



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANÁLISE DO ACOLHIMENTO SOB A ÓTICA DO PROGRAMA DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA,  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

LIBNA NOBRE DO NASCIMENTO SANTOS

CAMPINA GRANDE - PB

2016

LIBNA NOBRE DO NASCIMENTO SANTOS

**ANÁLISE DO ACOLHIMENTO SOB A ÓTICA DO PROGRAMA DE  
MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA,  
NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB**

Trabalho de Conclusão de Curso II  
apresentado ao curso de Graduação em  
Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas  
e da Saúde da UFCG, para obtenção do título  
de Bacharela em Enfermagem.

**Orientador:** Dr. Francisco de Sales Clementino

CAMPINA GRANDE - PB

2016

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro Silva" -  
UFCG**

S237a

Santos, Libna Nobre do Nascimento.

Análise do acolhimento sob a ótica do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, no município de Campina Grande - PB/Libna Nobre do Nascimento Santos.- Campina Grande, PB: O autor, 2016.

63 f. il.: Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador: Dr. Francisco de Sales Clementino

1. Acolhimento. 2. Atenção Básica. 3. Avaliação. 4. Acessibilidade. I. Clementino, Francisco de Sales. II. Título.

BS/TBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083: 614.2 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS;  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS  
CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC DO CURSO DE  
ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - CAMPUS DE  
CAMPINA GRANDE - PB.

Aos treze dias do mês de Mais do ano 2016 às 10h horas, na sala 5 PG, com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado Análise do Acolhimento sob a Ótica do Programa de Melhorias do Acesso da Qualidade de Atenção Básica no município de Campina Grande - PB, desenvolvido pelo aluno (a) Robsona Nóbrega do Nascimento Santos, regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2 orientado pelo professor (a) Françisco de Sales Clementino. O período da defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno utilizou 25 minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a) juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo orientador. Obterido nota 9,0 (nove) pelos examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 13/05/2016

ORIENTADOR (A): Françisco de Sales Clementino

TITULAÇÃO: Doutor

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Euzenilda de Castro Moura Titulação: Mestre

2º Membro: Maria Luísa de Almeida Nunes Titulação: Mestre

*“A persistência é o menor caminho do êxito”*

*(Charles Chaplin)*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus** por ter permitido tudo isso acontecer ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim.

A meu pai **José Galdino** e minha mãe **Betenira**, pelo apoio constante em todas as etapas de minha vida.

A todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados, os quais sem nominar, terão os meus eternos agradecimentos.

Ao meu orientador **Prof. Dr. Francisco de Sales Clementino**, pelas suas correções, incentivos, apoio e inspiração no amadurecimento dos meus conhecimentos e conceitos, que me levaram a execução e conclusão de mais um ciclo.

A todos os meus colegas do curso de Enfermagem, que de alguma maneira tornaram minha vida acadêmica cada dia mais desafiante. Peço a Deus que os abençoe grandemente, preenchendo seus caminhos com muita paz, amor, saúde e prosperidade.

A minha linda carinhosa e amada filha **Elisa** que apesar de seus dois anos de idade, muito compreendeu minha ausência, e por ser minha maior motivadora, se muitas vezes pensei não continuar foi você seu beijo carinhoso ao acordar ou sua alegria ao ver minha chegada que me davam força para enfrentar o dia e continuar o dia seguinte. Obrigada, amor da minha vida.

A todos aqui citados e a aqueles aos quais os nomes não aparecem, mas que sabem que fizeram parte desse processo e que muito me ajudaram nessa caminhada o meu muito obrigada. Não tenho e nunca terei como agradecer-los como merecem. Apenas digo que essa conquista é tanto minha quanto de vocês. Muito obrigada.

## RESUMO

O acolhimento no contexto da Atenção Básica brasileira constitui dispositivo importante no processo de qualificação do modelo assistencial, seja possibilitando aos profissionais o repensar sobre seu processo de trabalho, ou mesmo possibilitando a efetivação de direitos fundamentais do indivíduo, como acesso universal a um cuidado integral na rede pública de serviços de saúde. A pesquisa teve como objetivo geral analisar a estratégia do acolhimento na Atenção Básica a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com dados secundários produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) a partir da avaliação externa do PMAQ-AB, realizada entre 2012 e 2013, em 89 equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para viabilizar a coleta de dados utilizou-se um instrumento elaborado pelo MS, contendo variáveis relevantes ao acolhimento tais como: acolhimento implantado na equipe de atenção básica, turno e frequência de realização do acolhimento, profissionais que participam do acolhimento, existência de protocolo para acolhimento, atendimentos de urgência e emergência, avaliação de risco e vulnerabilidade, ações desencadeadas a partir do acolhimento. Os dados foram analisados quantitativamente, e apresentados em forma de tabelas e gráficos. A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, protocolo de nº 21904. Como resultado observou-se entre as Unidades Básicas de Saúde avaliadas que 70,8% possuem Saúde Bucal. Além disso, identificou-se que o acolhimento ainda não se configura enquanto uma prática efetiva. Os dados apontam que 48,3% das equipes referiram não realizar o acolhimento. 51,7% das equipes informaram executar o acolhimento no turno da manhã, 43,8% no turno da tarde, nenhuma equipe realiza acolhimento durante a noite. Em 46,1% das equipes realiza-se o acolhimento cinco dias da semana. Quanto à existência de protocolos para acolhimento à demanda espontânea/urgência, somente 13,5% das equipes referiram possuir este protocolo, enquanto 43,8% não souberam ou não responderam. Em relação à capacitação dos profissionais das equipes para realização do acolhimento, 48,3% não souberam ou não responderam quando questionados. Concluiu-se que a estratégia do acolhimento vem acontecendo de forma pontual, apoiada ainda na perspectiva do modo hegemônico médico, quando se espera a realização de um trabalho interprofissional com foco nas necessidades dos usuários a partir de uma escuta qualificada.

**Palavras-Chave:** Acolhimento. Atenção Básica. Avaliação. Acessibilidade.

## ABSTRACT

The reception in the context of the Brazilian Basic Attention constitutes an important device in the qualification process of the care model, is allowing professionals to rethink about their working process, or even allowing the realization of the individual fundamental rights, as universal access to an integral care and fair in public services of health. The research had as general objective analyze the strategy of welcome in basic attention from the external evaluation of the Program for the Improvement of Access and Quality of Basic Attention (*Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB*). This is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach, performed with secondary data produced by the Ministry of Health (MS) from the external evaluation of the *PMAQ-AB*, performed between 2012 and 2013, in 89 teams from the Family Health Strategy. To facilitate the collection of data it was used an instrument elaborated by Ministry of Health, containing variables relevant to the host such as: Host deployed in the team of basic attention, shift and frequency of completion of the host state, professionals taking part in the host state, existence of protocol for reception, urgency and emergency room visits, assessment of risk and vulnerability, actions triggered from the host. The data were analyzed quantitatively by means of figures and percentages, and presented in the form of tables and graphics. The research was submitted to the Research Ethics Committee at the *Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil* the protocol no. 21904. As a result it was observed between the Basic Health Units evaluated that 70.8% have oral health. Futhermore, it was identified that the host is not yet configures while an effective practice. The data indicate that 48.3% of teams mentioned does not perform the reception. 51.7% of the teams have informed run the reception in the morning shift, 43.8% in the afternoon shift, no team performs reception during the night. In 46.1% of the teams is held the host five days of the week. Regarding the existence of protocols for host to spontaneous demand/urgency, only 13.5% of teams mentioned possess this protocol, while 43.8% did not know or did not respond. In relation to the professional training of teams for realization of the host state, 48.3% did not know or did not respond when was asked. It was concluded that the strategy of the host has been happening in a timely manner, supported even in the perspective of the hegemonic physician mode, when you expect the achievement of a work interprofessional focused on the needs of users from a qualified listening.

**Key words:** Host. Basic attention. Evaluation. Accessibility.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Mapa da Atenção Básica de Campina Grande-PB.....	25
------------	--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – Percentual de participação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB no processo de escuta dos usuários ..... 30
- Gráfico 2 – Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB que possuem protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência ..... 30
- Gráfico 3 – Percentual das ações desencadeadas a partir do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB..... 33

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição do perfil do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012 .....	28
Tabela 2 – Ações de avaliação de risco e vulnerabilidade nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012 . ... .....	31
Tabela 3 – Aspectos de acesso aos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012 .....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
DS	Distritos Sanitários
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> .....	<b>17</b>
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>A reformulação da Atenção Básica a partir do Sistema Único de Saúde</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2</b>	<b>Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – AB (PMAQ-AB)</b> .....	<b>20</b>
<b>3.3</b>	<b>Acesso e Acolhimento</b> .....	<b>21</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de Estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Período e local da realização do Estudo</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3</b>	<b>População do Estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>4.3.1</b>	<b>Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	<b>26</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos e procedimentos de coleta de dados</b> .....	<b>26</b>
<b>4.5</b>	<b>Técnica de tratamento e análise dos dados</b> .....	<b>27</b>
<b>4.6</b>	<b>Posicionamento ético da pesquisa</b> .....	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>42</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>44</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>50</b>
	<b>ANEXO 1 – Questionário para entrevista com o profissional</b> .....	<b>51</b>
	<b>ANEXO 2 – Protocolo de registro e aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Federal do Rio Grande do Sul</b> .....	<b>64</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), é considerado na atualidade um dos maiores exemplos de política pública no Brasil. Está regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e emerge como um mecanismo regido por princípios e diretrizes, tais como: a universalidade de acesso, a integralidade da assistência e a equidade (BRASIL, 2010), criado para oferecer atendimento igualitário, cuidar e promover saúde à população, constituindo um projeto social único que se materializa por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009).

Buscando atingir os pressupostos do SUS, a Atenção Básica (AB) tem sido priorizada pelas políticas públicas, sendo a porta de entrada preferencial do sistema de saúde (BRASIL, 2006), particularmente a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. Trata-se de uma estratégia de reorientação da Atenção Básica e do modelo assistencial brasileiro, viabilizando a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (MATTA; MOROSINI, 2008).

O objetivo da Estratégia Saúde da Família (ESF) refere-se, portanto, à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, com o objetivo de romper o modelo positivista hospitalocêntrico. Diferentemente do modelo tradicional, este tipo de atenção deve ser centralizada na família, entendida e percebida a partir do seu espaço físico e social, e possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções, que se estendem além das práticas curativas. A ESF deve superar a fragmentação do cuidado resultante da divisão social e técnica do trabalho e eleger a família e seu espaço social como núcleo central da abordagem no atendimento à saúde (BRASIL, 2000).

Neste sentido, as Unidades Básicas de Saúde da Família devem se organizar de tal forma que contemplem o cuidado às demandas da população e a outras necessidades de saúde não percebidas, como o rastreio de doenças, atendimento longitudinal, educação em saúde, dentre outras. Assim, adentrar o cotidiano da população requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles (SARTI et al., 2012).

Nesta perspectiva, as Equipes de Saúde da Família devem formar vínculos de compromisso e corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população, ligada por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos

processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e constante (BRASIL, 2006).

Sendo assim, visando difundir uma nova cultura de atendimento humanizado, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) (BRASIL, 2006). Em 2003, com uma nova gestão do Ministério da Saúde, iniciou-se uma proposta com o objetivo de expandir a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS – Humaniza-SUS.

O Humaniza-SUS propõe uma reorganização dos serviços de saúde e das relações entre trabalhadores e usuários com base no atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso; implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo; garantia dos direitos dos usuários; valorização do trabalho na saúde; gestão participativa nos serviços (BRASIL, 2006).

Além disso, uma assistência alicerçada na equipe multiprofissional torna-se um elemento de grande valia, uma vez que a ideia interdisciplinar incorporada pela equipe multiprofissional permite a prestação do cuidado integral, tornando essas práticas, e em particular a do acolhimento, significativas nas relações afetivas entre profissionais e usuários do SUS (GARUZI et al., 2014).

Segundo a PNH, o acolhimento compreende desde a recepção do usuário na sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (BRASIL, 2006).

O acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem meios de recepção dos usuários (MATUMOTO, 1998).

Entretanto, pesquisadores (GARUZI et al., 2014; TAKEMOTO; SILVA, 2007; FREIRE et al., 2008; SILVA, 2009) destacam que a efetivação do acolhimento na ESF depara-se com entraves cotidianos, no que se refere ao despreparo dos profissionais, à dinâmica de trabalho centrada no modelo tradicional e à deficiência de estrutura física adequada das unidades de saúde. No tocante à concepção dos profissionais sobre o significado do acolhimento, identifica-o como triagem ou “ato de bondade” e impulsionador de demandas, em especial para os profissionais médicos.

Além disso, na maioria das vezes, nota-se uma forte tendência ao modelo biomédico “hospitalocêntrico”, no qual o foco da atenção é a doença e, não o sujeito como um todo. (CAÇAPAVA; COLVEIRO, 2008). A assistência nos serviços primários de saúde no Brasil está voltada para a queixa-conduta e não para atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações para a saúde coletiva (SILVA, 2012).

Diante dessas fragilidades, o acolhimento torna-se uma prática ainda nebulosa para as equipes de ESF. Apesar de compreenderem os conceitos que o permeiam, a operacionalização, de fato, por parte dos profissionais da ESF, encontra-se aquém, percebida ainda como processos de triagem, encaminhamento, agendamento de consulta, acessibilidade, ações reduzidas e focais, dentre outros (GARUZI et al., 2014). Nesta visão, torna-se imprescindível o investimento permanente da gestão e dos trabalhadores diante das reais necessidades de saúde da comunidade (CLEMENTINO et al., 2014).

Atuando como estagiária de Enfermagem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), depara-se com situações de resistência e indiferença dos profissionais ao acolher os usuários, não priorizando a resolutividade dos problemas, ocasionando prolongamento do sofrimento alheio e, em consequência, a descredibilidade do Sistema Único de Saúde. Esta convivência inspira a necessidade de rever conceitos, valores morais e postura ética, através de um novo olhar sobre os aspectos psicológicos, emocionais e demandas sociais que envolvem os usuários e seus familiares, principalmente no que se refere à forma de como as UBS estão organizadas para atendimento aos usuários do SUS.

Acredita-se que o presente estudo justifica-se pelas contribuições efetivas ao atendimento em saúde, colaborando para que os profissionais de saúde e gestores repensem suas práticas, e busquem intervir em concordância com os princípios e diretrizes do SUS. Considera-se que o estudo seja de relevância para enfermagem, academia e gestão, tendo em vista contribuir para o aprofundamento da temática e autocrítica sobre a assistência à saúde do usuário do SUS na Atenção Básica.

É no marco dessas contradições, que emergem as preocupações/inquietações, conduzindo ao seguinte questionamento: quais as características do acolhimento apresentado no âmbito da Atenção Básica na perspectiva dos profissionais de saúde, a partir dos dados da Avaliação Externa do 1º ciclo PMAQ-AB?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a estratégia do acolhimento na Atenção Básica, a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), no município de Campina Grande, Paraíba.

### **2.2 Específicos**

- Caracterizar as Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde que compõe a equipe da Atenção Básica;
- Caracterizar o perfil da estratégia do acolhimento frente a demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde;
- Identificar a participação dos profissionais de saúde frente à estratégia do acolhimento dos usuários atendidos pela ESF.
- Averiguar a existência de protocolo específico que oriente a pratica do acolhimento nas UBS.
- Investigar a realização de avaliação de risco e vulnerabilidade nas UBS;
- Identificar as ações desenvolvidas a partir do acolhimento nas UBS;

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 A reformulação da Atenção Básica a partir do Sistema Único de Saúde

A Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, representa um importante evento internacional, caracterizado como um marco nos debates sobre o direcionamento das políticas de saúde no mundo, reafirmando a ideia de saúde como direito humano fundamental.

Nessa concepção, a Atenção Primária à Saúde (APS) desponta como estratégia de planejamento e de funcionamento adequados às medidas sociais e sanitárias, atreladas ao enfoque “Saúde para todos no ano 2000”. Essas medidas correspondem, em média, a 80-85% das necessidades de saúde de uma comunidade (BRASIL, 2001).

Starfield (2002) aponta a APS como o nível de atenção capaz de viabilizar a entrada das novas necessidades e problemas ao sistema de saúde, propondo atenção sobre o indivíduo no decorrer do tempo e assistindo aos problemas mais comuns da comunidade, através da oferta de serviços de prevenção, cura e reabilitação. Afirma ainda que a otimização da atenção primária à saúde deve focar a saúde das pessoas em meio aos outros determinantes, no meio social e físico onde elas vivem e trabalham, em vez de focar apenas sua enfermidade individual.

Em 1999, a Atenção Básica foi definida no Brasil enquanto ações de caráter individual ou coletivo. Eram desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, direcionadas às práticas de promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 1999). A partir de 2006, ampliou-se o conceito de Atenção Básica, que passava a ser entendido da seguinte forma:

(...) conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (...) utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006, p. 47).

A partir dessa concepção, visando à consolidação desse paradigma de promoção em saúde e com o propósito de fortalecer o SUS, em março de 1994, adota-se o Programa Saúde

da Família (PSF), com vistas a provocar mudanças no modelo assistencial, ao romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e ao estender suas ações para a comunidade (BRASIL, 2000).

Em 2006, a Portaria do Ministério da Saúde nº 648, elege a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica. Dentre os princípios que norteiam a ESF, devem ser destacados: processos de trabalho baseados nos conceitos de prevenção de agravos, promoção e vigilância da saúde; a integralidade e a hierarquização vinculadas à rede de serviços, assegurando a referência e contrarreferência para os diversos níveis; e territorialização e a vinculação, provenientes do trabalho na microárea de abrangência, definida por meio do cadastramento e acompanhamento de determinado número de famílias por cada equipe (BRASIL, 2014).

Configura-se como equipe saúde da família composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe (BRASIL, 2011a).

Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe. Além disso, acrescenta-se a esta composição como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a).

### **3.2 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB)**

Uma das principais diretrizes atuais do MS é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população. Nesse sentido, diversificados esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na PNAB na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no país (BRASIL, 2011b).

Nessa perspectiva, em 2011, surge o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria n. 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Fruto de um processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS, visando estimular a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB) em todo o Brasil (EAB contratualizadas, Equipes de Saúde Bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012a).

O principal objetivo do referido programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012a).

Entre os seus objetivos específicos, destacam-se: ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários; fornecer padrões de boas práticas e organização das unidades básicas de saúde (UBS) que norteiem a melhoria da qualidade da AB; promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão da AB; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; estimular o foco da AB no usuário (BRASIL, 2011a).

Outrossim, busca tornar visíveis as barreiras enfrentadas pelos usuários da rede básica de saúde, a saber: a precariedade da rede física de parte expressiva das Unidades Básicas de Saúde (UBS); a ambiência das UBS; as inadequadas condições de trabalho para os profissionais, comprometendo sua capacidade de intervenção e satisfação com o trabalho; a necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, dentre outras (BRASIL, 2011a).

O PMAQ compreende quatro fases complementares:

A **primeira**, adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as Equipes de Atenção Básica com os gestores municipais e destes, com o MS num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A **segunda** fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas Equipes de Atenção Básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, organizada em quatro dimensões (Autoavaliação; Monitoramento; Educação Permanente e Apoio Institucional) (BRASIL, 2012a).

De acordo com o mesmo autor, a **terceira** fase consiste na avaliação externa que é a fase em que se realiza um conjunto de ações que averigua as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e Equipes da Atenção Básica participantes do Programa. E, por último (**quarta**), a fase de recontratualização, constituída por um processo de pactuação singular das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

### 3.3. Acesso e Acolhimento

O acesso aos serviços de saúde tem sido alvo de diferentes interpretações. O conceito mais abrangente, no entanto, envolve disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e capacidade financeira (O'DONNELL, 2007). A disponibilidade é percebida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume de usuários e o tipo de necessidade. A acessibilidade assemelha-se à descrita por Unglert (1990), caracterizada pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles, forma de deslocamento e custos. A aceitabilidade, entendida como a relação entre as atitudes dos usuários, trabalhadores de saúde e práticas destes serviços. A capacidade financeira dos serviços é a relação entre os custos e a sua oferta (ASSIS, 2012).

A questão do acesso compreende quatro dimensões de análise: a econômica, refere-se à relação entre a oferta e a demanda pelos serviços de saúde; a técnica, exprime o planejamento e a organização da rede de serviços para concretizar o atendimento pretendido pelo usuário; a política, diz respeito à capacidade de desenvolvimento da consciência sanitária e da organização social; e a simbólica, que é relativa às representações sociais acerca da atenção e à organização do sistema de saúde para atender às necessidades dos usuários. Para

se trabalhar o acesso aos serviços de saúde, deve-se englobar a maior quantidade e qualidade possível de variáveis relacionadas (GIOVANELLA; FLEURY, 1996).

O acesso com equidade deve ser uma preocupação constante no acolhimento. A equidade, como um princípio de justiça, baseia-se na premissa de que é preciso tratar diferentemente os desiguais (diferenciação positiva) ou cada um de acordo com a sua necessidade, corrigindo diferenciações injustas e negativas e evitando iatrogênias devido à não observação das diferentes necessidades

Uma estratégia importante de garantia de acesso com equidade é a adoção da avaliação/estratificação de risco e de vulnerabilidades como ferramenta, possibilitando identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, com isso, realizar as devidas priorizações. Para isso, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso (BRASIL,2013).

A temática do acolhimento nos serviços de saúde vem conquistando espaço e provocando discussões significativas, principalmente no que diz respeito aos modelos técnico-assistenciais de saúde. O Ministério da Saúde considera o acolhimento também como um aparato técnico-assistencial que permite refletir possíveis mudanças dos modos de operar a assistência. Vale salientar que para o acolhimento seja colocado na prática como uma diretriz operacional, é necessária a reorganização dos serviços de saúde, mudanças estruturais na forma de gestão dos serviços de saúde (BRASIL,2006).

Para Ferreira (2001), acolher significa atender, receber, dar consideração, mostrar que a presença do usuário no serviço é importante e que o profissional de saúde trabalha com o intuito de satisfazer as necessidades físicas, psíquicas e sociais de toda a demanda. O acolhimento não se faz somente na porta de entrada do serviço, ele é um vínculo de solidariedade e compromisso entre os profissionais e a população. É um momento de aproximação que caracteriza a efetivação de sua disponibilidade em ajudar, numa atitude voluntária de bondade em busca de um diálogo aberto e sincero com o usuário. Deve ser um trabalho coletivo entre os diversos profissionais e clientes. Essa acolhida não é uma atividade privativa de uma determinada profissão, pois todos os profissionais que atuam no serviço de saúde, independentemente de sua área de atuação, devem estar comprometidos e capacitados para receber a população (OLIVEIRA et al., 2010).

O acolhimento como diretriz operacional apresenta-se como possibilidade de arguir o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade sobre os momentos nos quais os serviços constituem seus meios de recepção dos usuários, em

que local, em que circunstâncias, qual finalidade e resultados (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999; MATUMOTO, 1998).

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (FAGUNDES, 2004). Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde (ORTIZ, 2004).

Neste sentido, dentre os desafios com os quais o PMAQ se compromete está à necessidade de qualificação dos processos de trabalho das equipes de AB, caracterizados, na maior parte das vezes, pela baixa capacidade de realizar o acolhimento dos problemas agudos de saúde. O programa também busca superar a baixa integralidade e resolutividade das práticas, superando o modelo de queixa-conduta ou de atenção prescritiva (SOARES, 2013). É um processo no qual, trabalhadores e instituições tomam para si a responsabilidade de intervir em uma dada realidade em seu território de atuação a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo (ORTIZ, 2004).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Estudo**

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado a partir de dados secundários referentes ao 1º ciclo da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

### **4.2 Período e local da realização do Estudo**

Esse estudo foi realizado no período compreendido entre novembro e dezembro de 2015, a partir do Banco de dados do PMAQ, elaborado pelo Ministério da Saúde. Ressalta-se que a coleta de dados do PMAQ ocorreu no período compreendido entre maio e outubro de 2012 e o primeiro semestre de 2013. Para efeitos desse estudo, utilizou-se os dados referentes às UBS avaliadas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil.

O município cenário desse estudo localiza-se na mesorregião do Agreste Paraibano e possui uma área total de 620,63 Km<sup>2</sup>. Possui três distritos rurais: Galante, São José da Mata e Catolé de Boa Vista. Limita-se, ao norte, com os municípios de Massaranduba, Lagoa Seca, Pocinhos e Puxinanã; ao sul, com Fagundes, Caturité, Queimadas e Boqueirão; a oeste, com Boa Vista e, a leste, com Riachão do Bacamarte (IBGE, 2010).

A população do município, segundo dados censitários, de 2010, corresponde a 385.213 habitantes. Possui uma divisão territorial que estabelece a organização de seis Distritos Sanitários (DS), conformados, em meados de 1988, no processo de distritalização desenvolvida pela Secretaria de Estado em municípios com população superior a 50.000 habitantes (IBGE, 2010).

No âmbito da Atenção Básica, o município conta atualmente com 105 Equipes de Saúde da Família, 72 UBS, nove equipes do NASF e um Consultório de Rua, distribuídos entre os seis Distritos Sanitários de Saúde (SMS, 2016).



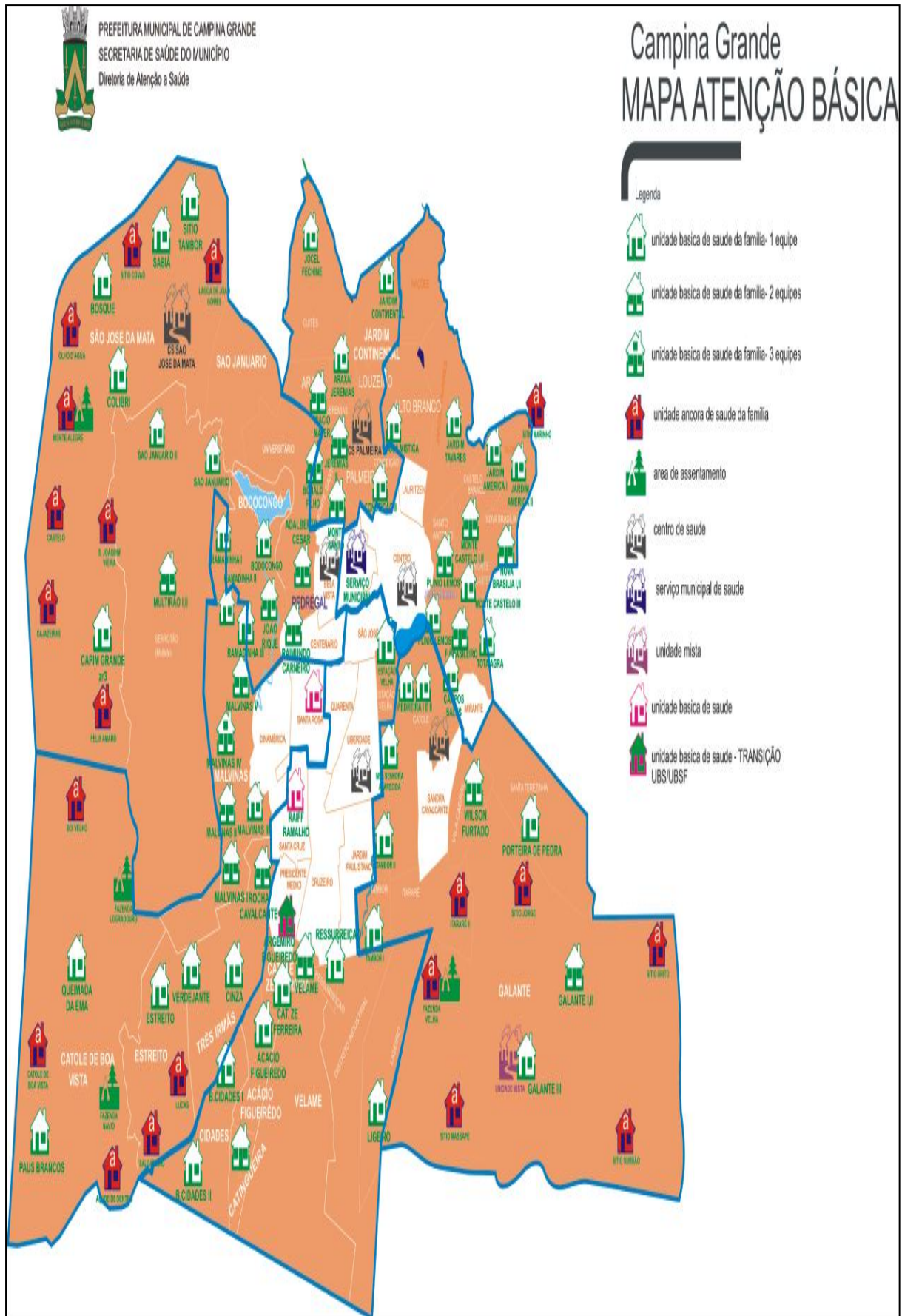


Figura1: Mapa da Atenção Básica de Campina Grande-PB

### **4.3 População do Estudo**

O universo do estudo foi composto por 89 equipes de Saúde da Família, que aderiram ao PMAQ-AB. Sendo que, em cada equipe, um profissional de saúde com formação em ensino superior respondeu ao instrumento chamado “módulo II” da avaliação do PMAQ.

#### **4.3.1. Critérios de Inclusão e Exclusão**

Quantos aos critérios de inclusão, estão inseridas as equipes que aderiram a contratualização do PMAQ-AB.

Em relação aos critérios de exclusão se referem ao profissional que se recusar a responder e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as equipes restritas apenas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

### **4.4. Instrumentos e procedimentos de coleta de dados**

Esse estudo partiu de outro maior onde foi utilizado o instrumento de coleta de dados, elaborado pelo PMAQ-AB (ANEXO 1), composto por 439 itens divididos em 39 blocos, que abrangem várias dimensões do processo de trabalho das equipes da ESF. A aplicação do instrumento de coleta de dados deu-se em versão digital por meio de tablets, por avaliadores externos previamente treinados. Participaram da avaliação 12 avaliadores de qualidade e três supervisores de campo.

Nesse sentido, considerou-se para realização desse estudo os blocos: quatro, cinco, seis, sete e quinze, que corresponde à caracterização das UBS e as variáveis destinadas aos profissionais de saúde, tais como: UBS, profissão, acolhimento implantado na equipe de atenção básica, turno e frequência de realização do acolhimento, profissionais que participam do acolhimento, existência de protocolo para acolhimento, atendimentos de urgência e emergência, avaliação de risco e vulnerabilidade, ações desencadeadas a partir do acolhimento (BRASIL, 2012b).

#### **4.5. Técnica de análise dos dados**

A partir dos resultados encontrados referentes à Avaliação Externa do PMAQ pelo Ministério da Saúde, realizou-se a digitação dos dados e submissão ao SPSS, 17.0, para processamento e validação das análises. Os dados foram analisados estatisticamente através de números absolutos e percentuais, sendo apresentados em forma de tabelas e gráficos.

#### **4.6. Posicionamento ético da pesquisa**

A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, protocolo de nº 21904 (ANEXO 2). Em cada entrevista era assegurada a participação voluntária com a assinatura do Termo de Consentimento Livre. A pesquisa seguiu as orientações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

## 5. RESULTADOS

Entre as Unidades Básicas de Saúde avaliadas no 1º ciclo do PMAQ-AB, observou-se que 70,8% são Unidades Básicas com Saúde Bucal, considerando a equipe mínima da Atenção Básica. Neste sentido, a amostra do estudo, foi constituída por 89 profissionais de nível superior, destes, 86,5% eram enfermeiros. Com relação ao tempo de atuação dos profissionais entrevistados, observou-se um maior percentual entre os que atuavam há menos de 5 anos, com 56,2% e um menor percentual entre os que atuavam há mais de 10 anos, com 4,5%.

No tocante a formação e qualificação dos enfermeiros da equipe de Atenção Básica, observou-se que 89,9% possuem formação complementar; 41,6% com Especialização em Saúde da Família concluído e 37,1 com Especialização em Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Quanto ao vínculo empregatício, destacou-se o Agente contratante da Administração Direta, com 96,6%, seguido do Servidor Público Estatutário, com 75,3%.

No tocante à dimensão do acolhimento, 51,7% destas Unidades de Saúde realiza acolhimento, enquanto 48,3% referiram não realizar o acolhimento. Em relação ao turno do acolhimento 51,7% das equipes informaram executar o acolhimento no turno da manhã, 43,8% no turno da tarde, nenhuma equipe realiza acolhimento durante a noite. Em 46,1% das equipes realiza-se o acolhimento cinco dias da semana, conforme tabela 1.

**Tabela 1 – Distribuição do perfil do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012**

(continua)

Variável	Frequência	
	N	%
<b>Acolhimento implantado na UBSF</b>		
Sim	46	51,7
Não	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Turno de execução do acolhimento</b>		
<b>Manhã</b>		
Sim	46	51,7

...

**Tabela 1 – Distribuição do perfil do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012**

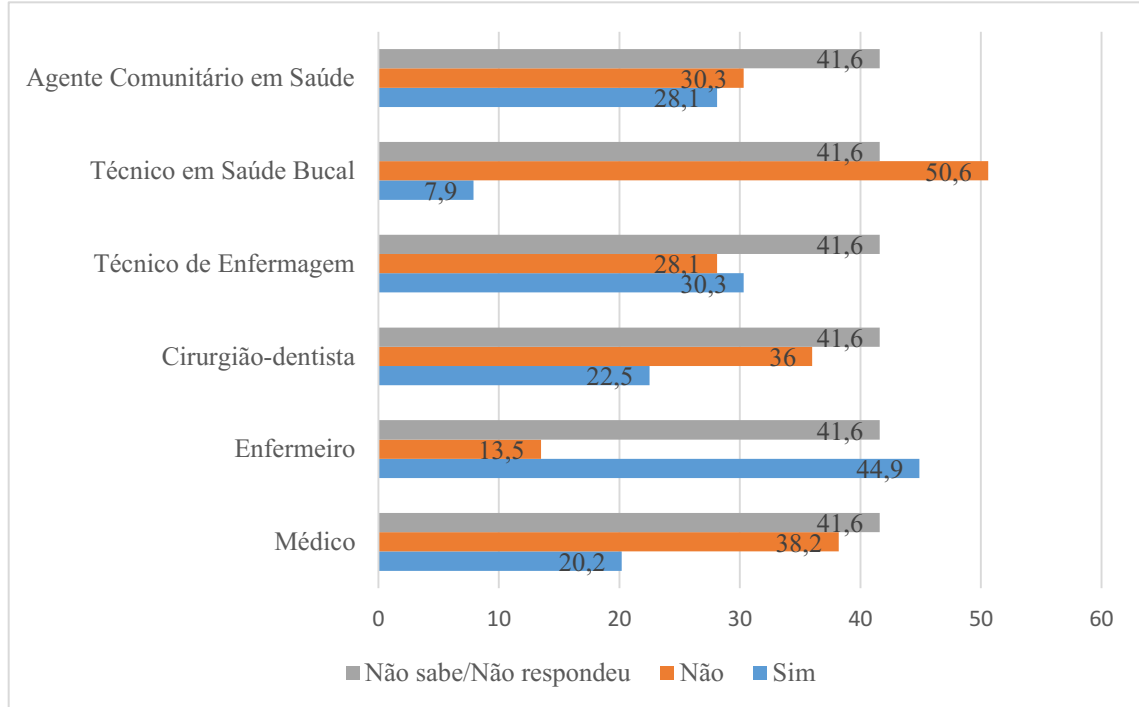
(conclusão)

Variável	Frequência	
Não se aplica	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Tarde</b>		
Sim	39	43,8
Não	7	7,9
Não se aplica	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Noite</b>		
Não	46	51,7
Não se aplica	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Frequência de execução do acolhimento</b>		
Um dia por semana	2	2,2
Três dias por semana	3	3,4
Cinco dias por semana	41	46,1
Não se aplica	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

Diante do acolhimento realizado, 89,9% das equipes de saúde referiram que todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas. Entretanto somente 20,2% das UBS referiram que os médicos participam dessa escuta, 44,9% referiram que o enfermeiro realiza esta ação, 22,5% das equipes referiram a participação do cirurgião-dentista, 30,3% do técnico de enfermagem, 7,9% do técnico em saúde bucal, e 28,1% mencionaram a participação do Agente Comunitário de Saúde no processo de escuta dos usuários, conforme Gráfico 1.

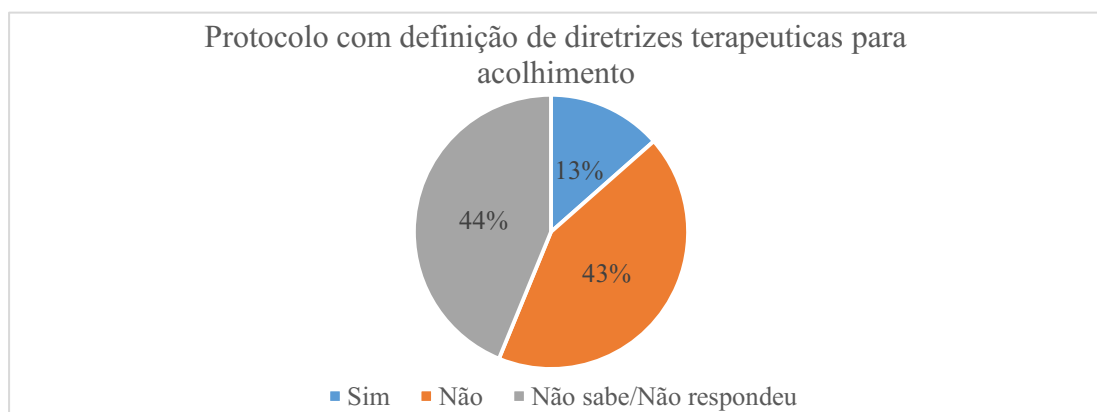
**Gráfico 1 – Percentual de participação dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB no processo de escuta dos usuários.**



**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

Quanto à existência de protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência que subsidiem as ações, somente 13% das equipes referiram possuir este protocolo, enquanto 43% das equipes não souberam ou não responderam, conforme gráfico 2.

**Gráfico 2 – Percentual de Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB que possuem protocolo com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência**



**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

Quando questionados sobre os aspectos clínicos contemplados nos protocolos, 12,4% dos profissionais de saúde entrevistados responderam contemplar o aspecto “queixas mais frequentes”, seguido de 13,5% dos participantes que referiram possuir protocolo clínico centrado no ciclo de vida. Além disso, 7,9% dos participantes do estudo afirmaram contemplar protocolo com aspectos prioritários para as linhas de cuidado em saúde mental e situações de urgência/emergência (traumas e acidentes), respectivamente. No tocante a captação precoce de gestantes, 11,2% dos participantes do estudo respondeu contemplar.

Quanto aos atendimentos de urgência e emergência 69,7% das equipes afirmaram prestar este tipo de ação à comunidade, 28,1% responderam que não realizam essa ação, seguido de 2,2% que não responderam esse questionamento. Em relação à capacitação dos profissionais das equipes para realização do acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários, maior parte dos profissionais de saúde entrevistados, 48,3% não souberam ou não responderam a este item, apenas 22,5% dos profissionais responderam positivamente a este questionamento e 29,2% referiram não realizar capacitação.

Mesmo assim, entre os profissionais que realizaram e não realizaram capacitação, 48,3% das equipes de saúde referiram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários, no entanto, quando questionados sobre a definição da resposta aos usuários a partir do risco identificado 68,5% não soube responder ou não respondeu, conforme tabela 2.

**Tabela 2 – Distribuição de ações de avaliação de risco e vulnerabilidade nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012**

(continua)

Variável	Frequência	
	N	%
<b>Realiza atendimento de urgência e emergência nas UBSF</b>		
Sim	62	69,7
Não	25	28,1
Não sabe/Não respondeu	2	2,2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Capacitação para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários</b>		

...

**Tabela 2 – Distribuição de ações de avaliação de risco e vulnerabilidade nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012**

(conclusão)

Variável	Frequência	
Sim	20	22,5
Não	26	29,2
Não sabe/Não respondeu	43	48,3
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Realização de avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento</b>		
Sim	43	48,3
Não	8	9,0
Não sabe/Não respondeu	38	42,7
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Definição de resposta após risco identificado</b>		
Sim	20	22,5
Não	8	9,0
Não sabe/Não respondeu	61	68,5
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

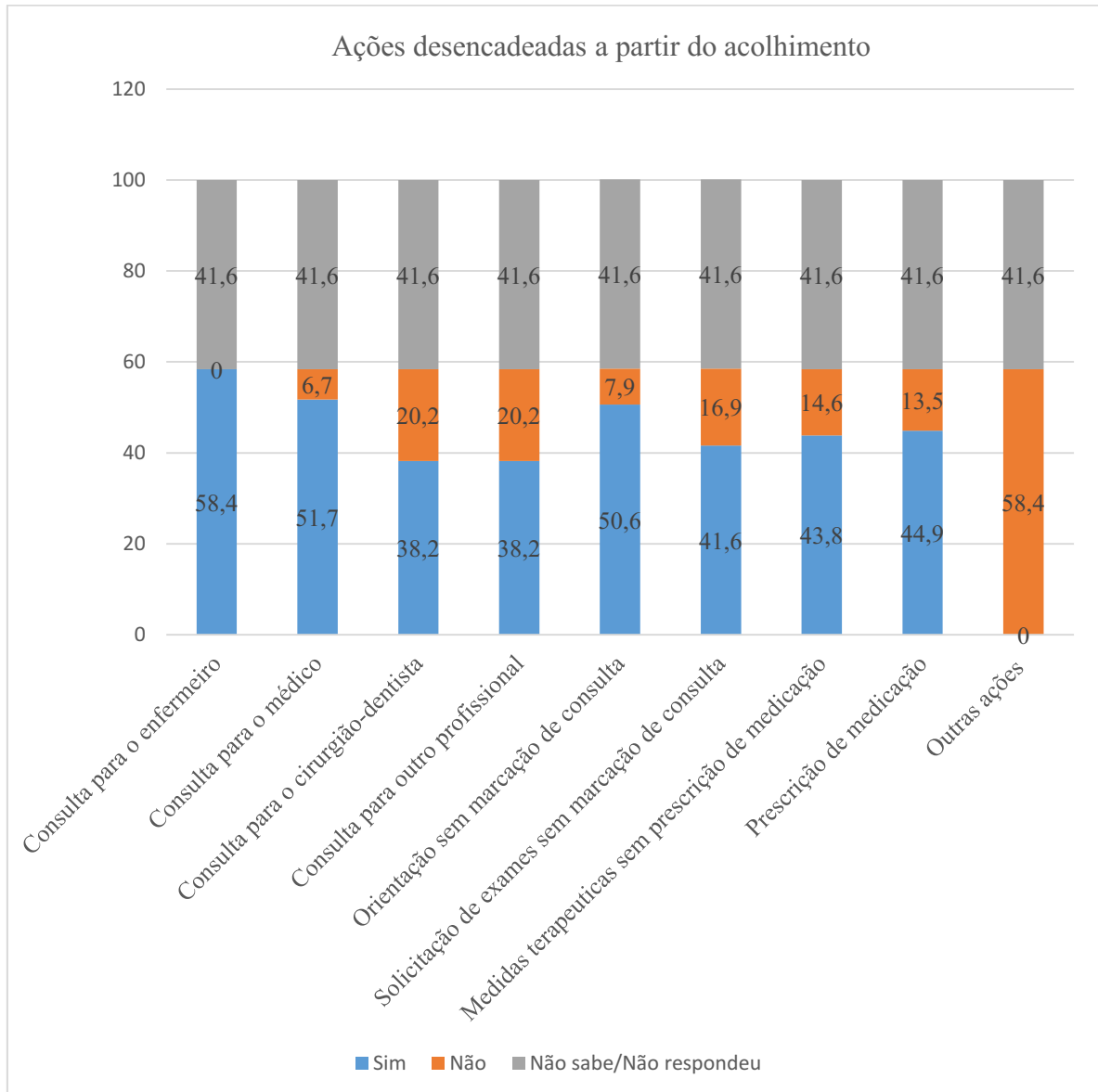
**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

Quanto às ações desencadeadas a partir do acolhimento, 58,4% das equipes conduzem a marcação de consulta para o enfermeiro, concomitantemente, 51,7% das equipes avaliadas apontam a marcação de consulta para o médico. Em seguida, observou-se que 38,2% das equipes mencionaram a marcação de consulta respectivamente, tanto para o cirurgião-dentista, quanto para outros profissionais.

Além disso, outras ações foram citadas pelos profissionais de saúde, a saber: 50,6% citaram a orientação ao usuário, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema. Ao mesmo tempo, 41,6% mencionaram a solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta, seguido de 43,8% dos profissionais de saúde que referiram a aplicação de medidas terapêuticas, não envolvendo a prescrição de medicação e por último, 44,9% das equipes de saúde respondeu realização da prescrição de medicamentos a partir do acolhimento, conforme gráfico 3.



**Gráfico 3 – Percentual das ações desencadeadas a partir do acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB**



**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando o mesmo procura a UBS, 22,5% dos profissionais entrevistados afirmaram que os usuários esperam, em média, 30 minutos, desde o momento de chegada à unidade até a ocasião da escuta/acolhimento. No entanto, apenas 14,6% referiram 10 minutos, 22,4% até 5 minutos, 11,2% 15 minutos, 7,9% 20 minutos, 13,5% até 60 minutos, e 5,5% mais de 60 minutos.

Quando questionado sobre a existência de vagas para os casos clínicos não recomendáveis para o agendamento para outro dia, 92,1% das equipes de saúde responderam positivamente dispor de reserva de vagas para o atendimento. Entretanto, apenas 47,2% das equipes avaliadas possuíam documento que comprovasse essa ação.

Quanto à existência de mecanismo que controle o tempo de espera para atendimento dos usuários, 85,4% das equipes de saúde não souberam ou não responderam. Além disso, dados apontam que 66,3% das equipes de saúde referiram garantir a consulta marcada, quando não é necessária consulta requerida.

Quando questionados sobre o tempo de espera pela consulta agendada, 24,5% responderam até sete dias, 22,5% sete dias. Ademais, observou-se no estudo que 33,8 dos entrevistados não responderam ou não souberam responder, conforme tabela 3.

**Tabela 3 –Distribuição de aspectos de acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012.**

(continua)

Variável	Frequência	
	N	%
<b>Espera do usuário da chegada à UBSF a primeira escuta/acolhimento</b>		
Até 5 minutos	20	22,4
Até 10 minutos	13	14,6
Até 15 minutos	10	11,2
Até 20 minutos	7	7,9
Até 25 minutos	2	2,2
Até 30 minutos	20	22,5
Até 60 minutos	12	13,5
Mais de 60 minutos	5	5,5
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Existência de vagas para os casos clínicos não recomendáveis agendamento</b>		
Sim	82	92,1
Não	6	6,7
Não sabe/Não respondeu	1	1,1
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Existência de mecanismo que controle tempo de espera dos usuários</b>		
Sim	6	6,7
Não	7	7,9
Não sabe/Não respondeu	76	85,4

...

**Tabela 3 – Distribuição de aspectos de acesso às Unidades Básicas de Saúde da Família avaliadas pelo PMAQ-AB em Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2012.**

(conclusão)

<b>Variável</b>	<b>Frequência</b>	
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Usuário deixa UBSF com consulta marcada, quando não é necessária consulta no dia</b>		
Sim	59	66,3
Não	30	33,7
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>
<b>Tempo de espera pela consulta agendada</b>		
Até sete dias	22	24,5
Sete dias	20	22,5
Até dez dias	8	9,4
Quinze dias	8	9,4
Trinta dias	1	1,1
Não sabe/Não respondeu	30	33,8
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Banco de dados do 1º Ciclo de Avaliação Externa do PMAQ, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à saúde, Ministério da Saúde (2012).

## 6. DISCUSSÃO

O acolhimento no contexto da atenção básica brasileira constitui dispositivo importante no processo de qualificação do modelo assistencial, seja possibilitando aos profissionais o repensar sobre seu processo de trabalho, ou mesmo possibilitando a efetivação de direitos fundamentais do indivíduo, como acesso universal a um cuidado integral e justo na rede pública de serviços (BARALDI; SOUTO, 2011; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015). Entretanto, a implantação de tal dispositivo ainda enfrenta desafios políticos, econômicos e organizacionais, considerando-se os reflexos dos distintos cenários locais para sua efetivação.

Entre as UBS avaliadas pelo estudo, o acolhimento desenvolvido pelos profissionais de saúde não se configura enquanto uma prática efetiva, considerando-se o expressivo percentual que refere não ter sido implantado. No geral, acontece durante os dias de funcionamento do serviço, especialmente no turno matutino, nos horários de maior fluxo de usuários no serviço, considerando-se as especificidades das demandas.

Os resultados obtidos nesse estudo são considerados baixos em comparação com o apresentado em estado vizinho como Pernambuco, onde 62,4% das equipes implantaram o acolhimento (ALBURQUEQUE et al., 2014). Além disso, estudo desenvolvido por (FREIRE et al., 2008; JUNGES et al., 2012) com profissionais da ESF, observou-se que o acolhimento está relacionado à prática da triagem, na qual se seleciona, encaminha, direciona ou passa o usuário adiante, ou que também pode ser interpretada como uma forma de agilizar o processo de trabalho e possibilitar o acesso desse mesmo usuário.

Situação preocupante, tendo em vista a valorização do modo hegemônico médico ainda está presente nas UBS's, e como consequência, aumento da demanda reprimida, configurando-se em um “pronto atendimento”, com pouca resolutividade, tendente ao padrão “queixa-conduta” e medicalizante. Nesta perspectiva pesquisadores (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; SCHOLZE; DUARTE-JUNIOR; SILVA, 2009; SANTANA et al., 2012) apontam o acolhimento como um dispositivo de humanização com potencialidade de reduzir a demanda reprimida, oferecer maior acesso aos serviços e por último, responsabilizar toda a equipe pelo cuidado e satisfação do usuário.

Centrar o trabalho na atenção básica em saúde a partir da estratégia do acolhimento aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas de saúde para além dos muros dos serviços de saúde, refletida com prática que considera os determinantes sociais e as reais necessidades do usuário, tendo dessa forma um acolhimento qualificado e resolutivo. Além

disso, permite desencadear um processo de mudança nas práticas de saúde. Reconhece-se que a efetivação do acolhimento contribui na reflexão, dinamização e organização das ações em saúde, sendo mediado pela relação concreta entre usuário e profissional ou a própria equipe, estimulando a resolutividade de problemas (CARDOSO et al., 2009; BRASIL, 2010).

Além disso, observou-se no estudo, que a estratégia do acolhimento não ocorre de modo sistemático, em tempo integral, ou seja, 8 horas por dia, conforme funcionamento da UBS e orientação da Política Nacional de Humanização do SUS, uma vez que, a maioria das UBS e/ ou profissionais de saúde, ainda tem a estratégia do acolhimento como hora marcada para a realização da escuta com o usuário (OLIVEIRA; MOREIRA, 2011).

Nesta perspectiva, estudo desenvolvido por (BREHMER; VERDI, 2010) aponta que, na prática, o acolhimento se restringe a atendimentos pontuais e ações de atendimento às urgências, centrado na queixa-conduta e medicalizante. Fato preocupante, tendo em vista dificuldades enfrentadas pelos usuários na acessibilidade aos serviços de saúde devido à grande demanda predominantemente espontânea, ocasionando ainda, sofrimento aos profissionais e usuários (SOUZA et al., 2008; PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).

Para Santana (2011), não compete ao acolhimento apenas a função de acesso à demanda espontânea, mas o de aceitação do doente como sujeito de direitos e desejos para os quais se tornam necessários uma relação de confiança mútua entre profissional e usuário. Neste sentido, configura-se como método de escuta ativa, de forma a oferecer respostas conforme demandas apresentadas pelo usuário.

Quanto à participação dos profissionais no processo de escuta dos usuários, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde se destacaram entre os que realizam e/ou participam diretamente do acolhimento. Estudo desenvolvido por Freire et al., (2008) ressalta que os profissionais de enfermagem são mais bem preparados para realizar o acolhimento (FREIRE et al., 2008). Entretanto, como forma de estimular e fortalecer o vínculo de confiança com usuário e comunidade, reforça-se que a prática do acolhimento deve permear as ações de todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional, não se restringindo apenas a uma categoria profissional (GARUZI et al., 2014).

Concordando com esses resultados, estudo realizado em Pernambuco, por Albuquerque et al., (2014), com base nos resultados do PMAQ, referente ainda ao primeiro ciclo, dentre os profissionais avaliados verificou-se concomitantemente que o enfermeiro foi o profissional com maior envolvimento no acolhimento (93,3%), seguido dos agentes comunitários de saúde (73,2%), médicos (69,8%), dentista (58,6). Ressalta-se que a atividade

do acolhimento deve ser de responsabilidade de toda a equipe, uma vez que, realizada em grupos, promove a troca de saberes e experiências entre a população e profissionais da saúde.

Nas unidades onde há uma maior participação da equipe multidisciplinar observar-se um aumento significativo do rendimento profissional e do diálogo entre os membros da equipe, permitindo aguçar a percepção destes em relação aos problemas da área de abrangência da Unidade de Saúde (BARALDI; SOUTO, 2011). Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento é um dispositivo importante para a solução da demanda de todos que procuram os serviços e para a superação do modelo hegemônico de atenção à saúde médico-centrado por meio da participação de uma equipe multiprofissional.

Observou-se que na prática o acolhimento realizado pelos profissionais nas unidades de saúde não segue um modelo teórico ou protocolo específico, se restringindo a ações pontuais centradas na atenção queixa-conduta, realidade também apresentada em outros estudos (OLIVEIRA; TUNIN; SILVA, 2008; BREHMER; VERDI, 2010; COUTINHO; BARBERI; SANTOS, 2015) que sinalizam para as ambiguidades presentes na operacionalização do acolhimento no âmbito da atenção básica.

Estudos nacionais sobre o acolhimento (FRANCO et al. 1999), (SILVEIRA et al. 2004), (TAKEMOTO; SILVA, 2007), (ESMERALDO et al. 2009), vêm relatando a necessidade da adoção de protocolos para critérios de riscos, e através dessa utilização foi confirmado que estes garantem a priorização do atendimento a partir da identificação de riscos de grupos ou indivíduos que apresentam maior vulnerabilidade de morrer, adoecer, ter comprometida sua qualidade de vida ou limitada sua autonomia funcional. Assim, o seu uso interrompe a desumana ordem de entrada nos serviços de saúde por critérios simplesmente burocráticos e administrativos, como, por exemplo, a distribuição de senhas por ordem de chegada no serviço.

Em contrapartida, há o risco de manter a avaliação do profissional de saúde somente para a queixa-conduta, centrada nos aspectos clínicos dos problemas apresentados pelo usuário e definidos a partir destes protocolos. Porém, pode ocorrer acentuação da contestação pelo usuário, ao entender ser do profissional a decisão sobre o atendimento, perpetuando sua insatisfação e limitando sua autonomia. Para amenizar tais riscos, sugere-se manter a sensibilização, a participação e a compreensão dos profissionais de saúde e dos usuários sobre o uso destes protocolos. A flexibilização do uso é importante pois amplia e qualifica a escuta no ato de acolher (MITRE et al. 2012).

Porém quando questionados sobre a existência do protocolo, a maioria dos profissionais entrevistados, não souberam responder. Fato preocupante, tendo em vista a

relevância do protocolo para o planejamento e realização de intervenções por parte da equipe, estabelecendo prioridades na adoção de medidas, principalmente daquelas que envolvem mudanças de comportamento, hábitos, estilo de vida, dentre outras.

Em estudo realizado por Alves et al., (2014), com profissionais da ESF, observou-se que menos da metade das equipes entrevistadas afirmaram existência de protocolos para acolhimento. Ainda para o autor, o estudo revelou que os profissionais realizavam o acolhimento conforme entendimento próprio e desconexo das Diretrizes da PNH/SUS. Além disso, acarretava diferentes reações por parte dos usuários e dos próprios profissionais de saúde.

Outro estudo, desenvolvido por Luz (2012) identificou pouca difusão na utilização de protocolos de atendimento nas unidades de saúde, o que diminui a resolubilidade dos profissionais não médicos que realizam acolhimento, focando na figura do médico a responsabilidade pela resolução dos problemas de saúde que levam os usuários à unidade. Nesta perspectiva, documento oficial do Ministério da Saúde destaca que “há acolhimentos e acolhimentos”, apontando múltiplas perspectivas e intencionalidades por parte de seus agentes (BRASIL, 2011b).

Dessa forma, os profissionais de saúde devem ter clareza quanto ao campo e núcleo de competência de cada um, com o objetivo de acolher, produzir vínculo com os usuários e atender suas necessidades (BECK E MINUZI, 2008). Para esse fim, é necessário o trabalho em equipe, a competência técnica e o bom senso no atendimento aos casos considerando-se que existem diversas situações de vulnerabilidade que não permitem a definição de condutas padrões (BRASIL, 2011b).

Outro aspecto evidenciado pelo estudo foi à contradição referente ao acolhimento em casos de urgência e emergência. Embora os profissionais enfatizem que desenvolvem ações nessa área, inclusive realizando avaliação de risco e vulnerabilidade durante o acolhimento, não utilizam protocolo como diretrizes terapêuticas e ou mesmo desconhecem a resolutividade dos casos a partir de tal ação, o que incide na falta de entendimento da equipe no campo da urgência e emergência.

No cotidiano da Atenção Básica não se observa claramente o acolhimento ou mesmo o atendimento em saúde na urgência e emergência, e na maioria dos casos, os usuários são encaminhados para outros serviços da rede especializada (unidade de pronto-atendimento, serviço móvel, pronto socorro de hospital geral, entre outros), tendo em vista problemas como a falta de equipamentos e insumos, despreparo por parte da equipe, entre outros (FREIRE et al., 2008; GARUZI et al., 2014).

Essa lógica contraria o disposto na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), dificultando o acesso ao serviço e, por conseguinte, a resolutividade do problema, além disso, enfraquece o processo de responsabilização e planejamento do trabalho da equipe (BRASIL, 2010). Além disso, quando um serviço se depara com demanda de casos urgente maior do que sua capacidade de atendimento é necessário organizar retaguarda em outros pontos de atenção da rede.

Com base nos resultados do estudo, observou-se ainda, que o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade apesar de ser realizado nas UBSF deixa dúvidas, pois indica que uma parcela significativa das equipes apresenta reduzida capacidade de identificação dos diferentes graus de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários, visto que são poucos os profissionais capacitados para tal ação.

Em estudo realizado no estado do Rio de Janeiro, por Medrado et al., (2015) 91,9% das ESF avaliadas, afirmaram realizar avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários. Entretanto, no tocante ao item capacitação dos profissionais para a realização dessa atividade, apenas 65% dos profissionais entrevistados afirmaram ter realizado. Para o autor, observa-se uma discrepância quando se compara os percentuais relativos ao desenvolvimento dessa ação e a capacitação das equipes para esse fim.

A Política Nacional de Humanização (PNH) mostra a classificação de risco como um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, conforme agravos à saúde ou grau de sofrimento (BRASIL, 2004). Parte-se do pressuposto da garantia do acesso com equidade, entendendo como o princípio que almeja tratar diferentemente os desiguais de acordo com as necessidades de cada um a fim de evitar atendimentos injustos por não considerar as diferentes necessidades.

Além disso, a PNH trouxe não apenas a busca pela qualidade nos serviços prestados, mas mudou completamente o foco da gestão nos últimos anos, o trabalho que antes era focado no serviço passou a ser voltado para as relações humanas, olhando o indivíduo como um todo e suas necessidades biopsicossociais. Dessa forma, deve ser realizado visando não apenas os fatores biológicos, mais também considerar a vulnerabilidade social e contexto de vida dos usuários, contribuindo assim, para o autocuidado e a criação de vínculo com a UBS (BRASIL, 2011b).

A centralidade das ações desencadeadas mediante o acolhimento se situa na agenda de atendimento diária realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional (médico, enfermeiro e outros). Nessa ótica, o acolhimento é percebido como atividade cuja finalidade se resume ao agendamento de procedimentos e consultas individuais, numa concepção



reducionista, focada apenas na organização da demanda (COUTINHO; BARBERI; SANTOS, 2015).

Fica evidente que, apesar da proposta em reorientar o modelo técnico-assistencial por meio da ESF, buscando ultrapassar o modelo hegemônico — biologicista, reducionista, individualista e orientada para a cura — os profissionais ainda têm uma formação que privilegia ações curativas, fragmentadas, mecanizadas, médico-centradas (RODRIGUES; LIMA; RONCALLI, 2008; SILVEIRA; VIEIRA, 2009). Consequentemente, os trabalhadores, em sua prática, mantêm o modelo médico assistencial privatista da divisão por especialidade e por disciplina, atenuando a dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular do próprio médico (FREIRE, et al., 2008).

Sobre o acesso aos serviços nas unidades de saúde, sugere-se que os usuários sejam atendidos no mesmo dia, com tempo de espera até o acolhimento curto, embora quando questionado sobre mecanismo de controle da espera mais de 80% não responderam/não souberam a este questionamento, inclusive para a consulta agendada. O que pode indicar que este tempo pode ser maior ou menor do que o real, já que não se comprova a medição desse tempo por algum mecanismo, baseando-se somente em resposta dos profissionais.

Quanto maior o tempo de espera, maior a chance de os usuários buscarem outros meios de resolver os seus problemas, chegando à maioria das vezes aos serviços de saúde de urgência e emergência, tendo vista entraves encontrados na UBS (BRASIL, 2013). Estudos desenvolvidos por (KANTORSKI et al., 2009; RIBEIRO et al., 2015), observou-se que um dos fatores capazes de dificultar o acesso dos usuários ao serviço, considerou-se o longo tempo de espera para o atendimento/acolhimento. Além disso, apontam também, problemas de ordem estrutural, a saber: condições precárias dos serviços, dificuldade para a marcação de consultas no mesmo dia da procura pelo atendimento, filas para realização do agendamento, longo tempo de espera e distância das unidades em algumas regiões.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que apesar da Estratégia Saúde da Família está amplamente implantada no município em estudo, observou-se que a estratégia do acolhimento vem acontecendo de forma pontual, apoiada ainda na perspectiva do modo hegemônico médico, quando se espera a realização de um trabalho interprofissional com foco nas necessidades dos usuários, a partir de uma escuta qualificada. Chama-se atenção, uma vez que, a situação evidenciada, tem um impacto direto na dimensão do processo de trabalho da equipe, dificultando cada vez mais o acesso do usuário para as ações de saúde, diante das barreiras encontradas, a saber: processo, geográfica, cultural, econômica, dentre outras.

Além disso, na análise da participação dos profissionais no processo de escuta dos usuários, os resultados mostraram uma proporção inadequada entre os profissionais da ESF, com destaque dos profissionais enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Trata-se de uma situação preocupante, tendo em vista sobrecarga para o enfermeiro, considerando outras atribuições que integram o gerenciamento de enfermagem, tais como: consulta de enfermagem, visita domiciliar, supervisão da equipe de enfermagem e dos ACS, dentre outras. Ao mesmo tempo, o atendimento dos usuários dirigido apenas a um profissional, exclui a lógica de trabalho em equipe, preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Concernente a organização do trabalho, observou-se que na prática o acolhimento realizado pelos profissionais não segue um modelo teórico ou protocolo específico, evidenciando-se que os profissionais da ESF não organizam o seu trabalho a partir da demanda dos usuários, e sim, restringindo-se a ações centradas na atenção queixa-conduta.

Frente ao exposto, o estudo permitiu a elaboração de propostas relevantes para implementação da Estratégia do Acolhimento na Atenção Básica, no município de Campina Grande – Paraíba, a saber:

- Adequar o seu trabalho às diretrizes e recomendações dos protocolos da estratégia de acolhimento elaboradas pelo Ministério da Saúde;
- Realizar reuniões com a equipe gestora e profissionais da ESF para definição das atribuições frente à estratégia do acolhimento;
- Fortalecer o processo de trabalho das equipes a partir da Política de Educação Permanente em Saúde;
- Incentivar que os profissionais da ESF garantam com maior propriedade a estratégia do acolhimento, privilegiando a demanda espontânea;

- Organizar os fluxos de referência e contrarreferência garantindo o atendimento integral aos usuários, tendo como porta de entrada principal a Estratégia de Saúde da Família;
- Realizar o planejamento das ações com base nos dados epidemiológicos da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, de forma integrada (gestão, trabalhador, usuários);
- Realizar encontros com profissionais da ESF, equipe gestora, docentes e discentes de cursos da Saúde, para diagnóstico e planejamento das ações das UBS;
- Rever a formação e qualificação dos profissionais de saúde, através das mudanças curriculares nos cursos de graduação, com foco na integração ensino-serviço.

Ressalta-se quanto ao reconhecimento do Banco de Dados do PMAQ – 1º ciclo, como essencial para a concretização do estudo e disseminação do conhecimento. Além disso, reforça-se a necessidade da realização de novas pesquisas, acerca da temática, devido a incipiente produção acadêmica, de modo que possam auxiliar o planejamento das ações da gestão, equipes da ESF na implementação do acolhimento na Atenção Básica.

Nesta perspectiva, espera-se que o estudo, possa contribuir com a ciência da enfermagem, a partir do conhecimento referente a estratégia do acolhimento, para que, de posse dessas informações, os profissionais de enfermagem, possam contribuir na construção e implementação de políticas públicas que visem a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- ABREU de JESUS, W. L.; ASSIS, M.M.A. **Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento.** Cien Saúde Colet 2010. 15(1):161-170.
- ALBUQUERQUE, M. S. V.; LYRA, T. M.; FARIAS, S. F.; MENDES, M. F. M.; MARTELLI, P. J. L. **Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, out 2014. v. 38, n. especial, p. 182-194.
- ALVES, M. G. M.; CASOTTI, E.; OLIVEIRA, L. G. D.; MACHADO, M. T. C.; ALMEIDA, P. F.; CORVINO, M. P. F.; MARIN, J.; FLAUZINO, R. F.; MONTENEGRO, L. A. A. **Fatores condicionantes para o acesso às equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil.** Saúde Debate | Rio de Janeiro, out 2014. v. 38, n. especial, p. 34-51.
- ASSIS, M.M.A.; ABREU de JESUS, W. L. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc. Saúde coletiva, Rio de Janeiro Nov. 2012. v.17, n.11.
- AZEVEDO, D. M. **Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN.** 160f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Departamento de Enfermagem / Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte / UFRN. Natal-RN, 2008.
- 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, jan. /abr. 2011. v.36, n.1, p. 10-17.
- BECK, C.L.C.; MINUZI, D. **O acolhimento como proposta de reorganização da assistência à Saúde: uma análise bibliográfica.** Saúde, Santa Maria, 2008. v.34a, n.1-2: p.37-43.
- BRASIL. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para Organização da Atenção Básica.** Brasília, 1999.
- \_\_\_\_\_. **Programa de saúde da família.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 2001.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cartilha: acolhimento nas práticas de produção de saúde.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo a saúde nos municípios.** 3ª ed. Brasília (DF), 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica; II (28). Brasília: Ministério da Saúde. 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Documento Síntese para Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mais perto de você – acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BREHMER, L. C. F; VERDI, M. **Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010. v. 15, Supl. 3, p. 3569-3578.

CAÇAPAVA, R.J.; COLVEIRO, L.A. **Estratégias de Atendimento em Saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde**. Rev. Gaúcha Enfermagem, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 4, p. 573-80, 2008. Disponível em:

<<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewArticle/7628>>. Acesso em: 04 jul. 2015.

CARDOSO, L. S. C. et al. **Acolhimento no trabalho em saúde da família: um estudo qualitativo**. CuidArte Enfermagem, Juiz de Fora, 2009. v. 3, n. 2, p. 149-155.

CLEMENTINO F.S et al. **Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB)**. Revista Saúde e Ciência *Online*, 4(1): 62-80, 2015.

COUTINHO, L.R.P.; BARBIERI, A.R.; SANTOS, M.L.M. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa.** SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.514-524, ABR-JUN 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00514.pdf>> .Acesso em: 12 de mar. 2016.

ESMERALDO, G.R.O.V.; OLIVEIRA, L.C.; SOUZA, K.M.M.; ARAÚJO, M.A.M.; ESMERALDO-FILHO, C.E.; VIANA, E.M.N. **Análise do acolhimento na estratégia de saúde da família sob a perspectiva do usuário.** Rev APS 2009; 12(2): 112-130

FAGUNDES, S. Apresentação. In: ORTIZ, J. N.; BORDIGNON, M. O.; GRALHA, R. S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S. R. (Org). **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos.** Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.

FERREIRA A.B.H. **Minidicionário Aurélio Escolar.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira,2001.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde:** Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999. v. 15, p. 345-353.

FRANCO, T.B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al (Org.). **O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FREIRE, L. A. M. et al. **O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de Saúde da Família.** Reme, Belo Horizonte, 2008. v. 12, n. 2, p. 271-277.

GARUZI, M., et al. **Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa.** *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2014, vol.35, n.2, pp. 144-149. ISSN 1020-4989.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. **Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise.** In: Eibenschutz C, organizador. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-98

IBGE-**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – Base de Informações municipais.** Rio de Janeiro, IBGE 2010.

JUNGES, J. R. et al. **O discurso dos profissionais sobre demanda e a humanização.** Saúde soc., São Paulo, 2012.v. 21, n. 3, p. 686-697.

KANTORSKI et al. (2009). KANTORSKI, L.P.; JARDIM, V.M.R.; PEREIRA, D.B.; COIMBRA, V.C.C.; OLIVEIRA, M.M..**A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família** Rev. Gaúcha Enferm. (Online) Porto Alegre Oct./Dec. 2009 vol.30 no.4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472009000400003>>. Acesso em: 03 de mar. de 2016.

LIRA, M.R.S. **Avaliação do Acolhimento nas unidades de saúde da família em São Luís.** / Maria dos Remédios da Silva Lira. – São Luís, 2014. 98f. Orientadora: Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Profissional em Saúde da Família, 2014. 2.Saúde Pública – Acolhimento 3.Saúde Pública – Avaliação I. Título CDU 614(812.1)

LUZ, J. **Práticas de acolhimento e acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise qualitativa de 1990 a 2010.** 2012. 61f. Trabalho de conclusão

(Especialização em Saúde Pública) – XIV Curso de Especialização em Saúde Pública, Departamento de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2012.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, I.B; LIMA, J.C.F (organizadores). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 2008. EPSJV, Fiocruz, p 44-50.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde** [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. **Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB**. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, out-dez 2015. v. 39, n. 107, P. 1033-1043.

O'DONNELL, O. Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. **Cad Saúde Pública**. 2007; v.23: 2820-34.

OLIVEIRA, E.R.A et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem | **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde** 2010; 12(2): 46-51

OLIVEIRA, M.A.; MOREIRA, R.L. **A integralidade no acolhimento**. Anuário da Produção de Iniciação Científica Discente. Anhanguera Educacional. 2011. v.14, n. 27, p. 183-199.

OLIVEIRA, L. M. L.; TUNIN, A. S. M.; SILVA, F. C. **Acolhimento: concepções, implicações no processo de trabalho e na atenção em saúde**. Rev. APS, Juiz de Fora, 2008. v. 11, n. 4, p. 362-37.

ORTIZ, J. N.; BORDIGNON, M. O.; GRALHA, R. S.; FAGUNDES, S.; CORADINI, S. R. (Org). **Acolhimento em Porto Alegre: um SUS de todos para todos**. Porto Alegre: Prefeitura Municipal de Porto Alegre; 2004.

PINHEIRO, P.M.; OLIVEIRA, L.C. **A contribuição do acolhimento e do vínculo na humanização da prática do cirurgião-dentista no Programa Saúde da Família**. Interface (Botucatu). 2011;15(36):185-98. DOI:10.1590/S1414-32832010005000036.

PINHEIRO, R. **As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 65-112.

RIBEIRO, J.P.; MAMED, S.N.; SOUZA, M.R.; SOUZA, M.M.; ROSSO, C.F.W. **Acessibilidade aos serviços de saúde na Atenção Básica do Estado de Goiás**. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. jul./set; 2015. 17(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29436>. Acesso em: 10 de mar. 2016.

RODRIGUES, M.P.; LIMA, K.C.; RONCALLI, A.G. **A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal**. Cienc. Saúde Colet. 2008;13(1):71–82.

SANTANA, J. C. et al. **Acolhimento em um serviço da Atenção Básica à Saúde de Minas Gerais**. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro, São João Del-Rei, 2012. v. 2, n. 2, p. 166-176.

SANTANA, M. L. **Demanda Espontânea e Planejamento Estratégico Situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba**. Rev. bras med fam comunidade. Florianópolis, abr./jun., 2011. 6(19): 133-41.

SARTI, T.D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol.28, n.3, pp. 537-548. ISSN 0102-311X

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. **Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?** Interface (Botucatu), Botucatu, 2009. v. 13, n. 31, p. 303-14.

SILVA, J.C.C. **O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental na Estratégia de Saúde da Família**. 2009. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Unidade Acadêmica de Ciências da Vida (UACV), Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2009.

SILVA, R.P. **Acolhimento e classificação de risco: sistematização da assistência nas Unidades Básicas de Saúde**.2012. Orientadora M. Sc..Gisele Simas dos Santos, Dissertação (Pós-Graduação Lato Sensu) - Sociedade Universitária Redentor, Faculdade Redentor. Pós-Graduação Lato Sensu em Saúde da Família. Curso: Urgência e Emergencia.2012. Disponível em <[http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path\\_img/comteudo\\_542b0bfe47aba.pdf](http://www.posgraduacaoredentor.com.br/hide/path_img/comteudo_542b0bfe47aba.pdf)> Acesso em:20 jul.2015

SILVEIRA, D.P.; VIEIRA, A.L.S. **Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local**. Cienc. Saúde Colet. 2009;14(1):139–48.

SMS. Secretária Municipal de Saúde de Campina Grande. Mimiografado.2009.

SMS-Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Campina Grande. **Relatório de Gestão**. Campina Grande-Paraíba, 2016.

SOARES, S.S. **O papel da atenção básica no atendimento às urgências: um olhar sobre as políticas**. Trabalho Conclusão do Curso (Especialização Gestão da Atenção Básica). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2013.

SOUZA, E. C. F. et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008. v. 24, supl. 1, p. 100-110.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TAKEMOTO, M.L.S.; SILVA, E.M. **Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Campinas, São Paulo, Brasil**. Cad. Saúde Pública. 2007;23(2):331–40.



**UNGLERT, C.V.S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde Pública 1990; 24(6):445-452.**

**ANEXOS**

**ANEXO 1 – Modulo II- Entrevista com Profissional da Equipe de Atenção Básica**

**Módulo II – Entrevista com  
Profissional da Equipe de  
Atenção Básica e Verificação de  
Documentos na Unidade de Saúde**

continuação...

II.4 Modalidade e profissionais que compõem a equipe de atenção básica		
II.4.1	Qual tipo desta equipe?	Equipe de Saúde da Família – com saúde bucal
		Equipe de Saúde da Família – sem saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) – com saúde bucal
		Equipe de atenção básica (parametrizada) – sem saúde bucal
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.4.2	Quantidade de profissionais da equipe mínima de atenção básica:	Médico
		Enfermeiro
		Cirurgião-dentista
		Técnico de enfermagem
		Auxiliar de enfermagem
		Técnico em saúde bucal
		Auxiliar em saúde bucal
		Agente comunitário de saúde
		Técnico em laboratório
		Microscopista
II.4.3	Quantidade de profissionais da equipe ampliada de atenção básica:	Médico pediatra
		Médico gineco-obstetra
		Médico generalista, além do profissional da equipe mínima
		Psicólogo
		Fisioterapeuta
		Nutricionista
		Assistente social
		Outro(s)
II.4.4	Na unidade de saúde, as equipes se organizam de modo a permitir que o usuário tenha opção de escolha sobre qual equipe deseja ser atendido?	Sim
		Não
		Não se aplica (quando só há uma equipe na unidade)
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

II.5 Formação e qualificação dos profissionais da equipe de atenção básica			
II.5.1	O(a) senhor(a) possui ou está em formação complementar? (Se NÃO, passar para o bloco II.6.)		Sim
			Não
II.5.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional médico) Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.		
II.5.2/1/1	Especialização em Medicina de Família e Comunidade		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/1	Especialização em Medicina de Família e Comunidade		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/2	Especialização em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/3	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/4	Possui outra especialização? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/5)		Sim
			Não
II.5.2/1/4/1	Qual? .....		
II.5.2/1/6	Residência em Saúde da Família		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/7	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva		Não possui
			Concluído
			Em curso
II.5.2/1/8	Possui outra residência? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/9)		Sim
			Não
II.5.2/1/8/1	Qual? .....		
II.5.2/1/9	Mestrado em Medicina de Família e Comunidade		Não possui
			Concluído
			Em curso

continua...

continuação...

II.5.2/1/10	Mestrado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/11	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/12	Possui outro mestrado? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/13)	Sim
		Não
II.5.2/1/12/1	Qual? .....	
II.5.2/1/13	Doutorado em Medicina de Família e Comunidade	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/14	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/15	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/16	Possui outro doutorado? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/2/1)	Sim
		Não
II.5.2/16/1	Qual? .....	
II.5.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional enfermeiro) Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.	
II.5.2/2/1	Especialização em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/2/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/2/3	Possui outra especialização? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/2/4)	Sim
		Não
II.5.2/2/3/1	Qual? .....	
II.5.2/2/4	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso

continua...

continuação

II.5.2/2/5	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/6	Possui outra residência? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/2/7)	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/6/1	Qual? .....		
II.5.2/2/7	Mestrado em Saúde da Família	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/8	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/9	Possui outro mestrado? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/2/10)	<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
II.5.2/2/9/1	Qual? .....		
II.5.2/2/10	Doutorado em Saúde da Família	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/11	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/12	Possui outro doutorado? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/3/1)	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/2/12/1	Qual? .....		
II.5.2	Possui quais destes processos de formação? (se o respondente for o profissional dentista) Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.		
II.5.2/3/1	Especialização em Saúde da Família	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso
II.5.2/3/2	Especialização em Saúde Pública/Saúde Coletiva	<input type="checkbox"/>	Não possui
		<input type="checkbox"/>	Concluído
		<input type="checkbox"/>	Em curso

continua

continuação...

II.5.2/3/3	Possui outra especialização? (Se NÃO, passar para questão II.5.2/3/4)	Sim
		Não
II.5.2/3/3/1	Qual? .....	
II.5.2/3/4	Residência em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/3/5	Residência em Odontologia Preventiva e Social	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/3/6	Residência em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/3/7	Possui outra residência? Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/8	Sim
		Não
II.5.2/3/7/1	Qual? .....	
II.5.2/1/8	Mestrado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/9	Mestrado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Concluído
		Em curso
		Não possui
II.5.2/1/10	Possui outro mestrado? Se NÃO, passar para questão II.5.2/1/11	Sim
		Não
II.5.2/1/10/1	Qual? .....	
II.5.2/1/11	Doutorado em Saúde da Família	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/12	Doutorado em Saúde Pública/Saúde Coletiva	Não possui
		Concluído
		Em curso
II.5.2/1/10	Possui outro mestrado?	Sim
		Não
II.5.2/1/10/1	Qual? .....	

continua...



continuação...

II.6		Vínculo
II.6.1	Qual é seu agente contratante?	Administração direta
		Consórcio intermunicipal de direito público
		Consórcio intermunicipal de direito privado
		Fundação pública de direito público
		Fundação pública de direito privado
		Organização social (OS)
		Organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP)
		Entidade filantrópica
		Organização não governamental (ONG)
		Empresa
		Cooperativa
		Outro(s)
		Não sabe/não respondeu
II.6.2	Qual é seu tipo de vínculo?	Servidor público estatutário
		Cargo comissionado
		Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal)
		Contrato temporário por prestação de serviço
		Empregado público CLT
		Contrato CLT
		Autônomo
		Outro(s)
Não sabe/não respondeu		
II.6.3	Qual a forma de ingresso?	Concurso público
		Seleção pública
		Outra forma
		Não sabe/não respondeu

II.7		Plano de carreira
II.7.1	O(a) senhor(a) tem plano de carreira? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.7.5.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação...

II.7.2	No plano, tem progressão por antiguidade?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.3	No plano, tem progressão segundo avaliação de desempenho e/ou desenvolvimento (mérito)?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.4	No plano, tem progressão por titulação e formação profissional?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.7.5	O(a) senhor(a) tem incentivo, gratificação, prêmio financeiro por desempenho?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu

II.8		Educação permanente no processo de qualificação das ações desenvolvidas		
II.8.1	Há no município ações de educação permanente que envolva profissionais da atenção básica? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.9.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.8.2	Quais dessas ações a equipe participa ou participou no último ano: (Se NÃO para Telessaúde, passar para a questão II.8.4.)	Sim	Não	Telessaúde
		Sim	Não	EAD/UNASUS
		Sim	Não	RUTE - Rede Universitária de Telemedicina
		Sim	Não	Cursos presenciais
		Sim	Não	Troca de experiência
		Sim	Não	Tutoria/preceptorial
		Sim	Não	Outro(s)
				Não sabe/não respondeu
				Nenhuma das anteriores
II.8.3	A equipe utiliza o Telessaúde para:	Sim	Não	Segunda opinião formativa
		Sim	Não	Telediagnóstico
		Sim	Não	Teleconsultoria
		Sim	Não	Outro(s)

continua...

continuação...

II.14.3/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.14.4	Observar em um prontuário os seguintes itens:	Sim	Não	Letra legível
		Sim	Não	Identificação do usuário (nome, sexo, idade)
		Sim	Não	Hipótese diagnóstica/problema ou condição
		Sim	Não	Exames solicitados
II.14.4/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.14.5	Existe prontuário eletrônico implantado na equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para o bloco II.15.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.14.5/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.14.6	O prontuário eletrônico está integrado com os outros pontos da rede de atenção?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		

**II.15 Acolhimento à demanda espontânea**

II.15.1	Está implantado o acolhimento na unidade de saúde? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.14.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.2	Em quais turnos é feito o acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Manhã		
		Tarde		
		Noite		

continua

continuação...

II.15.3	Com que frequência acontece? (O entrevistador deverá ler as opções.)	Um dia por semana		
		Dois dias por semana		
		Três dias por semana		
		Quatro dias por semana		
		Cinco dias por semana		
		Mais de cinco dias por semana		
II.15.4	Todos os usuários que chegam à unidade de saúde espontaneamente buscando atendimento têm suas necessidades escutadas e avaliadas?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.5	Quais profissionais participam do acolhimento? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Médico		
		Enfermeiro		
		Cirurgião-dentista		
		Técnico de enfermagem		
		Auxiliar de enfermagem		
		Técnico em saúde bucal		
		Auxiliar em saúde bucal		
		Agente comunitário de saúde		
		Outro(s)		
Nenhuma das anteriores				
II.15.6	A equipe possui protocolos com definição de diretrizes terapêuticas para acolhimento à demanda espontânea/urgência?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.15.7	O protocolo de acolhimento à demanda espontânea considera: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta. )	Sim	Não	Queixas mais frequentes
		Sim	Não	Problemas por ciclos de vida (criança, mulher, homem, idoso etc.)
		Sim	Não	Problemas relacionados à saúde mental
		Sim	Não	Traumas/acidentes
		Sim	Não	Captação precoce de gestantes
				Outro(s)
		Nenhuma das anteriores		

continua...

continuação...

II.15.8	A equipe realiza atendimento de urgência e emergência nesta unidade de saúde?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.9	Os profissionais da equipe que fazem o acolhimento foram capacitados para avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.10	A equipe realiza avaliação de risco e vulnerabilidade no acolhimento dos usuários? (Se NÃO, passar para a questão II.15.12.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.11	Em função do risco identificado, a equipe tem condições de definir a resposta?	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.12	Quais as ações desencadeadas a partir do acolhimento realizado: (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Marca usuários na agenda do médico
		Marca usuários na agenda do enfermeiro
		Marca usuários na agenda do dentista
		Marca usuários na agenda de outro profissional
		Orientação, esclarecendo dúvidas sobre sua saúde, sem necessitar de marcação de uma consulta para esse problema
		Solicitação de exames sem ter que marcar uma nova consulta
		Medidas terapêuticas que não envolvem a prescrição de medicação
		Prescrição de alguma medicação
		Outro(s)
Nenhuma das anteriores		
<b>Sobre as ofertas disponíveis ao usuário quando ele busca a unidade de saúde:</b>		
II.15.13	Normalmente, quanto tempo o usuário espera desde a chegada à unidade de saúde até o momento da primeira escuta/acolhimento?	Minutos
		Não sabe/não respondeu

continua...

continuação

II.15.14	Caso o usuário tenha um problema que não seja recomendável o agendamento para outro dia, há reserva de vagas para atendimento no mesmo dia? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.14/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não
II.15.15	A equipe controla o tempo de espera para atendimento dos usuários? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.17.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.16	Quanto tempo ele normalmente espera por este atendimento?	Minutos
		Não sabe/não respondeu
II.15.17	Nas situações em que não seja o caso de agendar no dia e o usuário não faça parte de algum grupo que possui atendimento programado na unidade de saúde, ele consegue sair desta unidade com a consulta marcada? (Se NÃO, passar para a questão II.15.20.)	Sim
		Não
II.15.18	A equipe tem definido o tempo máximo de agendamento? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.15.20.)	Sim
		Não
		Não sabe/não respondeu
II.15.19	Quanto tempo ele normalmente espera por esta consulta?	Dias
		Não sabe/não respondeu
II.15.20	A equipe de atenção básica realizou avaliação ou estudo da demanda espontânea nos últimos 12 meses?	Sim
		Não
II.15.20/1	Existe documento que comprove?	Sim
		Não

continua




continuação

II.15.21	A equipe dispõe de serviço para remoção do usuário? (Se SIM, passar para a questão II.15.22. Se NÃO, passar para o bloco II.16.)	Sim		
		Não		
II.15.21/1	Qual? (O entrevistador deverá ler as opções. Informar ao entrevistado que essa pergunta pode ter mais de uma resposta.)	Sim	Não	Ambulância do SAMU
		Sim	Não	Ambulância não integrante do SAMU
		Não sabe/não respondeu		
		Outro(s)		
		Nenhuma das anteriores		

<b>II.16 Organização da agenda</b>				
II.16.1	A equipe possui uma agenda semanal de atividades pactuada pelo conjunto de profissionais que integram a equipe?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.16.1/1	Existe documento que comprove?	Sim		
		Não		
II.16.2	A agenda é compartilhada entre os profissionais da equipe? (Se NÃO ou NÃO SABE/NÃO RESPONDEU, passar para a questão II.16.4.)	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		
II.16.3	Indique os profissionais que utilizam agenda compartilhada:	Médico		
		Enfermeiro		
		Cirurgião-dentista		
		Técnico de enfermagem		
		Auxiliar de enfermagem		
		Técnico de saúde bucal		
		Auxiliar de saúde bucal		
		Agente comunitário de saúde		
		Técnico de laboratório		
		Microscopista		
II.16.4	A agenda está organizada para realização de visitas domiciliares?	Sim		
		Não		
		Não sabe/não respondeu		

continua...

## ANEXO 2 – Protocolo de registro e aprovação do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa da Federal do Rio Grande do Sul.

	<b>U F R G S</b> UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL	<b>PRÓ-REITORIA DE PESQUISA</b> Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs	
<b>CARTA DE APROVAÇÃO</b>			
<p><b>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs analisou o projeto:</b></p>			
<p><b>Número:</b> 21904</p>			
<p><b>Título:</b> Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários</p>			
<p><b>Pesquisadores:</b></p>			
<p><b>Equipe UFRGS:</b></p>			
<p>ALCINDO ANTONIO FERLA - coordenador desde 01/12/2011          MARTA JULIA MARQUES LOPES - pesquisador desde 01/12/2011          FERNANDO NEVES HUGO - pesquisador desde 01/12/2011          TATIANA ENGEL GERHARDT - pesquisador desde 01/12/2011          CRISTINE MARIA WARMLING - pesquisador desde 01/12/2011          ALVARO KNIESTEDT - pesquisador desde 01/12/2011          ROBERTA ALVARENGA REIS - pesquisador desde 01/12/2011          MIRIAM THAIS GUTERRES DIAS - pesquisador desde 01/12/2011          LEANDRO BARBOSA DE PINHO - pesquisador desde 01/12/2011          Ana Lucilia da Silva Marques - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          RAFAEL DALL'ALBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          Mayna Yaçanã Borges de Ávila - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          MARIA LUIZA FERREIRA DE BARBA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          IRANI JESUS BORGES DA SILVA - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          RAÍSSA BARBIERI BALLEJO CANTO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011          REGINA PEDROSO - Assistente de Pesquisa desde 01/12/2011</p>			
<p><b>Equipe Externa:</b></p>			
<p>Mariana Bertol Leal - pesquisador desde 01/12/2011          Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - pesquisador desde 01/12/2011          Adriane Pires Batiston - pesquisador desde 01/12/2011          Vera Lúcia Kodjaoglanian - pesquisador desde 01/12/2011          Mara Lisiane de Moraes dos Santos - pesquisador desde 01/12/2011          Regina Fatima Feio Barroso - pesquisador desde 01/12/2011          Fernando Pierette Ferrari - pesquisador desde 01/12/2011          Alexandre de Souza Ramos - pesquisador desde 01/12/2011          Allan Nuno Alves de Sousa - pesquisador desde 01/12/2011          Luiz Augusto Facchini - coordenador desde 01/12/2011          Eduardo Alves Melo - pesquisador desde 01/12/2011</p>			
<p><b>Comitê De Ética Em Pesquisa Da Ufrgs aprovou o mesmo , em reunião realizada em 01/03/2012 - Sala 01 de Reuniões do Gabinete do Reitor, 6º andar do prédio da Reitoria , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.</b></p>			
<p>Porto Alegre, Terça-Feira, 13 de Março de 2012</p>			
 JOSE ARTUR BOGO CHIES			
1			