

RELATO DE EXPERIÊNCIA

**DIALOGANDO SOBRE SERVIÇOS DE SAÚDE A PARTIR DA IMPLANTAÇÃO DO
ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Tainã Eslabão Bartel^a

Marcelo Melo Silva^a

Isabel Cristina Saboia Sturbelle^a

Sheila Quandt Xavier^b

Daiane Dal Pai^c

Teila Ceolin^a

Maria Elena Echevarría-Guanilo^d

Resumo

Relato de experiência de ações extensionistas de educação em saúde, realizadas por acadêmicos de enfermagem junto aos usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Pelotas - RS. As ações foram realizadas em espaços de encontro com usuários de três UBS, com objetivo de problematizar a organização da rede de saúde municipal após a implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Hospital de Pronto Socorro. Foi possível dialogar acerca das dificuldades encontradas na atenção básica e o caráter resolutivo atribuído ao serviço de urgência/emergência. Constatou-se a necessidade de investimentos na reorganização dos fluxos de atenção à saúde no município.

Palavras-chave: Acolhimento. Centros de Saúde. Humanização da Assistência. Educação em Saúde.

^aFaculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas – UFPel – Pelotas (RS), Brasil.

^bHospital Nossa Senhora Aparecida – Camaquã (RS), Brasil.

^cEscola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre (RS), Brasil.

^dFaculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Florianópolis (SC), Brasil.

Endereço para correspondência: Maria Elena Echevarría-Guanilo – Campus Universitário de Trindade, BLOCO I (CEPETEC) Centro de Ciências da Saúde, Piso Térreo – CEP: 88040-900 – Florianópolis (SC), Brasil – E-mail: elena_meeg@hotmail.com

Abstract

Experience report of extension activities with character of education in health, conducted by nursing students along with the users of Basic Health Units (BHU) of Pelotas / RS. The actions were carried out in spaces which users of three BHU, where the municipal health network was problematic with emphasis on Home Strategy with Assessment and Risk Rating. It was possible to talk about the difficulties found in basic care and resolute character attributed to service urgent/emergency. It found the need to invest in the reorganization of flows of health care in the county.

Keywords: User Embracement. Health Centers. Humanization of Assistance. Health Education.

DIALOGANDO SOBRE SERVICIOS DE SALUD A PARTIR DE LA IMPLANTACIÓN DE LA ACOGIDA CON EVALUACIÓN Y VALORACIÓN DE RIESGO: RELATO DE EXPERIENCIA

Resumen

Relato de experiencia de acciones de extensión, realizadas por académicos de enfermería junto a pacientes de Unidades Básicas de Salud (UBS) de Pelotas/RS. Las acciones fueron realizadas con pacientes de tres UBS, con el objetivo de problematizar la organización de la red de salud municipal después de la implantación de la Acogida con la Evaluación y Clasificación de Riesgo en la Emergencia. Fue posible observar dificultades en la atención básica y el carácter resolutivo que se le atribuye al servicio de urgencia/emergencia. Se constató necesidad de inversiones en la organización del flujo de servicio para la salud en el municipio.

Palabras clave: Acogimiento. Centros de Salud. Humanización de la Atención. Educación en Salud.

INTRODUÇÃO

No ano de 2004, o Ministério da Saúde (MS) propôs a estratégia de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (AACR) como medida de intervenção frente à superlotação dos serviços de urgência/emergência, bem como a necessidade de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade aos usuários. Por meio dessa nova forma de organização de atendimento ao usuário, quando o mesmo procura o serviço, tem sua queixa acolhida por um profissional da área da saúde e é classificado quanto ao risco, possibilitando menor espera nos casos de maior gravidade.¹

De acordo com o MS, o acolhimento deve ser interpretado como ato ou efeito de acolher, expressando uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”. Nessa perspectiva é que se pretende afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância no atendimento aos usuários dos serviços de saúde.²

A classificação de risco é uma ferramenta que visa organizar a demanda, garantindo atendimento imediato, de acordo com a gravidade e não por ordem de chegada. Além disso, prioriza a informação ao paciente com menos risco sobre o tempo de espera para o atendimento à sua necessidade de saúde ou, quando cabível, a necessidade de encaminhamento para o serviço de saúde correspondente ao caso.

Essa nova forma de organização do atendimento pretende contribuir para o cumprimento das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente a equidade, a qual preconiza disponibilidade de maior atenção aos que mais necessitam. Essa classificação é realizada mediante um protocolo clínico preestabelecido, o qual é proposto pelo MS, porém deve ser adaptado às necessidades de cada serviço.²

Como o AACR é uma estratégia preconizada pelo MS, há diversas instituições que implantaram essa experiência. É importante destacar que o desempenho dessa estratégia deve ser avaliada, traçando uma comparação entre o antigo modelo de atendimento e o atual. Na zona leste do município de São Paulo, implantou-se essa estratégia em uma UBS/ Atendimento Médico Ambulatorial em outubro de 2007, proporcionando a extinção da triagem pela recepção (detecção rápida de casos com risco de agravo à saúde).³ Em Curitiba/PR, houve a tentativa de implantação da estratégia no Hospital Universitário Cajuru, porém, devido à dificuldade de acomodação do serviço, optou-se pelo modelo tradicional de triagem, no qual o acolhimento do usuário não é parte do atendimento e, sim, uma separação administrativa e de encaminhamentos de casos para serviços especializados.^{1,4,5}

Uma pesquisa realizada com profissionais de enfermagem de um hospital público de Santa Catarina mostrou que os prós da implantação do AACR foram a prioridade, agilidade e humanização do atendimento. Somando-se a isso, também procurou-se identificar as fragilidades que o serviço apresentava, evidenciando dificuldades na infraestrutura, tecnologias, materiais e recursos humanos.⁶

Em hospital público de Porto Alegre/RS, o AACR passou a vigorar a partir de 2003, observando-se acréscimo do número de internações e redução do número de atendimentos.⁷ Em um serviço público de Londrina/PR, observou-se aumento dos atendimentos realizados pelos profissionais de enfermagem e encaminhamentos a outros serviços e, conseqüentemente, redução do número de atendimentos médicos. Dessa maneira,

após a implantação do AACR constatou-se agilidade no atendimento de pacientes que requeriam uma assistência imediata.⁸

O Pronto Socorro (PS) de Pelotas, cidade localizada na região Sul do Brasil, no ano de 2010, implantou o AACR tendo como objetivo, além de prestar uma assistência humanizada, diminuir sua superlotação. Por ser um serviço de referência regional, o fluxo de usuários é intenso e, por vezes, observa-se que muitos deles optam pelo serviço de urgência e emergência erroneamente, uma vez que trata-se de atenção destinada ao atendimento ao risco iminente à vida e não a casos passíveis de atendimento em outras modalidades de serviço, como Unidades de Pronto Atendimento ou Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Cabe destacar que para viabilizar a estratégia de AACR é necessário investir na construção de fluxos por grau de risco, bem como desenvolver articulações com os diferentes níveis de atenção na rede de saúde,² disponibilizar meios de informação à população, de forma que o fluxo de atendimento seja de conhecimento dos mesmos.

A proposta do projeto de extensão “Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro de Pelotas - RS: problematizando a proposta junto às UBS, vinculadas à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas/RS (FEn/UFPel), surgiu a partir da participação das coordenadoras no projeto de implantação do Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no Pronto Socorro da cidade de Pelotas. O projeto teve como principal objetivo aproximar os estudantes de enfermagem do ambiente no qual mudanças no atendimento da saúde da população ocorreriam, bem como promover uma aproximação da instituição de ensino, com os serviços de saúde, a população e os usuários do serviço.

Partindo desse projeto inicial, o objetivo do presente trabalho é relatar as experiências vivenciadas pelos integrantes do projeto de extensão, o qual tinha como objetivo desenvolver ações de educação em saúde em diferentes espaços de encontro com usuários de três UBS de Pelotas, visando problematizar a organização da rede de saúde municipal a partir da implantação do AACR no Pronto Socorro da cidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

As atividades realizadas tiveram caráter de educação em saúde, em que se buscou promover a compreensão dos participantes como executores de ações em prol do seu próprio cuidado e incentivo ao compartilhamento do conhecimento adquirido.^{9,10}

Por meio disso, os integrantes do grupo de extensão visaram levar informações sobre a nova forma de receber e atender os usuários no PS/Pelotas, bem como compreender as vivências desses indivíduos e suas representações sobre os diferentes níveis de atenção.

As ações foram realizadas no período de março de 2011 a dezembro de 2012, em três UBS localizadas na periferia do município, as quais possuíam equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e estavam vinculadas à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPeL). Levando em consideração que os acadêmicos vinculados ao projeto de extensão possuíam atividades regulares nas UBS escolhidas, já possuíam uma boa relação com a equipe de trabalho, que por sua vez já estava adaptada às atividades de educação em saúde realizadas por acadêmicos. A abordagem à população se deu nos grupos de hipertensos e diabéticos, oficinas de geração de renda, sala de espera e visitas domiciliares, pois foram identificados como espaços potenciais para acesso aos usuários, por isso utilizados como cenários da intervenção.

As atividades ocorreram semanalmente nos grupos de hipertensos e diabéticos e de geração de renda e o tempo foi de, aproximadamente, 30 minutos por intervenção. Na sala de espera e visitas domiciliares, devido à brevidade do tempo de espera para a consulta ou atendimento por parte das famílias, aproximadamente 15 minutos.

A abordagem foi de caráter informativo e reflexivo, construindo diálogo acerca da nova forma de atendimento do PS da cidade, Utilizou-se recursos lúdicos, como ilustrações de “casa”, “UBS” e “PS”, com o intuito de instigar a problematização sobre o destino a ser escolhido frente a determinados problemas de saúde. Para ilustrar esses problemas, houve uso de imagens impressas de lesões, dores e agravos, a fim de instigar ao questionamento sobre a busca pelo atendimento em “UBS”, “PS” ou se possibilidade de permanência em “casa”.

No decorrer das atividades foram distribuídos *folders* informativos confeccionados pelos acadêmicos, os quais continham orientações acerca da estratégia do AACR, buscando diferenciar casos que requerem atendimento de emergência, os de menor gravidade e aqueles que necessitam acompanhamento.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A extensão universitária é considerada um espaço privilegiado de aprendizagem, pois possibilita a inserção direta do aluno na sociedade, contribuindo para uma atuação que vai além do tecnicismo, ou seja, proporciona a vivência em realidades locais e possibilita uma atuação frente à demanda encontrada e, no caso deste trabalho, ações de educação em saúde para a comunidade.^{11,12} Essas ações permitiram maior aproximação da instituição de ensino e dos futuros profissionais aos usuários dos serviços de saúde, beneficiando a todos os envolvidos no processo de ensino-aprendizagem e de construção-reflexão sobre a realidade.

Aos estudantes, foi oportunizada a experiência de conhecer trajetórias e histórias de vida singulares, dificuldades vivenciadas no cotidiano de busca pelo acesso a recursos de

atenção à saúde, bem como a representação da população acerca dos serviços de saúde. A aproximação com usuários que convivem com doenças crônicas permitiu-nos aprender sobre as suas perspectivas acerca dos períodos de agudização e silenciamento da doença, contribuindo para a construção de um olhar mais amplificado sobre as necessidades de saúde.

Para os usuários participantes também houve benefícios, uma vez que a educação em saúde não é compreendida como uma medida de coerção e controle social, mas, sim, como um recurso que proporciona ao ser humano a compreensão de si, enquanto sujeito de sua história, por meio de uma relação horizontal, baseada na confiança, compreensão e respeito mútuo, na qual as pessoas compartilham, aprendem e ampliam seus saberes.^{9,12,10}

Nas intervenções foram trabalhados os diferentes níveis de atenção à saúde no município, evidenciando a necessidade dos usuários em identificar as potencialidades do atendimento ofertado nas UBS, como o acompanhamento periódico, que evita o possível agravamento de doenças crônicas e o fortalecimento do vínculo entre profissionais e a população assistida. Em contrapartida, dialogou-se acerca do PS como serviço destinado para atendimentos de urgência/emergência e tratamento voltado para a sintomatologia, sem manter o acompanhamento ao usuário no seu contexto de vida e situação de saúde.

Debateu-se, ainda, sobre a nova organização do atendimento do PS mediante a classificação dos usuários por meio de cores para identificar a gravidade dos casos, sendo estas: vermelho (Emergência), amarelo (Urgência), verde (Pronto-atendimento) e azul (atenção primária). Grupos de hipertensos e diabéticos e as oficinas de geração de renda mostraram-se espaços oportunos para discussão do tema, refletindo de forma positiva no envolvimento dos usuários com os profissionais devido ao vínculo estabelecido durante os encontros.

Considera-se o vínculo uma ferramenta fundamental nos serviços de saúde, pois por meio dele o usuário exerce seu papel de cidadão, adquirindo autonomia com relação a sua saúde e permitindo ao profissional contribuir para a manutenção de sua saúde e prevenção dos agravos.¹³ Nas intervenções foram utilizadas fichas contendo situações problemas e simbologias, as quais proporcionaram o autoquestionamento dos usuários frente à rede de saúde do município, ou seja, expondo situações relacionadas ao fluxo de acesso aos serviços de saúde mediante a situação proposta. Os momentos de diálogo tornaram-se de múltiplos benefícios para os distintos atores, tanto para quem leva a informação “formal” quanto para quem a recebe e, assim, contribui com a sua vivência sobre a realidade, as dificuldades enfrentadas, percepções e representações relatadas por meio de histórias e experiências. Nessa construção, ambos se tornam sujeitos ativos do processo de ensino-aprendizagem.

Na sala de espera foram encontradas limitações para estabelecer o diálogo, devido à constante movimentação de entrada e saída das pessoas, contudo, foi relevante a participação do público e os relatos das suas experiências face à temática. Assim, o tempo de espera dos usuários foi otimizado, problematizando o fluxo da rede de atenção à saúde.

As abordagens na sala de espera, assim como nos grupos, foram realizadas por meio de diálogos compartilhados e atividades lúdicas, buscando a autorreflexão dos usuários frente às alterações de saúde colocadas em discussão pela atividade proposta. As intervenções mostraram-se atraentes na promoção da educação em saúde, pois possibilitou interação entre a comunidade e as atividades dos profissionais da saúde.¹⁴

A visita domiciliar (VD) também foi adotada como estratégia de intervenção, sendo realizada em conjunto com os Agentes Comunitários de Saúde, os quais costumam realizar, pelo menos, uma visita por mês aos cidadãos pertencentes a sua microárea de abrangência da ESF, o que viabiliza maior vínculo entre UBS-usuário.¹⁵ A VD apresentou como vantagem o diálogo direto com os usuários em seu contexto de vida, permitindo trocas de informações em ambiente familiar e riqueza de elementos para a análise dos acadêmicos sobre o espaço de vida e inserção social do usuário.

A maioria dos usuários abordados interagiu efetivamente com os integrantes do projeto de extensão, relatando dificuldades de acesso à UBS, devido ao número insuficiente de consultas médicas diárias e quadro deficitário de profissionais. Em consequência a esses fatos narrados por eles, justificam a procura do PS como porta de entrada para o sistema, mesmo que isso represente acréscimo na superlotação, sobrecarga de trabalho dos profissionais e atendimento desqualificado. Em relação a isso, destaca-se que o profissional de enfermagem está inserido diretamente nesse contexto, pois, conforme o MS, o enfermeiro tem papel fundamental no processo de AACR, mediante a definição de suas atribuições e competências previamente estabelecidas em protocolo,² contribuindo na agilidade do atendimento. Para tanto, o enfermeiro deve estar envolvido no processo de educação da população e ter clareza da necessidade de investimentos para a melhor compreensão da proposta do AACR.^{2,8,16}

Os usuários relataram que o caráter resolutivo do PS os aproxima desse serviço, justificando o acesso rápido a exames, administração de medicamentos, dentre outros fatores que satisfazem as necessidades momentâneas por eles definidas como de emergência/urgência. A atual organização dos serviços de saúde¹⁷ impele que o usuário procure o PS como primeira escolha de atendimento para satisfazer suas necessidades de cuidados, uma vez que o atendimento negado em outras portas de entrada, a demora e burocracia na realização de exames ou avaliação especializada não acontecem no PS, contribuindo para a manutenção

do imaginário popular de que esse local resolve os problemas de saúde. O fluxo facilitado nos serviços de saúde, juntamente com uma resolutiva administração municipal e disponibilidade de recursos, tornam-se ferramentas primordiais para o eficiente funcionamento da rede de atenção à saúde, pois proporciona maior agilidade nos atendimentos de urgência e emergência nos locais destinados a essas situações. Assim, as UBS's devem ter o acesso facilitado, focalizando o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e os usuários, possibilitando a realização do cuidado conforme as necessidades do contexto local.

Destaca-se que as atividades desenvolvidas proporcionaram aos executores a percepção de que há grandes dificuldades locais, tais como: déficit de profissionais e dificuldade para conseguir atendimento médico e/ou continuado com especialistas. Esse cenário dificulta a adesão pelos usuários aos atendimentos disponibilizados pelas UBS's. Dessa maneira, entendeu-se que para que os serviços de urgência e emergência sejam destinados aos casos adequados e não permaneçam sobrecarregados faz-se necessário um maior investimento e organização dos serviços primários, ou seja, as UBS's.

A educação em saúde é uma prática que oferece condições para que as pessoas desenvolvam a compreensão sobre sua própria saúde e a da comunidade. Para isso, precisa estar articulada aos problemas de saúde do cotidiano da sociedade e estimular a participação ativa dos usuários, favorecendo a promoção da autonomia para o cuidado. Diante disso, as práticas de educação em saúde devem estar pautadas na troca de saberes e não na imposição, assim como nas particularidades dos espaços que podem ser aproveitados.^{12,18,19} Contudo, destaca-se a importância dessa troca de experiências dos estudantes, tanto com os usuários quanto com os serviços, pois o desenvolvimento das atividades de extensão propiciou a percepção da realidade dos dois setores, provocando as discussões no pequeno grupo de trabalho e durante as atividades. Ainda com relação às equipes de saúde, foi possível entender a importância da educação permanente em saúde,²⁰ a qual possibilita a organização de espaços coletivos, que objetivam refletir e avaliar o sentido dos atos produzidos no cotidiano e também a atualização das práticas, de acordo com estudos metodológicos e aportes teóricos.

Considera-se como limitações do estudo a abordagem nos ambientes de constante movimento, por dificultar a imersão no diálogo proposto. Em contrapartida, a atuação nesse cenário torna-se relevante, já que possibilita a disseminação das informações e a aproximação dos estudantes a um número maior de usuários. Outro aspecto importante foi a dificuldade de compreensão dos usuários em relação à nova forma de atendimento do os e, em alguns casos, a indignação com a estruturação da rede de saúde do município e a precariedade do atendimento na atenção básica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atividades extensionistas realizadas contribuíram para o esclarecimento da população acerca da nova proposta de ordenação do fluxo dos atendimentos no PS e para a problematização a respeito das atribuições dos serviços de saúde de Pelotas. Destaca-se a importância das atividades para o crescimento pessoal e profissional dos estudantes extensionistas, pois foi possível entender a realidade vivenciada pelos serviços e usuários, favorecendo as discussões e o aprimoramento do saber.

O desenvolvimento das ações possibilitou aproximar-se dos motivos que mobilizam os usuários a frequentarem os distintos serviços de saúde da cidade e as dificuldades encontradas em seus itinerários. Além disso, constataram-se fragilidades no sistema de referência e contra referência, as quais ocasionam fragilidades no funcionamento da rede de saúde municipal, comprometendo, assim, o atendimento resolutivo dos usuários.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Extraído de [<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>], acesso em [13 de janeiro de 2012].
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Extraído de [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia.pdf], acesso em [13 de janeiro de 2012].
3. Rodrigues PC, Pedrosa LCS, Oliveira VH. Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial (AMA): Manual. São Paulo; 2008.
4. Pizzolato, AC. Proposta de Implantação do Acolhimento e Avaliação com Classificação de Risco no Pronto Socorro do Hospital Universitário Cajuru, Curitiba (PR). In: Anais do II Seminário Internacional Sobre o Trabalho de Enfermagem. Curitiba, Paraná; 2007.
5. Navatta ACR, Fonseca MF, Muszkat M, Miranda MC. Triage diagnóstica no processo de avaliação neuropsicológica interdisciplinar. Psicologia: Reflexão e Crítica Porto Alegre. 2009;22(3):430-38.
6. Nascimento ERP, Hilsendeger BR, Neth C, Belaver GM, Bertocello KCG. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: avaliação dos profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. Rev Eletr Enf. 2011;13(4):597-603.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento com Classificação de risco na Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização. Boas Práticas de Humanização na Atenção e na Gestão do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2006. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/GHC_02-10.pdf], acesso em [12 de julho 2013].
8. Rossaneis MA, Haddad MCL, Borsato FG, Vannuchi MO, Sentone, ADD. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(4):648-56.
9. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 42ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
10. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 34ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
11. Almeida LP, Sampaio JH. Extensão Universitária: aprendizagens para transformações necessárias no mundo da vida. *Revista Diálogos.* 2010;14(1):33-41.
12. Boehs AE, MonticelliM, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem educação em saúde e o conceito de cultura. *Texto Contexto Enferm.* 2007;16(2):307-14.
13. Monteiro MM, Figueiredo VP, Machado MFAS. Formação do Vínculo na Implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade básica de Saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(2):258-64.
14. Teixeira ER, Veloso RC. O Grupo em Sala de Espera: Território de Práticas e Representações em Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2006;15(2):320-5.
15. Albuquerque ABB, Bosi, MLM. A Visita Domiciliar no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: Percepções de Usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(5):1103-112.
16. Zanelatto DM, Dal Pai D. Práticas de acolhimento no serviço de emergência: a perspectiva dos profissionais de enfermagem. *Cienc Cuid Saude.* 2010;9(2):358-65.
17. Silva LOL, Dias CA, Soares MM, Rodrigues SM. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. *Cogitare Enferm.* 2011;16(4):654-60.
18. Abrahão AL, Freitas CSF. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(3):436-41.
19. Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev Enferm UERJ.* 2009;17(2):273-77.
20. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface.* 2005;9(16):161-77.

Recebido: 16.10.2014. Aprovado: 11.06.2015.