo, trauma grave, alteração do estado mental, comprometimento do estado hemodinâmico, queimaduras de segundo e terceiro grau, dor precordial, quadros hemorrágicos intensos, entre outros.
- Este atendimento é prioridade absoluta, os primeiros cuidados são imediatíssimos.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é o pronto socorro e o acesso deve ser imediatíssimo e realizado prioritariamente pelo SAMU.

Prioridade 2 - Amarela:

- Deve ser categorizado como caso de URGÊNCIA.
- Prioridade 2 – ex: traumatismos moderados, quadros dolorosos de intensidade moderada, quadros de sibilância de intensidade moderada.
- Este atendimento é prioridade, os primeiros cuidados são imediatos (ainda na unidade de atenção primária) e o transporte sanitário deve ser acionado se houver necessidade de transferir o sujeito para o pronto socorro mais próximo.

Prioridade 3 - Azul:

- Categorizado como caso de URGÊNCIA MENOR e SEM SINAL DE ALERTA.
- Prioridade 3 – ex: quadro febril de baixa intensidade em criança, gestantes com queixas, quadros dolorosos de baixa intensidade. Além disso, as situações que não apresentam Sinal de Alerta - caso eletivo: quadro gripal, dor de intensidade leve, trauma menor, entre outras.
- Este atendimento deve ser priorizado, preferencialmente, na UAPS, para o mesmo turno (nos casos de urgência menor) ou pode ser agendada.
- O ponto de atenção com competência para o atendimento destes usuários é a UAPS.

2. funcionamento

A proposta de funcionamento referenciou-se no protocolo de acolhimento da secretaria municipal de saúde de Campinas⁷.

2.1 Porta de entrada

- Unidade de atenção primária à saúde de Caratinga.

2.2 Profissionais responsáveis

- O acolhimento com classificação de risco deverá ser realizado pelo médico ou enfermeiro da ESF, preferencialmente. Também poderá e deverá ser feito pelo auxiliar ou técnico de enfermagem da ESF, dentro de seus conhecimentos e habilidades técnicas.

- Os prontuários serão separados pela recepcionista e o acolhimento será de responsabilidade do profissional médico ou de enfermagem.
- Deverá ser preenchida a ficha de produção do acolhimento.

2.3 Horário de funcionamento

- Manhã: de 07:30h às 09:00h. Tarde: 13:00h às 14:30h.

2.4 Local de funcionamento

Serão utilizados as salas de acolhimento e os consultórios dos profissionais médicos e enfermeiros.

2.5 Fluxos

Os fluxogramas abaixo propostos foram construídos com base nas linhas guias da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e adaptados à realidade da atenção primária à saúde do município em estudo e, portanto, devem ser considerados no momento do acolhimento.

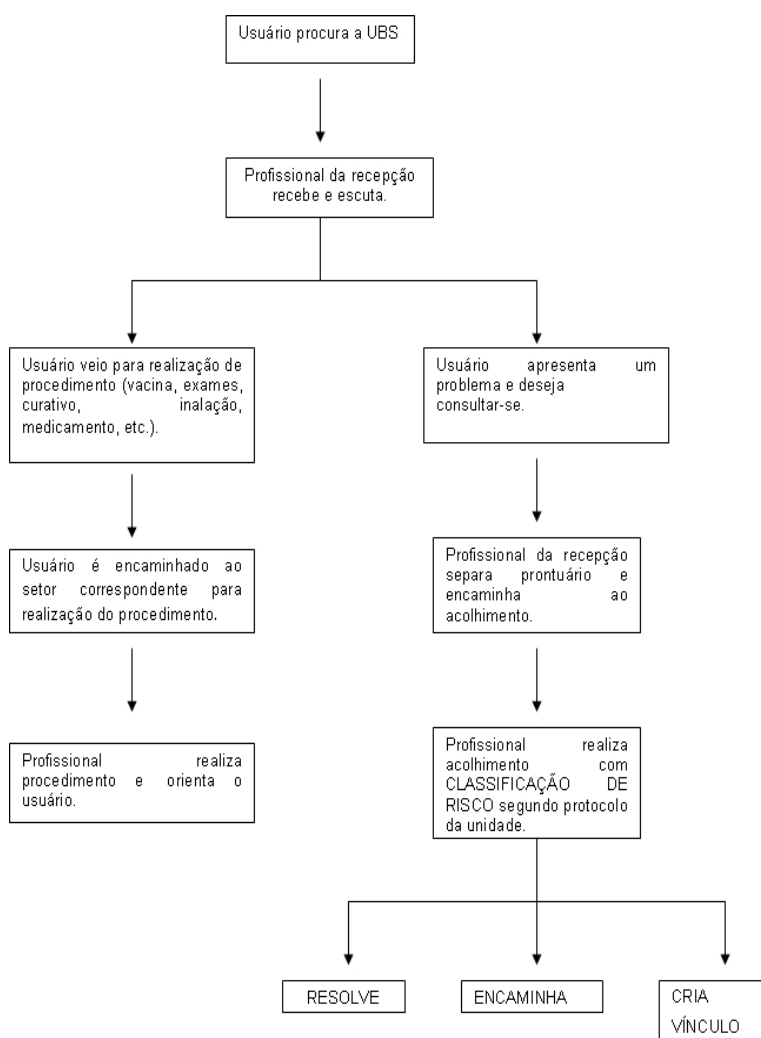


Figura 1. Fluxograma do acolhimento à demanda espontânea⁴

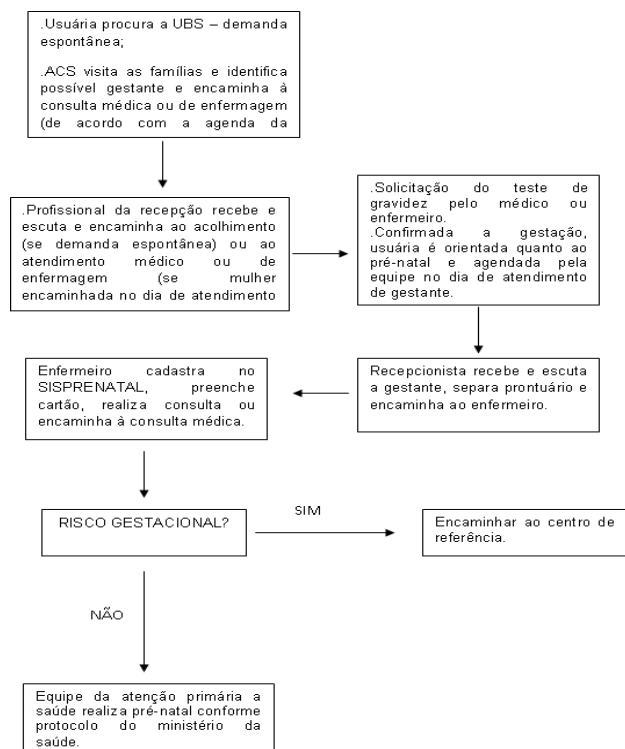


Figura 2. Fluxograma do acolhimento à gestante ou mulher com suspeita de gravidez^{4,8}

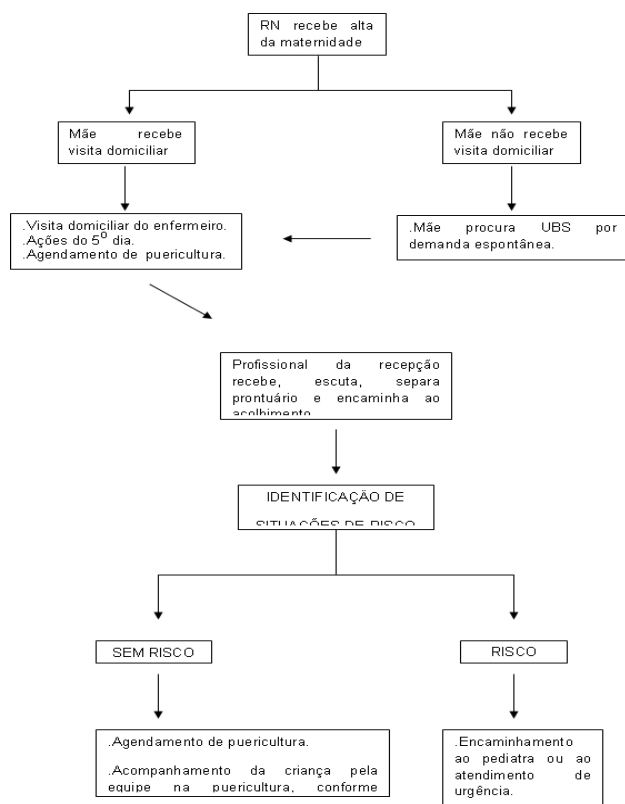


Figura 3. Fluxograma do acolhimento ao RN^{4,9}

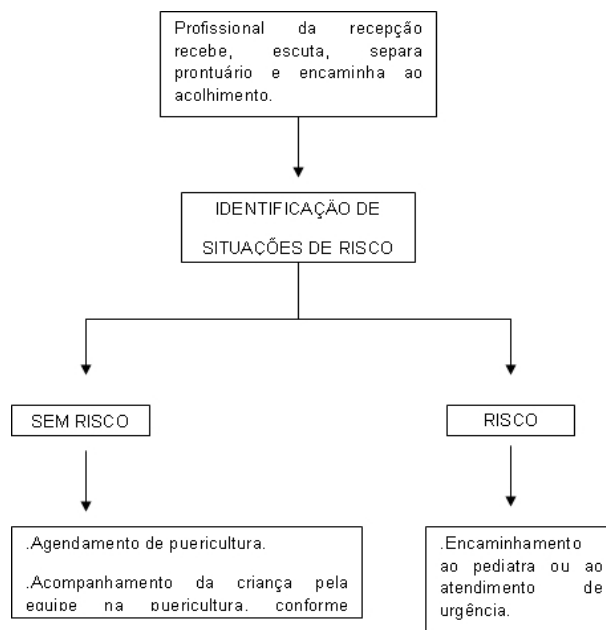


Figura 4. Fluxograma do acolhimento à criança^{4,9}

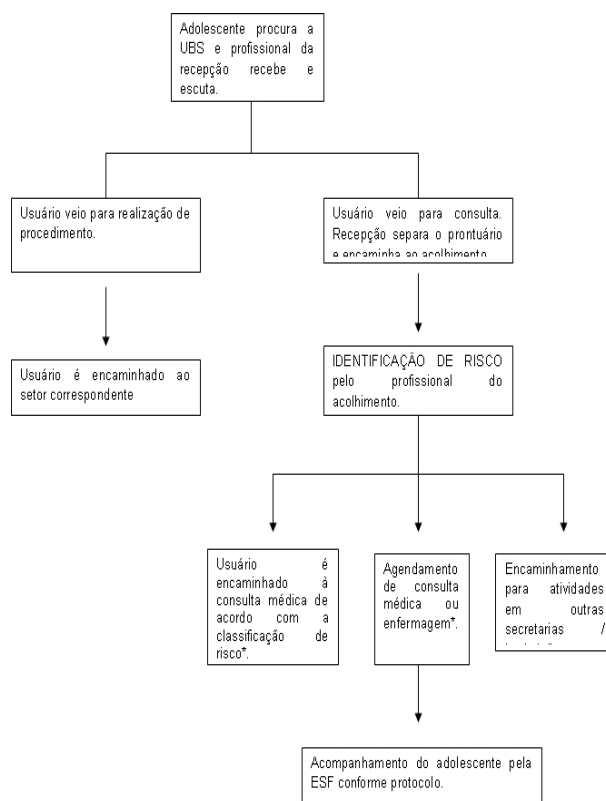


Figura 5. Fluxograma do acolhimento ao adolescente^{4,10}

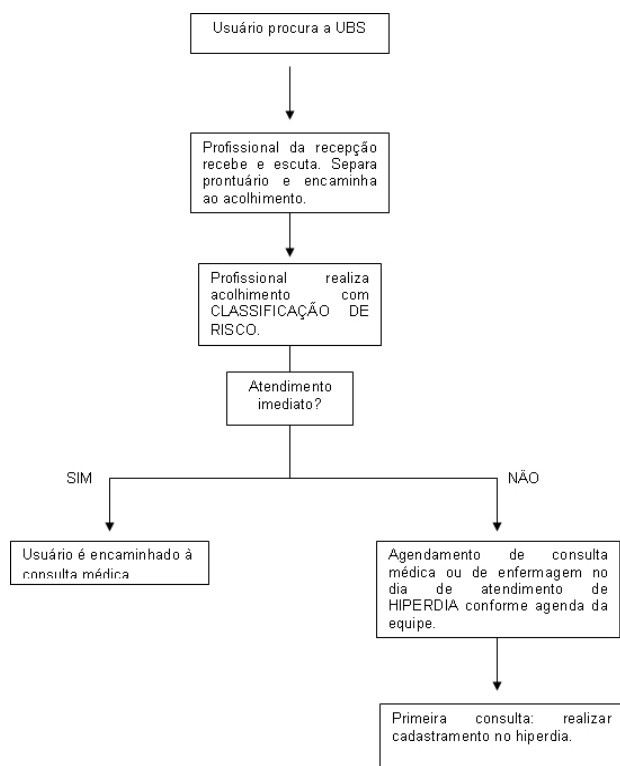


Figura 6. Fluxograma do acolhimento ao hipertenso e diabético^{4,11}

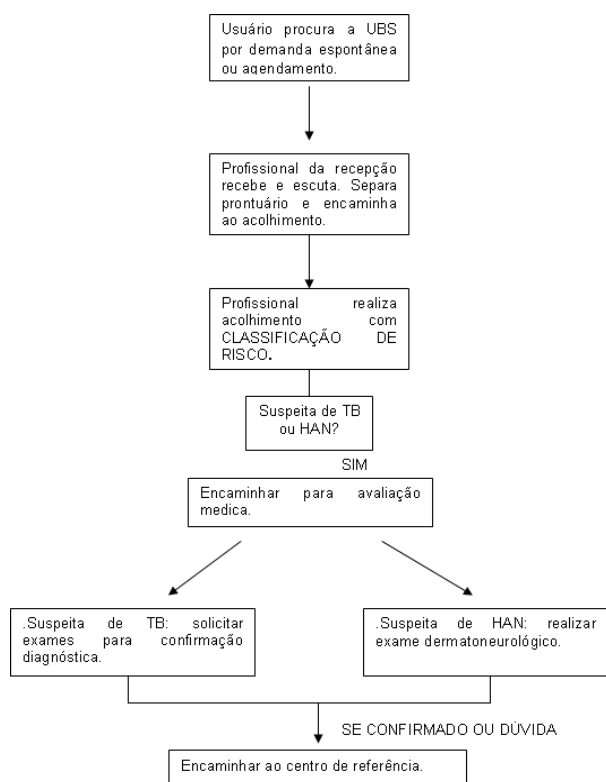


Figura 7. Fluxograma do acolhimento ao caso suspeito de tuberculose e hanseníase^{4,12, 13}

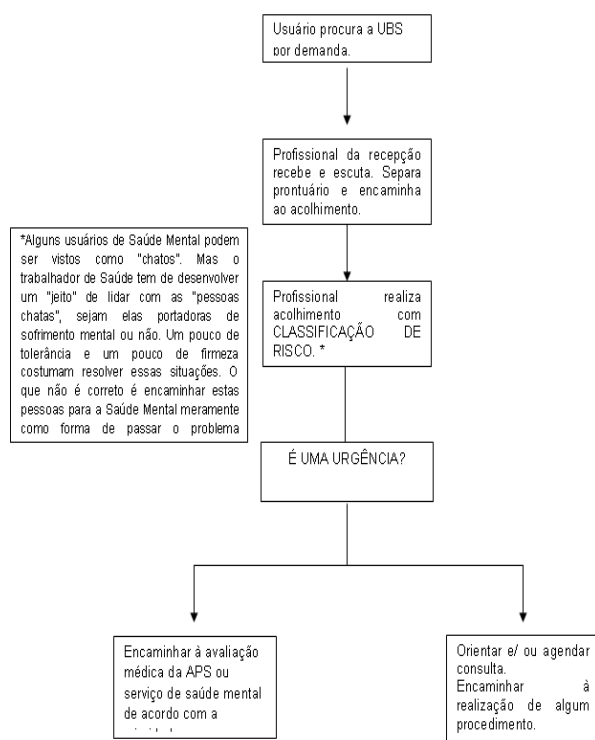


Figura 8. Fluxograma do acolhimento ao portador de sofrimento mental^{4,14}

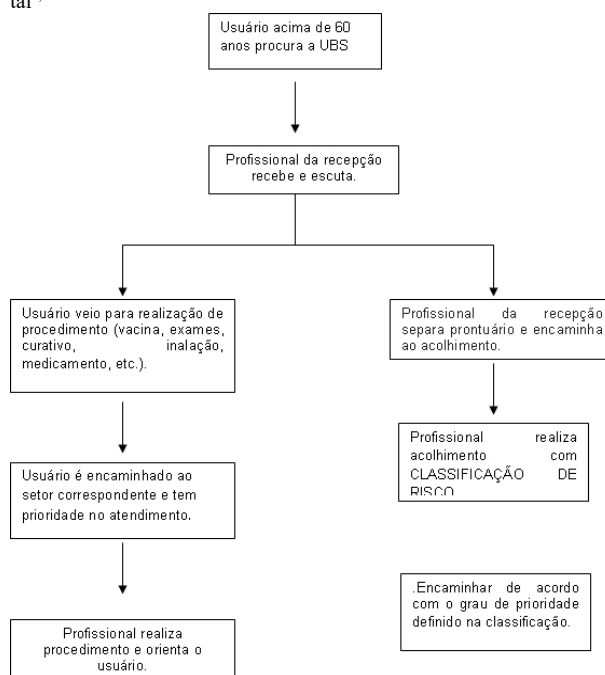


Figura 9. Fluxograma do acolhimento ao idoso^{4,15}

2.6 Responsabilidades

Caberá a toda equipe de saúde:

1. Orientar a todos os pacientes sobre o protocolo, identificando-os com ficha da cor correspondente à sua classificação de risco. Isso é importante para

que os usuários possam entender o processo de acolhimento com classificação de risco e respeitem a lógica do atendimento por grau de prioridade.

2. Afixar na sala de espera e outros ambientes da unidade cartazes informando sobre o acolhimento com classificação de risco e as cores correspondentes às prioridades.
3. Nos casos aparentemente de urgência/emergência é fundamental manter a calma e obter do paciente e de seus acompanhantes o maior número de informações possíveis.
4. Preocupar-se em primeiro lugar em acolher e acomodar um paciente que chega em sofrimento agudo. Isso tranquiliza os acompanhantes, dá segurança e facilita seu trabalho.
5. Quando for necessário colocar um paciente em observação, preocupe-se com o seu bem-estar, comodidade e privacidade. Trate-o como você gostaria de ser tratado. Cubra-o se estiver frio. Providencie travesseiro se for o caso. Troque o lençol. Não acomode na mesma sala, sem biombo, homens e mulheres. Em caso de crianças peça a mãe ou pai para permanecerem junto. Todo paciente tem direito de se comunicar com seu acompanhante. Acompanhante bem informado e tranquilizado contribui para que tudo corra bem.
6. O paciente que chega agressivo deve ser abordado com competência profissional por toda a equipe – do guarda ao médico. Uma técnica muito eficaz e preventiva é levá-lo imediatamente a uma sala onde você possa, demonstrando calma, interesse e segurança, convidá-lo a sentar-se e a colocar seu problema. A postura de “responder na mesma altura” é a mais inadequada e anti-profissional possível. Muitos pacientes que chegam agressivos, xingando e ofendendo os funcionários querem “plateia”, querem demonstrar força, e quando convidados a sentar-se numa sala para colocar seu problema, desarmam-se com mais facilidade.
7. Nunca dispense da recepção um paciente com traumatismo ou ferimento leve. Mesmo que o ferimento apresentado seja aparentemente muito leve, o paciente deve ser levado até a sala de procedimentos e orientado sobre cuidados de higiene e investigado sobre vacinação anti-tetânica. Da mesma forma os pacientes com traumas e suspeita de entorse ou fratura devem ser investigados, receber medicação analgésica, se for o caso, encaminhados por escrito pelo médico e orientados para ir ao Pronto Socorro de ortopedia. Na falta de médico na Unidade a Enfermeira deve fazer o encaminhamento e registrar o fato no prontuário.
8. Havendo médico na Unidade nenhum caso de urgência deve ser dispensado sem avaliação, independentemente do número de consultas que o mé-

dico realizou. Caso contrário isto pode se caracterizar por omissão de socorro.

9. O paciente portador de alguma condição crônica jamais deve ficar sem medicação. Caso o médico que o atende não esteja presente, deverá ser realizado atendimento de enfermagem, para avaliação do caso.
10. Os pacientes deverão ser chamados pelos profissionais pelo nome, sempre que possível, sendo abordados na porta dos consultórios – nunca atrás da mesa, gritando pelo próximo ou solicitando ao paciente já atendido que chame o próximo.
11. Todos os usuários devem ser cumprimentados e questionados pelo motivo de sua espera – muitos aguardam por uma simples informação.
12. Todos deverão manter o ambiente de trabalho humanizado, mantendo uma interdisciplinaridade que permitirá a troca de conhecimentos e maior integração da equipe. Não se trabalha isolado.
13. É função de toda equipe trabalhar com o “POSSO AJUDAR?”, de forma a serem orientadores de fluxo dentro da unidade.

Caberá ao auxiliar e/ou técnico de enfermagem:

1. Realizar a escuta do motivo da procura ao serviço;
2. Observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas de acordo com o nível de sua qualificação, priorizando o atendimento segundo a classificação de risco;
3. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgião dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;
5. Preencher ficha de produção do acolhimento.

Caberá ao enfermeiro:

1. Realizar supervisão do acolhimento realizado pelo auxiliar e/ou técnico de enfermagem;
2. Receber os pacientes que procuraram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento com classificação de risco, ofertando, se necessário, a consulta de enfermagem, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
3. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgião dentista, médico, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
4. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;

5. Preencher ficha de produção do acolhimento.

Caberá ao médico:

1. Receber os pacientes que procuram o serviço com queixa, sinal ou sintoma e realizar acolhimento com classificação de risco, ofertando, se necessário, a consulta médica, assim como proceder aos encaminhamentos necessários;
2. Buscar ajuda junto aos demais membros da equipe (fisioterapeuta, cirurgia dentista, psicólogo, farmacêutica, bioquímico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, auxiliar administrativo, etc.) para ajudar a esclarecer uma dúvida, definir um encaminhamento e até mesmo, participar de uma avaliação de risco.
3. Referenciar o paciente à equipe responsável por ele;
4. Preencher ficha de produção do acolhimento.

2.7 Acompanhamento

A secretaria de saúde deverá indicar um funcionário da unidade para acompanhar a implantação e utilização do protocolo pela equipe e arquivar semanalmente as fichas de produção e avaliação do acolhimento. As fichas deverão ser encaminhadas à secretaria de saúde mensalmente junto com a produção da equipe, devendo ser entregues a coordenação do PSF. A cada 2 meses (talvez mensalmente, dependendo da produção) será feita uma análise das fichas de avaliação para avaliar o processo de implantação do acolhimento e reparar possíveis entraves junto a equipe.

5. DISCUSSÃO

Pensando no ato de acolher com a intenção de resolver os problemas de saúde das pessoas, elaborou-se e propôs-se o protocolo supracitado. Este pressupõe uma acolhida realizada por um profissional da equipe técnica, que deve responsabilizar-se por dar uma resposta à queixa do indivíduo, após escutá-lo e avaliá-lo conforme seu grau de risco, considerando, obviamente, as percepções deste sujeito acerca do seu processo de adoecimento³.

Segundo Beck e Minuzzi, para que o serviço realmente se transforme num espaço resolutivo e de construção de sujeitos valorizados e autônomos, o acolhimento deve ser um instrumento de humanização da atenção à saúde. Esta é a melhor forma para a construção de vínculo entre trabalhadores e indivíduos, famílias e comunidades e para a instituição de um atendimento integral que visa a promoção e proteção da saúde, ao tratamento, recuperação e reabilitação dos sujeitos¹⁶.

Pinheiro coloca que a integralidade pode ser entendida como “uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas, na oferta do cuidado de saúde nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde”¹. Assim, pode-se reconhecer o acolhimento com uma prática integral, usuário-centrado,

com o objetivo de garantir acesso universal, reorganizar o processo de trabalho e qualificar a relação trabalhador usuário. O profissional deve atentar não apenas ao sofrimento físico, mas também ao psíquico, realizando, verdadeiramente, esta abordagem integral do sujeito³.

O protocolo de acolhimento contribuirá para o estabelecimento da prática da integralidade, de forma que o serviço assumirá sua função de acolher, escutar e dar respostas, deslocando o eixo de seu processo de trabalho para a equipe multiprofissional e tornando as relações profissional-usuário mais humanizadas. Vê-se, portanto, que a materialização deste princípio está diretamente relacionada ao acolhimento e vínculo¹.

A criação deste vínculo entre o profissional e o indivíduo só é possível quando se estabelece entre eles uma postura solidária e respeitosa de um para com o outro, valorizando-se enquanto seres humanos. Este entendimento é importante para a definição das responsabilidades de toda a equipe em relação ao acolhimento. Este quando bem realizado, possibilita a ampliação da capacidade da equipe de saúde em responder às demandas dos usuários, diminuindo a centralidade do profissional médico e melhor utilizando as habilidades dos demais profissionais¹⁶. Franco, Bueno e Merhy expõem que com esta prática os profissionais não médicos passam a usar todo seu arsenal tecnológico e conhecimento na escuta e solução das demandas trazidas pela população¹⁷.

6. CONCLUSÃO

O acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e de estruturação das Equipes de Saúde da Família. Este protocolo de acolhimento com classificação de risco pressupõe o acolhimento por meio de uma escuta qualificada e humanizada, capaz de dar uma resposta ao sujeito, garantindo-lhe acesso e atendimento humanizado e equânime.

Propõe-se que este protocolo seja implantado após aprovação do conselho municipal de saúde – de forma a garantir a participação da população – e que a equipe receba capacitações para utilização deste documento.

Acredita-se que a implantação deste protocolo possa contribuir para a organização de um acolhimento que promova um atendimento ágil, a partir da análise e avaliação da necessidade do usuário, proporcionando a priorização da atenção aos mais vulneráveis e com maior risco, em detrimento ao atendimento por ordem de chegada.

REFERÊNCIAS

- [01] Gomes MC P A, Pinheiro, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17:p.287-301, mar/ago 2005
- [02] Scholze AS. A implantação do acolhimento no processo

- de trabalho de equipes de saúde da família. Revista espaço para a saúde, Londrina, v.8, n.1:p.7-12, dez.2006.
- [03] Ministério Da Saúde. Textos básicos de saúde: acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ed. Brasília:editora Ministério da Saúde, 2006. 44p.
- [04] Castro A J R., Shimazaki, ME. Protocolos clínicos para unidades básicas de saúde. Belo Horizonte: editora Gutenberg, 2006. 240p.
- [05] Ministério Da Saúde. Textos básicos de saúde: acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília:editora Ministério da Saúde, 2004. 20p.
- [06] Escola De Saúde Publica Do Estado De Minas Gerais.Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Acolhimento e Classificação de Risco. Oficina 5. Belo Horizonte:ESPMG,2010. 56p. [acesso em 08 jun. 2014]. Disponível em: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/Implan-ta%C3%A7ao-PDAPS-Oficina-5_080210_BAIXA.pdf.
- [07] Campos G W S, Carpinterom C, Bueno J M S. Protocolo de acolhimento da secretaria municipal de saúde de Campinas. [acesso 26 de setembro de 2014]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/protocolo_acolhimento.htm
- [08] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 84p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2016.pdf>.
- [09] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde da criança. 1ed. Belo Horizonte: SAS/ SES, 2005. 224p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao_Saude_Crianca_MG.pdf
- [10] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do adolescente. 1ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006.152p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeAdolescente.pdf>.
- [11] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes. 1ed. Belo Horizonte:SAS/ MG, 2006. 198p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2119.pdf>
- [12] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do adulto: tuberculose. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006.144p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaTuberculose2006.pdf>
- [13] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do adulto: hanseníase. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 62p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaHanseníase.pdf>.
- [14] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção em saúde mental. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 238p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1210.pdf>
- [15] Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Básica e Gerência de Normalização de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do idoso. 2ed. Belo Horizonte:SAS/ SES, 2006. 186p. [acesso 24 de novembro de 2014]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/LinhaGuiaSaudeIdoso.pdf>
- [16] Beck C LC, Minuzi D. O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. Saúde, Santa Maria, v.34, n.1-2: p.37-43, 2008.
- [17] Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de saúde pública, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun,1999.