



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

JAVANNA LACERDA GOMES DA SILVA FREITAS

**ANÁLISE DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA BASEADO NO  
PERFIL DE ATENDIMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CAMPINA GRANDE

2016

JAVANNA LACERDA GOMES DA SILVA FREITAS

**ANÁLISE DO ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA BASEADO NO  
PERFIL DE ATENDIMENTOS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia realizada como requisito para aprovação no componente curricular Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

**Orientadora:** Ms. Sheila Milena P. dos Santos

CAMPINA GRANDE

2016

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

F866a

Freitas, Javanna Lacerda Gomes da Silva.

Análise do acolhimento à demanda espontânea baseado no perfil de atendimentos da atenção básica/ Javanna Lacerda Gomes da Silva Freitas. – Campina Grande, PB: O autor, 2016.

58 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm

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

Referências.

Orientador: Sheila Milena P. dos Santos, Ms.

1. Acolhimento. 2. Atenção Básica. 3. Demanda espontânea. I. Santos, Sheila Milena P. dos (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:614



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 23 dias do mês de 03 do ano 2016 às 14.12 horas, na sala auditoria  
com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a  
defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado  
Análise de acuidamento e demanda respiratória baseada no  
perfil de cuidados da atenção básica  
desenvolvido  
pelo aluno (a) Jessyza Lucinda Gomes da Silva Truês  
regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2015.2, orientado pelo  
professor (a) Sheila Milena Pessoa dos Santos Fernandes. O período da  
defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno  
utilizou 18 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. Obtendo nota 09,4 (nove, quatro) pelos  
examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.  
Campina Grande, 23/03/16.

ORIENTADOR (A): SHEILA MILENA PESSOA DOS SANTOS FERNANDES

TITULAÇÃO: MESTRE

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: Reverte Lima Gonçalves Titulação: Mestre

2º Membro: Luzinete Oliveira Coraco Titulação: Especialista

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Faça suas escolhas, busque aquelas que vão completá-lo, não aceite nenhuma que o distancie de si mesmo, prefira sempre sua verdade; assim, cada decisão tomada será um passo em direção ao seu propósito e você vai se sentir plenamente realizado.

(CAVALCANTE, 2009)

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por sempre me guiar e me dar discernimento para vencer os obstáculos, e por sempre me fazer acreditar no Seu infinito e grande amor.

Aos meus pais **Javan Freitas e Glória de Lourdes Lacerda Gomes da Silva Freitas**, por sempre acreditarem no meu potencial e ensinarem o real sentido da família, pois sem minha família eu não teria conseguido nada disso.

À minha querida avó **Maria de Lourdes Lacerda da Silva**, por todo o apoio e contribuição tanto para vida pessoal, quanto profissional e espiritual. Também agradecer por sempre me reger nos caminhos do Senhor e me fazendo enxergar a cada dia as maravilhas feitas por Ele.

Aos meus avós paternos **Maria do Carmo e José Idelfonso**, por toda a educação e o apoio durante minha vida.

À minha irmã e amiga **Cynthia Lacerda**, e os meus irmãos **Gabriel Lacerda e Arthur Kennedy**, pois durante essa caminhada estiveram sempre ao meu lado, me ajudando sempre que possível.

Aos/As **professores/as da UFCG – CCBS** por todo o conhecimento e assuntos transmitidos e construídos durante todo o curso. Em especial à minha orientadora **Sheila Milena Pessoa dos Santos**, por toda a disponibilidade e paciência durante a construção e o desenvolvimento desse TCC.

À minha banca examinadora **Roberta Lima Gonçalves e Elisabete Oliveira Colaço**, pela disponibilidade e correções dadas no TCC II.

À toda a **equipe Floriano/ Lagoa Seca – PB do Pró-Saúde/ PET-Saúde** na linha **Rede Cegonha** que sempre estarão presentes em meu coração, pois foram com eles que ganhei conhecimentos imensuráveis e impagáveis, além de ganhar uma família na qual jamais me separarei.

À minha amiga **Fernanda Láisy Pereira de Sousa**, por todo o seu compromisso e ensinamentos no decorrer da minha caminhada, pois sem ela eu não estaria onde estou hoje.

Ao meu namorado **Márcio Victor da Costa Carneiro**, por sempre dispor de tempo e por nunca me deixar desanimar quando os obstáculos bateram em minha porta, além de toda a sua paciência e seu amor para comigo.

À todas as pessoas que contribuíram para o meu progresso, seja de forma direta ou indireta, o meu muito obrigada e a minha gratidão a todos vocês.

FREITAS, Javanna Lacerda Gomes da Silva. **Análise do acolhimento à demanda espontânea baseado no perfil de atendimentos da atenção básica**. Campina Grande: UFCG, 2016.

## RESUMO

Objetivou-se caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica. Para tanto, realizou-se uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Utilizou-se um formulário estruturado, aplicado aos/as usuários/as de uma USF. O cálculo da amostra baseou-se na média de atendimentos do semestre, resultando em 104 usuários/as. A amostra foi probabilística do tipo aleatória simples. Os dados foram tabulados e analisados pelo software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 12. Os resultados mostraram um atendimento centrado na demanda espontânea e um grande número de satisfação quanto a resolução dos problemas, porém este último está diretamente relacionado com as queixas de baixa complexidade dos/as usuários/as nos atendimentos que em sua maioria são do tipo queixa-conduta. Sendo assim, destacou-se a necessidade de uma reeducação sobre o objetivo e função da atenção básica, para que haja uma mudança no processo de organização do serviço, contemplando estratégias de planejamento e gerenciamento dos atendimentos com foco na promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação da saúde.

**Palavras-chave:** Acolhimento. Atenção Básica. Demanda espontânea.

FREITAS, Javanna Lacerda Gomes da Silva. **Analysis of a reception to the spontaneous demand based on profile of basic health attendances**. Campina Grande: UFCG, 2016

### **ABSTRACT**

The study aimed to characterize the spontaneous demand at a primary health care service. Therefore, it was done a descriptive research with quantitative approach. It was utilized a structured form, applied to the patients of a primary health care Unit. The calculus of the sample was based on an average of a semester attendance, resulting in 104 patients. The sample was probabilistic with simple random. The data was charted and analyzed by the software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) version 12. The results showed an attendance based on spontaneous demand and also a big number of clients satisfaction related to problems resolution, but the last one was related directly with low complexity complaints on the attendances, which is in its majority classified as complaints conduct service. As a result, it was highlighted the necessity of a reeducation about the goal and function of a basic health, so it would be great a change in a process of service organization, and also about the importance of following the strategies of planning and management of attendance with focus on promotion, prevention, early diagnosis, treatment and rehabilitation of health.

**Keywords:** Reception. Primary health care. Spontaneous demand.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |   |
|---------|---|
| AB      | Atenção Básica  |
| CAPS    | Centro de Atenção Psicossocial                            |
| DE      | Demanda Espontânea  |
| DP      | Demanda Programada  |
| ES      | Educação em Saúde   |
| ESF     | Estratégia Saúde da Família                               |
| IST     | Infecções Sexualmente Transmissíveis                      |
| MS      | Ministério da Saúde                                       |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                        |
| PNAISH  | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem    |
| PNH     | Política Nacional de Humanização                          |
| RAS     | Redes de Atenção à Saúde                                  |
| SIAB    | Sistema de Informação da Atenção Básica                   |
| SPSS    | <i>Statistical Package for Social Science for Windows</i> |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                    |
| USF     | Unidade Saúde da Família                                  |
| UBS     | Unidade Básica de Saúde                                   |
| AVEIANM | Fichas de Atendimento Ambulatorial                        |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 01 – Distribuição da amostra por idade  | 24 |
| Tabela 02 – Definição do/a profissional a atender o/a usuário/a                        | 25 |
| Tabela 03 – Primeiro/a profissional de contato com o/a usuário/a                       | 25 |
| Tabela 04 – Primeiro contato de queixas usuário/a/profissional                         | 26 |
| Tabela 05 – Avaliação da existência de uma sala de queixas                             | 26 |
| Tabela 06 – Categorização das queixas  | 27 |
| Tabela 07 – Organização da prioridade do atendimento                                   | 27 |
| Tabela 08 – Agendamento de consultas e espera das queixas                              | 27 |
| Tabela 09 – Encaminhamentos e solicitação de exames                                    | 28 |
| Tabela 10 – Avaliação do/a usuário/a sobre a forma como foi recepcionado               | 29 |
| Tabela 11 – Justificativa dos/as usuários/as quanto ao tempo de atendimento inadequado | 29 |
| Tabela 12 – Condição para participar de atividade educativa                            | 30 |
| Tabela 13 – Encaminhamentos e solicitação de exames na visão da/o usuário/a`           | 30 |

## SUMÁRIO

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INTRODUÇÃO</b>  | <b>12</b> |
| <b>2</b>   | <b>OBJETIVOS</b>   | <b>14</b> |
| 2.1        | Objetivo geral   | 14        |
| 2.2        | Objetivos específicos                                      | 14        |
| <b>3</b>   | <b>RISCOS E BENEFÍCIOS</b>                                 | <b>15</b> |
| <b>4</b>   | <b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>                                 | <b>16</b> |
| <b>5</b>   | <b>METODOLOGIA</b>   | <b>20</b> |
| 5.1        | Tipo e desenho da pesquisa                                 | 20        |
| 5.2        | Campo de observação, participantes e amostragem            | 20        |
| 5.3        | Procedimentos, instrumentos de coleta e análises dos dados | 22        |
| 5.4        | Procedimentos éticos                                       | 23        |
| <b>6</b>   | <b>RESULTADOS</b>  | <b>24</b> |
| <b>6.1</b> | <b>Caracterização dos/as participantes</b>                 | <b>24</b> |
| <b>6.2</b> | <b>Caracterização do atendimento</b>                       | <b>24</b> |
| 6.2.1      | Acolhimento e fluxo  | 25        |
| 6.2.2      | Demanda espontânea x demanda programada                    | 26        |
| 6.2.3      | Encaminhamentos  | 28        |
| 6.2.4      | Tempo de espera  | 28        |
| <b>6.3</b> | <b>Avaliação do atendimento na visão do/a usuário/a</b>    | <b>28</b> |
| 6.3.1      | Acolhimento  | 29        |
| 6.3.2      | Tempo de espera e duração de atendimento                   | 29        |
| 6.3.3      | Participação em atividades educativas                      | 29        |
| 6.3.4      | Resolubilidade   | 30        |
| <b>7</b>   | <b>DISCUSSÕES</b>  | <b>31</b> |
| <b>8</b>   | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>                                | <b>39</b> |
|            | <b>REFERÊNCIAS</b>   | <b>40</b> |
|            | <b>APENDICE I - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS</b>          | <b>44</b> |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>(MAIORES DE 18 ANOS)</b>    | <b>49</b> |
| <b>ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>(GESTANTES)</b>             | <b>51</b> |
| <b>ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>(PORTADOR DE DEF. FÍSICA)</b> | <b>53</b> |
| <b>ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>(MENORES DE 18 ANOS)</b>    | <b>55</b> |
| <b>ANEXO E - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO<br/>(MENORES DE 18 ANOS)</b>     | <b>57</b> |
| <b>ANEXO F - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO</b>                                     | <b>59</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm por objetivo fundamental garantir ao/a usuário/a um cuidado contínuo, integral e de qualidade, para que seja possível um atendimento que atenda aos problemas e solicitações da população (BRASIL, 2015).

Dentro dessa perspectiva de rede, tem-se a inserção da atenção básica (AB) como forma de reordenar os serviços de saúde, além de ser entendida como atenção primária seletiva, indicando um atendimento voltado para às populações mais carentes, ou seja, utiliza-se as tecnologias de baixa complexidade e baixo custo; além de ser o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde. (OPAS, 2011).

Com o intuito de organizar a AB, ponto de acesso das RAS, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta considerada pelo Ministério da Saúde (MS), gestores municipais e estaduais, como uma forma de expandir, qualificar e consolidar a AB, a fim de favorecer a resolubilidade e o impacto positivo na saúde individual e coletiva. (BRASIL, 2012).

Visando considerar a pessoa como um ser único e singular, que necessita de um/a profissional que atenda de forma a construir uma relação de confiança e compromisso, além de não deixar de lado a relação interpessoal, o conceito de acolhimento foi contemplado pela Política Nacional de Humanização (PNH). Frente às ações de cunho humanizado, tem-se a que o acolhimento e a assist(BRASIL, 2013; SILVA et. al, 2015).

Dentro das orientações da PNH, existe aquela que sugere que os/as próprios/as profissionais adequem o preconizado com a realidade do serviço, ou seja, que os/as mesmos/as identifiquem uma fragilidade e em seguida utilizem alternativas viáveis para resolução do/os problema/as, como por exemplo uma unidade que utilizou a arte para a remodelamento do acolhimento no serviço de saúde ( SATO; AYRES, 2015).

O acolhimento se enquadra como uma diretriz capaz de proporcionar um atendimento baseado nas necessidades e buscas dos/as usuários/as, garantindo uma escuta qualificada, trabalho multiprofissional, além de abandonar as práticas curativistas e adotar atendimentos baseados na promoção da saúde e prevenção de doenças (BARRA, 2011).

Com foco nas prioridades da PNH, as ações de acolhimento à demanda devem considerar o perfil da comunidade refletindo essas características nas agendas dos/as profissionais da saúde, as quais se tornam essenciais para a organização desse serviço, devendo existir uma metodologia consistente no planejamento e gerenciamento dos

atendimentos. Sendo assim, a agenda de serviços deve contemplar a necessidade do/a usuário/a da Demanda Programada (DP) e Demanda Espontânea (DE) (Brasil, 2011).

Todavia, Faria (2012) destaca que é perceptível uma fragilidade no processo de trabalho no que diz respeito à articulação entre essas demandas (DP e DE), pois o atendimento aos/as usuários/as, ainda é centrado nas consultas individuais, deixando de lado a ideia de promoção da saúde, prevenção de doenças, ou seja, planejamento e estruturação das atividades de saúde.

A partir da percepção da dificuldade em articular a DP e a DE durante as atividades do PRÓ/PET-SAÚDE<sup>1</sup> os seguintes questionamentos foram percebidos: **Como ocorre o acolhimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família (ESF)? Quais as características dessa demanda? Qual a resolubilidade do atendimento na perspectiva do/a usuário/a?**

Sendo assim, indaga-se a existência ou não dessa integração nos diferentes tipos de demanda, no qual pode resultar em um serviço desorganizado e com pouca resolubilidade.

Portanto, compreende-se a necessidade de uma análise no acolhimento à DE, para que essa problemática possa ser compreendida e assim resultar em uma melhor assistência, como também uma atenção básica mais resolutiva.

1

---

<sup>1</sup>Grupo Pet-Rede Cegonha, vinculado à Coordenação do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) articulada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) do Centro de Ciências Biológicas (CCBS), da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) - 2012 e 2013, conforme previsto no Edital nº 24 de 15 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES).

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da AB.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Analisar a DE em relação aos demais serviços programados;
- Indicar a resolubilidade do acolhimento à DE;
- Analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.

### **3 RISCOS E BENEFÍCIOS**

Os riscos foram relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que foi minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotou-se as medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.

Quanto aos benefícios com esse estudo, será possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também proporcionar estratégias de organização do serviço no Sistema Único de Saúde (SUS).



#### 4 REFERENCIAL TEÓRICO

A portaria de nº 4.279 de dezembro de 2010, elencou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como uma forma de estratégia e organização dos serviços de saúde, além de garantir os princípios de atendimento integral e universal. A AB está diretamente conectado com as RAS, uma vez, que a atenção primária de saúde deve ser base, ou seja, suporte para os demais níveis de atenção na saúde; ser capaz de resolver os problemas na comunidade; ser coordenador do cuidado e ser capaz de ordenar as redes (BRASIL, 2013a).

A ESF é um dos planos utilizados na AB para organizar os serviços de saúde, pois este explora a área geográfica a partir de uma região bem delimitada e com responsabilidade para com a população existente; a equipe básica que compõe esse serviço são compostos por enfermeiro/a, médico/a, o/a técnico/a de enfermagem, e os/as agentes comunitários/as de saúde (SATO; AYRES, 2015).

Enquanto principal modalidade da AB, a ESF incorpora e ratifica os princípios do SUS e tem como objetivo principal o aumento do acesso aos serviços de saúde, proporcionando uma atenção integral e com longitudinalidade para com usuários/as e comunidade (TANAKA, 2011; ALVES, AERTS, 2011).

A AB enquanto porta de entrada nos serviços de saúde, conseqüentemente nível primário das RAS, tem função principal de resolução das adversidades mais recorrentes dos/as clientes, para que os gastos sejam reduzidos e a população seja atendida. Além de ser considerada como um lugar importantíssimo para as pessoas atendidas, uma vez que os/as mesmos/as procuram o serviço em busca de tecnologias fundamentais para os cuidados que necessitam (BRASIL, 2015; CECILIO et. al, 2012).

Para que se possa melhorar nos cuidados prestados à população, fortalecer os modelos de cuidados com a saúde, como também melhorar a organização do serviço e qualidade da assistência, o acolhimento foi criado com a finalidade de contribuir para o cumprimento dos princípios do SUS. Este entendido também como um forma de tratar bem e se relacionar bem com o/a cliente, ter um bom vínculo e uma escuta de qualidade, além de orientação/ões adequada/as para esse/a usuário/a ( GUERRERO et. al, 2013).

Face ao exposto, o acolhimento é também um instrumento e ação de cuidado, capaz de ampliar o acesso e servir como método de (re)organização do serviço. Assim, firma-se no sentido de que este é fundamental para recebimento e a escuta do/a usuário/a, pois não se

pode excluir o fato de trabalhar nas perspectivas de práticas reais, com o intuito de delimitar os problemas e as potencialidades (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o acolhimento, tem-se que este é caracterizado pela utilização de uma escuta de qualidade e do manuseio correto dos instrumentos para o atendimento da população, uma vez que aumenta o grau de efetividade do serviço e garante o acompanhamento do/a usuário/a a partir da utilização das prioridades de atendimento, avaliação de população vulnerável e uso de critério de classificação de risco nas práticas de saúde (BRASIL, 2013).

A partir da proposta de acolher o/a usuário/a, o fluxo de atendimento dos/as usuários/as mudou, deixando de lado a ideia de encaminhamento direto para a consulta médica e adotando as medidas de conduzi-los/as às consultas com outros/as profissionais, por meio da escuta qualificada e resolubilidade para os seus problemas (BARALDI ; SOUTO, 2011).

Silva; Barros; Torres (2012), explanam que os/as profissionais de seu estudo elencaram que para que haja uma avaliação mais crítica dos problemas da população, utiliza-se uma classificação de risco com o intuito de garantir o atendimento, possibilitar o reconhecimento e conseqüentemente, mudar as práticas dos serviços de saúde

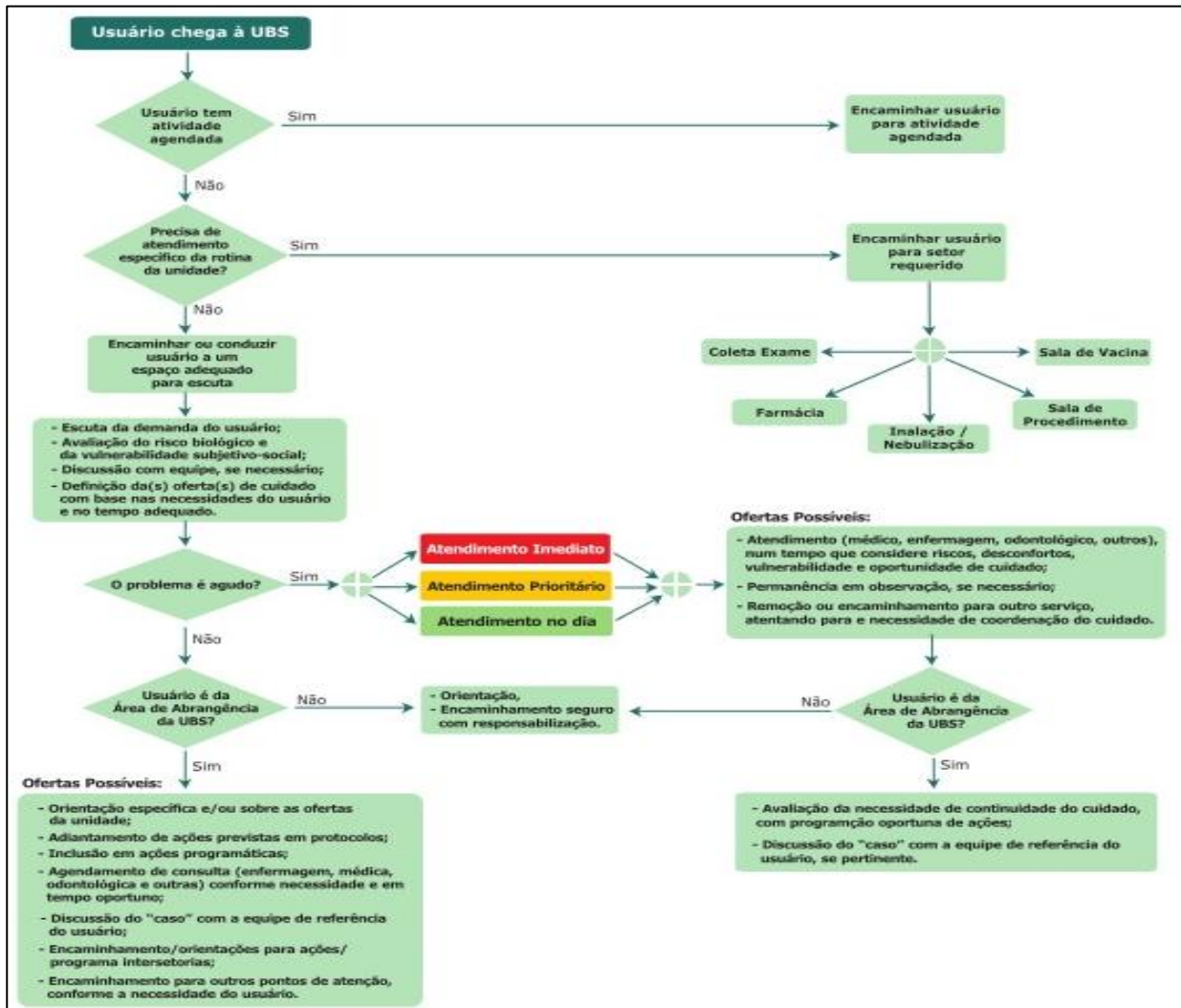
A avaliação dos riscos e vulnerabilidades dos/as usuários/as irão orientar quais ações a serem realizadas, além de estipular o tempo de resolução do problema. Em relação a essa estratificação de risco, tem-se uma classificação em não-agudo, que são as intervenções programadas; e em agudos, que são os atendimentos prioritários e imediatos, nos casos de demanda espontânea USF. Vale salientar que as pessoas maiores de 60 anos, gestantes, lactantes, crianças menores de dois anos e deficientes/portadores de mobilidade diminuída, foram enquadrados como uma população de atendimento prioritário pela lei 10.048 de 8 de novembro de 2000, no art. 1º (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2000).

Os manejos de classificação de risco, a partir de um protocolo evidenciam a padronização dos serviços e conseqüentemente norteiam os/as profissionais durante a coleta de dados. A partir de uma vivência com vários exemplos de classificações de risco, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, utilizou o protocolo de Manchester como norte em seus atendimentos, pelas inúmeras qualidades, dentre elas, rapidez e objetividade, o trabalho com os sinais e sintomas, precisão (BRASIL, 2014).

O fluxo de atendimento dentro da USF pode ser baseado no fluxograma a seguir (Fluxograma 01) no qual se deve entender a recepção como o lugar de primeiro contato

usuário/a/profissional e da necessidade de existência de uma sala de escuta qualificada e direcionada para a resolução dos problemas (BRASIL, 2011).

**Fluxograma 01** – Fluxo de atendimento de um/a usuário/a na USF.



Fonte: BRASIL, p. 28, 2011

Portanto, esse fluxograma é na maioria das vezes tomado como modelo de início de organização de uma Unidade, podendo ser alterado e adaptado para a realidade do serviço. Para tanto, tem-se dois tipos diferentes de demandas, a que já estava previamente agendada para consultas ou atividades de rotinas da unidade (DP), no qual pode ser recepcionada e direcionada a fim de evitar espera sem necessidade. Como também existem aqueles atendimentos que não estavam previstas na agenda da unidade (DE) e conseqüentemente necessita de uma organização no serviço para que a equipe multiprofissional possa agir no problema. (BRASIL, 2011).

O ganho de espaço da AB ocorre pelo fato das USF não possuírem a função apenas de triagem de usuários/as e encaminhamentos para outros serviços, mas funcionam como um local onde os/as usuários/as terão respostas aos seus problemas, como também serão capazes de promover a saúde da população responsável e prevenir os agravos em geral, garantindo um atendimento de qualidade e integral (NUNES, et al., 2012).

Sendo assim, para garantir esse cuidado integral, resolutivo, com compartilhamento de responsabilidades sanitárias, atender de forma que garanta a multiprofissionalidade e, conseqüentemente, promover o cuidado, sugere-se que os atendimentos na AB sejam realizados não apenas pelo/a médico/a, mas sim pelos demais profissionais das diversas áreas da saúde (BRASIL, 2014).

Em relação ao atendimento, os/as profissionais da saúde utilizam diversas tecnologias de gestão que irão integrar o trabalho destes com os dos demais serviços de saúde, dentre eles a organização da DP e DE, visto que é imprescindível considerar tanto os atendimentos dos diversos programas nacionais quanto respeitar a demanda imediata da comunidade (BRASIL, 2012b).

Vale salientar então que a articulação entre DP e DE apresenta-se fragilizada, devido à dificuldade dos/as usuários/as e profissionais em compreenderem os princípios que regem a ESF, sendo um dos entraves na organização do serviço (FARIA; CAMPOS, 2012).

## **5 METODOLOGIA**

### **5.1 Tipo e desenho da pesquisa**

Visando atender aos objetivos deste projeto optou-se pela realização de uma pesquisa de natureza aplicada em que se objetivou produzir conhecimentos dirigidos à solução de problemas específicos, que envolveu os interesses e verdades locais, através da aplicação prática (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Tratou-se de uma pesquisa descritiva do ponto de vista dos seus objetivos, visto que nesta o/a pesquisador/a apenas registrou e descreveu os fatos observados sem promover nenhuma interferência neles (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A abordagem utilizada foi quantitativa caracterizada pelo emprego da quantificação na coleta de dados e no tratamento dos dados por meio de técnicas estatísticas (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Com base no exposto acima, segue o delineamento da pesquisa intitulada “Acolhimento à demanda espontânea: uma análise a partir do perfil de atendimento na Estratégia de Saúde da Família”, esta desenvolvida e coletada durante as atividades do PRÓ-SAÚDE/PET-SAÚDE.

### **5.2 Campo de observação, participantes e amostragem**

O estudo foi realizado no município de Lagoa Seca-PB na USF Beatriz Jerônimo do Nascimento (Floriano).

Esta USF possui uma estrutura e uma equipe profissional bastante favorável para a realização dos atendimentos e, conseqüentemente para a desenvolvimento da pesquisa.

O município de Lagoa Seca-PB localiza-se na mesorregião do agreste paraibano, possui 109 km<sup>2</sup> de área e aproximadamente 26.034 habitantes. Conta com 10 equipes de ESF, 01 NASF, 01 Hospital Geral Municipal Ana Maria Coutinho Ramalho, 01 Centro Municipal de Saúde Manoel Jacome de Moura e 01 CAPS.

A área de abrangência da USF Floriano caracteriza-se por ser zona rural com 583 famílias cadastradas, perfazendo um total de 1981 pessoas. Destas, 986 são do sexo feminino e 995 são do sexo masculino, segundo os dados do SIAB (Ficha A4) (BRASIL, 2014a).

Os/as participantes da pesquisa foram usuários/as que utilizam os serviços do SUS nessa USF. Foi incluído os/as participantes de ambos os sexos, sem restrição de idade. No caso das pessoas com impossibilidade de comunicação e aqueles/as com idade inferior a 10 anos, essa idade considerada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, o formulário foi respondido pelo/a acompanhante ou responsável. Foram excluídos do estudo apenas os/as impossibilitados/as de responderem ao formulário e que estejam desacompanhados/as.

A população foi dividida com base no tipo de atendimento demandado, correspondendo a uma média mensal nos últimos 6 meses de 44 atendimentos de hipertensão, 11 diabetes, 23 atendimentos de pré-natal, 09 atendimentos de prevenção de câncer de colo de útero, 14 atendimentos de puericultura, 318 atendimentos odontológicos, 308 atendimentos à demanda espontânea, incluindo 25 procedimentos (curativos, inalações, injeções, retirada de pontos, Terapia de Reidratação Oral e sutura) .

A amostra foi probabilística do tipo aleatória simples, no qual os elementos que fizeram parte da população possuíram a mesma probabilidade de serem selecionados e essa é diferente de zero (RICHARDSON, 2010).

Em relação ao modo de seleção, foi uma amostra sem reposição já que os/as usuários/as escolhidos/as não puderam serem selecionados/as novamente (RICHARDSON, 2010).

O cálculo da amostra foi referente a uma aleatória simples finita como demonstrado no cálculo abaixo, onde  $n$  representa o tamanho da amostra,  $s$  representa o nível de confiança,  $p$  representa a proporção da característica pesquisada no universo,  $q = 1 - p$ ,  $N$  representa o tamanho da população e  $E$  representa o erro de estimação permitido (RICHARDSON, 2010).

$$n = s^2 \cdot p \cdot q \cdot N / E^2 \cdot (N - 1) + s^2 \cdot p \cdot q$$

O nível de confiança utilizado foi 95% que corresponde a  $s=2$ . Em relação ao  $p$ , utilizou-se a proporção de atendimentos para prevenção de câncer de colo por este se constituir como o menor estrato da população. Em termos percentuais, 1,24% dos indivíduos acolhidos foram referentes ao atendimento para prevenção do câncer de colo ( $p=0,124$ ; logo  $q=0,9876$ ). O cálculo do tamanho da população foi feito com base na média semestral de atendimentos mensais e corresponde a 727, que representa o  $N$ . O erro de estimação permitido foi de 2% ( $E=0,02$ ).

Nesse contexto, a composição da amostra foi de 104 usuários/as acolhidos/as na USF Beatriz Jerônimo do Nascimento, no período de 01 mês, por meio da demanda programada e espontânea.

Foi realizado um sorteio único, utilizando a ordem de chegada dos/as usuários/as para a seleção da amostra, no qual esse controle do número sorteado e o número do atendimento através das Fichas de Atendimento Ambulatorial (AVEIANM).

### **5.3 Procedimentos, instrumentos de coleta e análise dos dados**

A estratégia escolhida para sistematizar o estudo foi a observação direta extensiva por meio de formulário que se caracteriza por um conjunto de questões que são perguntadas e anotadas por um/a entrevistador/a numa situação presencial com outra pessoa (MARCONI; LAKATOS, 2010). O formulário (APÊNDICE I) teve como propósito diminuir os vieses da pesquisa relacionados aos/as usuários/as não-alfabetizados/as que seriam impossibilitados/as de responderem o questionário.

O formulário foi construído e aplicado pelos/as integrantes do PRÓ/PET-SAÚDE. Durante a elaboração do instrumento, utilizou-se como fonte para construção das perguntas o manual de Acolhimento à Demanda Espontânea (volume I), no qual pretendeu-se avaliar a forma que a população foi acolhida, a resolubilidade do serviço e por fim a perspectiva desse/a usuário/a frente ao atendimento recebido.

A entrevista foi realizada após o atendimento do/a usuário/a, a fim de permitir uma melhor avaliação de questões relevantes durante a permanência deste na USF.

O formulário, composto por 39 questões, permitiu identificar o fluxo do/a usuário/a na Unidade, estabelecer a vulnerabilidade do indivíduo, avaliar o acolhimento e o atendimento na perspectiva do mesmo e quantificar a resolubilidade do serviço de saúde. Este foi validado através de um pré-teste com o objetivo de verificar as dificuldades de compreensão das perguntas, a duração de aplicação e identificar possíveis dificuldades do/a aplicador/a. O pré-teste foi aplicado a 10 usuários/as e essa amostra utilizada não foi incluída no estudo. Os dados foram tabulados e analisados através do software *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS) versão 12.

Durante a coleta de dados, encontrou-se alguns/as usuários/as que foram atendidos/as por mais de um/a profissional. Sendo assim, de acordo com a vivência nessa Unidade na vigência do PRÓ/PET-SAÚDE e com os dados elencados pelo/a entrevistado/a no formulário, os achados foram analisados tomando por base a consulta principal.

#### **5.4 Procedimentos éticos**

A pesquisa está em conformidade com as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que regulamentam a prática de pesquisa com seres humanos.

As informações sobre a pesquisa (identificação das/os pesquisadores/as, objetivos da pesquisa, metodologia e consequentes resultados) foram transmitidas aos/as participantes. Em seguida o/a participante expressou o desejo em colaborar com o estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS). O anonimato em meio à publicação dos resultados foi preservado bem como o sigilo de dados confidenciais.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), onde foi aprovado com o CAAE nº: 34503214.4.0000.5182, e parecer nº 776.637. Somente após a aprovação pelo CEP, foi iniciada a coleta de dados da pesquisa.



## 6 RESULTADOS

Os resultados foram organizados objetivando caracterizar o perfil dos participantes e dos atendimentos nessa unidade, além de demonstrar a avaliação do atendimento na visão do/a usuário/a.

### 6.1 Caracterização dos/as participantes

Nesse estudo, 69,2% dos/as participantes era do sexo feminino, enquanto 30,8% do sexo masculino, caracterizando-se ainda como um serviço no qual as mulheres procuram mais a assistência de saúde.

Na tabela 01 organizou-se as faixas etárias divididas de 10 em 10 anos. Observou-se que a prevalência de atendimento é inversamente proporcional a idade em todas as faixas etárias.

**Tabela 01** – Distribuição da amostra por idade

| <b>IDADE (anos)</b> | <b>FREQUÊNCIA</b> | <b>%</b>    |
|---------------------|-------------------|-------------|
| 0-10                | 33                | 31,7%       |
| 11-20               | 14                | 13,4%       |
| 21-30               | 13                | 12,5%       |
| 31-40               | 13                | 12,5%       |
| 41-50               | 13                | 12,5%       |
| 51-60               | 6                 | 5,8%        |
| 61-70               | 5                 | 4,8%        |
| 71-80               | 3                 | 2,9%        |
| Não informado       | 4                 | 3,9%        |
| <b>Total</b>        | <b>104</b>        | <b>100%</b> |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.2 Caracterização do atendimento

Buscou-se utilizar as variáveis para o análise do acolhimento a DE nessa USF, para tanto, dividiu-se nos seguintes aspectos: acolhimento e fluxo, demanda espontânea x demanda programada, encaminhamentos e tempo de espera.

### 6.2.1 Acolhimento e fluxo

Na tabela 02 visualiza-se como foi a definição do/a profissional que atenderia o/a usuário/a, tendo predominado a livre escolha pelo/a usuário/a o/a profissional para atendimento.

**Tabela 02** – Definição do/a profissional a atender o/a usuário/a.

| RESPOSTA                                       | QUANTIDADE | %     |
|--|------------|-------|
| Eu escolhi                                     | 79         | 76%   |
| Quem me acolheu escolheu                       | 21         | 20,2% |
| A partir do diálogo entre o/a acolhedor/a e eu | 4          | 3,8%  |
| Total  | 104        | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Os dados da tabela 03 mostram pouca rotatividade de profissionais que estabelecem o primeiro contato com o/a usuário/a, sobretudo, centralizado nos/as profissionais de nível técnico ou de apoio.

**Tabela 03** – Primeiro profissional de contato com o/a usuário/a.

| PROFISSIONAL                      | FREQUÊNCIA | %     |
|-----------------------------------|------------|-------|
| Recepcionista                     | 60         | 57,7% |
| Serviços gerais                   | 11         | 10,6% |
| Técnico de enfermagem             | 10         | 9,6%  |
| Agente Comunitário de Saúde (ACS) | 8          | 7,6%  |
| Auxiliar de dentista              | 3          | 2,9%  |
| Aluno/a                           | 3          | 2,9%  |
| Vigia                             | 2          | 1,9%  |
| Enfermeiro/a                      | 2          | 1,9%  |
| Odontólogo/a                      | 1          | 1%    |
| Médico/a                          | 1          | 1%    |
| Não especificou                   | 3          | 2,9%  |
| TOTAL                             | 104        | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Vale salientar que o/a recepcionista do serviço além de ser o/a maior responsável pelo primeiro contato do/a usuário/a no serviço, também se destaca como o/a profissional que possui o maior percentual de escuta da queixa, conforme demonstrado na tabela 04.

**Tabela 04** – Primeiro contato de queixa usuário/a/profissional

| <b>PROFISSIONAL</b>         | <b>FREQUÊNCIA</b> | <b>%</b>    |
|-----------------------------|-------------------|-------------|
| Recepcionista               | 41                | 39,4%       |
| Médico/a                    | 25                | 24%         |
| Técnico/a de enfermagem     | 12                | 11,5%       |
| Enfermeiro/a                | 5                 | 4,8%        |
| Odontólogo/a                | 4                 | 3,8%        |
| Agente Comunitário de Saúde | 6                 | 5,8%        |
| Auxiliar de dentista        | 5                 | 4,8%        |
| Aluno/a                     | 3                 | 2,9%        |
| Serviços gerais             | 1                 | 1%          |
| Não especificou             | 1                 | 1%          |
| Não se aplica               | 1                 | 1%          |
| <b>Total</b>                | <b>104</b>        | <b>100%</b> |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Na tabela 05 detalhou-se as questões referentes a existência de uma sala reservada para queixa, a presença ou não de constrangimento para falar dos seus problemas e a necessidade do/a usuário/a acerca da existência de uma sala para escuta das queixas.

Na maioria dos atendimentos não houve sala reservada para escuta das queixas. Apesar disso, a maior parte dos/as usuários/as não se sentiu constrangido/a em relatar seus problemas na ausência de uma sala reservada.

**Tabela 05** – Avaliação da existência de uma sala de queixas

| <b>PERGUNTA</b>  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>NÃO INFORMADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|--|------------|------------|----------------------|--------------|
| Houve sala reservada para queixa?                      | 30,8%      | 69,2%      | -                    | 100%         |
| Se não houve sala para queixa, sentiu-se constrangido? | 15,4%      | 75,9%      | 8,7%                 | 100%         |
| Gostaria que houvesse sala de queixa?                  | 34,6%      | 65,4%      | -                    | 100%         |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.2.2 Demanda espontânea x demanda programada

A queixa principal da/o usuária/o encontra-se organizada na tabela 06, no qual foi categorizada e dividida em DE e DP.

Para a análise do tipo de demanda, enquadraram-se os problemas de acordo com o proposto por Brasil (2014a), que cita como DE os/as usuários/as com as seguintes queixas clínicas: infecções respiratórias, infecções urinárias, trauma, dor de dente, abscesso bucal, renovação de receita, solicitação de exames, mostrar exames, solicitação de relatórios,

entregar um pedido de exame complementar, agendamento de consulta de controle, entre outros.

Como DP, considerou-se os atendimentos previstos na ações programáticas, com periodicidade, avaliação de risco e vulnerabilidade, como exemplo, as puericulturas, pré-natal e atenção ao idoso (BRASIL, 2011).

**Tabela 06** – Categorização das queixas

| <b>TIPO DE ATENDIMENTO</b> | <b>FREQUÊNCIA</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-------------------|----------|
| DE                         | 84                | 80,8%    |
| DP                         | 20                | 19,2%    |
| Total                      | 104               | 100%     |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

A priorização do atendimento deu-se a partir da necessidade do/a usuário/a e organização do serviço para atender esse/a usuário/a, conforme demonstrado na Tabela 07, sendo enquadrados/as na maioria das vezes no atendimento do dia.

**Tabela 07** – Organização da prioridade do atendimento.

| <b>RESPOSTA</b>            | <b>FREQUÊNCIA</b> | <b>%</b> |
|----------------------------|-------------------|----------|
| Atendimento do dia         | 78                | 75%      |
| Atendimento imediato       | 22                | 21,1%    |
| Agendamento para outro dia | 4                 | 3,9%     |
| Total                      | 104               | 100%     |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

Em relação aos dados referentes ao agendamento de consultas e a possibilidade de espera das queixas, observou-se que maior parte dos atendimentos não estava agendado, refletindo um serviço baseado em DE, ou seja, atende a maioria dos casos conforme a necessidade dos/as usuários/as. Quanto a possibilidade de espera ou não das queixas observou-se um equilíbrio, conforme demonstrado na tabela 08.

**Tabela 08** – Agendamento de consultas e espera das queixas

| <b>PERGUNTA</b>                  | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>TOTAL</b> |
|----------------------------------|------------|------------|--------------|
| Seu atendimento estava agendado? | 28%        | 72%        | 100%         |

|                             |     |     |      |
|-----------------------------|-----|-----|------|
| A sua queixa podia esperar? | 50% | 50% | 100% |
|-----------------------------|-----|-----|------|

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.2.3 Encaminhamentos

Observou-se que a menor parte dos atendimentos necessitou de encaminhamento, conforme detalhado na tabela 09. Por sua vez, a solicitação de exames foi realizada em pequena proporção, contudo, os procedimentos demandados foram de baixa densidade tecnológica em sua maioria, como hemograma, parasitológico de fezes, sumário de urina, urocultura e ultrassonografia.

**Tabela 09** –Encaminhamentos e solicitação de exames

| PERGUNTA                                 | RESPOSTA |       |               | TOTAL |
|--|----------|-------|---------------|-------|
|  | SIM      | NÃO   | NÃO INFORMADO |       |
| Foi encaminhado para algum especialista? | 13,5%    | 86,5% | -             | 100%  |
| Foi solicitado algum exame?              | 28,8%    | 70,2% | 1%            | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.2.4 Tempo de espera

O estudo revelou que 94,2% dos usuários que buscaram a atenção básica para algum tipo de assistência permaneceu na Unidade. Destes, 37,5% esperaram mais de 1 hora para serem atendidos, 29,8% passou menos que 30 minutos aguardando a sua consulta, seguido por 27,9% que tiveram duração de sua espera entre 30 e 60 minutos.

Quanto a utilização do tempo de espera para realização de atividades nessa Unidade, constatou-se que 5,8% dos/as usuários/as participaram de atividade de educação em saúde, seguido de 93,2% que não participaram de qualquer atividade e 1% não informou esse dado.

## 6.3 Avaliação do atendimento na visão do/a usuário/a

Nesse estudo, também optou-se por analisar todo o atendimento de acordo com a visão do/a usuário/a. Esse tópico foi dividido em 4 subtópicos, sendo eles: acolhimento, tempo de espera e duração de atendimento, participação em atividades educativas e resolubilidade.

### 6.3.1 Acolhimento

Quanto ao acolhimento, organizou-se a tabela 10 baseado na avaliação da qualidade de atendimento na recepção da Unidade, encontrando-se dados positivos.

**Tabela 10** – Avaliação do/a usuário/a sobre a forma que foi recepcionado.

| RESPOSTA                                   | QUANTIDADE | %     |
|--|------------|-------|
| Fui bem recepcionado                       | 90         | 86,5% |
| Bem recepcionado, apesar de algumas falhas | 11         | 10,6% |
| Não tenho opinião definida                 | 2          | 1,9%  |
| Fui mal recepcionado                       | 1          | 1%    |
| Total                                      | 104        | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.3.2 Tempo de espera e duração de atendimento

Baseado na questão tempo de espera, também encontrou-se resultados positivos referentes à essa USF, pois a maioria dos/as usuários/as (67,3%) relatou ter esperado pouco pelo atendimento, (22,1%) não esperou e foi logo atendido, (10,6%) esperou bastante. Inclusive a maioria avalia que o tempo de espera foi suficiente (77,9%).

Quanto a avaliação referente à duração de atendimento, demonstrou-se expressivo percentual de satisfação (84,6%) e pequeno percentual de insatisfação (15,4%). Na tabela 11, tem-se a justificativa para estes que elencaram o tempo de atendimento inadequado.

**Tabela 11** – Justificativa dos/as usuários/as quanto ao tempo de atendimento inadequado

| RESPOSTA   | %     |
|--|-------|
| Não informado  | 33,4% |
| “Pouco tempo para consulta”                              | 22,2% |
| “Gostaria de ter passado mais tempo para avaliar melhor” | 22,2% |
| “Muito rápido, não perguntou o que eu estava sentindo”   | 22,2% |
| Total  | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

### 6.3.3 Participação em atividades educativas

Em relação ao aproveitamento do tempo de espera para participação em educação em

saúde, encontrou-se que grande parte dos das/os entrevistados/as gostaria de ter participado de alguma atividade educativa (68,3%).

É importante destacar que 3,8% dos/as entrevistados/as gostariam de participar, com algumas condições que foram elencadas na Tabela 12.

**Tabela 12**– Condição para participar de atividade educativa

| <b>RESPOSTA</b>                       | <b>%</b> |
|---------------------------------------|----------|
| “Meus filhos são levados” (Impecílio) | 25%      |
| “Se estiver sem criança”              | 25%      |
| “Se for rápido”                       | 25%      |
| “Se for relevante, com IST”           | 25%      |
| Total                                 | 100%     |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

#### 6.3.4 Resolubilidade

Verificou-se uma grande resolubilidade nesse serviço, além de que a maior parte dos atendimentos não necessitou de encaminhamento.

**Tabela 13** – Encaminhamentos e solicitação de exames na visão do/a usuário/a

| <b>PERGUNTA</b>                          | <b>SIM</b> | <b>NÃO</b> | <b>NÃO INFORMADO</b> | <b>TOTAL</b> |
|--|------------|------------|----------------------|--------------|
| O seu problema foi resolvido?            | 93,3 %     | 5,7%       | 1%                   | 100%         |
| Foi encaminhado para algum especialista? | 13,5%      | 86,5%      | -                    | 100%         |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2014.

## 7 DISCUSSÕES

Perante a **Caracterização dos/as participantes**, observou-se a feminilização que ainda existe nos serviços da AB a partir de um baixo índice de atendimento à população masculina.

Como refere Separavich e Canesqui (2013), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) veio justamente para reconhecer os determinantes sociais da vulnerabilidade da população masculina às patologias, enfatizando que a não procura pelos serviços revela estereótipos de gênero construídos por estímulos culturais, possuindo uma simbologia onde a doença se expressa como fragilidade do corpo e, por extensão, do seu portador. Sendo assim, Oliveira et. al (2015) expõe que a partir da implantação do PNAISH, fundamentada no enfoque de gênero, levará o país a melhorar seus aspectos socioculturais e seus padrões de morbidade e mortalidade.

Por outro lado, encontrou-se que grande parte dos atendimentos foram prestados às mulheres. Para Pimentel et. al (2011), a maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres em seu estudo constatou-se pela necessidade de prevenção do câncer de colo de útero e planejamento familiar. Porém, esse fato não foi observado nos dados analisados, uma vez que não houveram queixas ou procura das usuárias para esses tipos de atendimento .

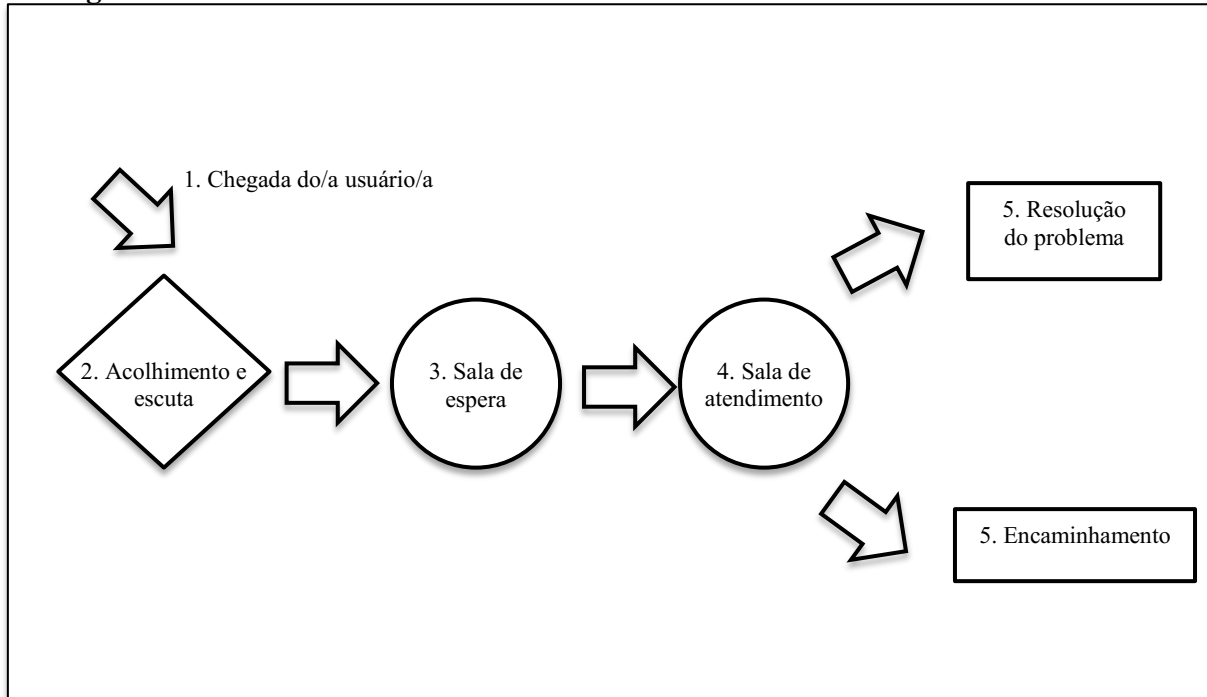
Vale salientar também que a alta procura por atendimento em saúde por parte das mulheres, sugere um considerável autocuidado das mulheres para com a saúde (PEREIRA; BARROS, 2015). Além de ser possível interpretar que as mulheres ainda são as responsáveis pela família.

Quanto ao perfil etário pode-se observar uma quantidade considerável de atendimento nas pessoas com faixa etária de 0-10 anos, quando comparadas com as demais. Tomando por base a pirâmide etária do estado da Paraíba (IBGE, 2013), tem-se um pirâmide de base larga e ápice fino, que traduz em uma população consideravelmente jovem. Sendo assim, o fato de possuir mais crianças do que adultos nesse estudo pode estar diretamente ligado a essa distribuição etária, como também uma preocupação maior da comunidade com a saúde das crianças em geral.

Em relação ao tópico **Caracterização do atendimento** encontramos um serviço voltado para resolução dos problemas emergentes, sem um fluxo organizado para o atendimento da população. A partir dos dados, criou-se um fluxograma (Fluxograma 02) que retrata melhor o percorrer do/a cliente nessa USF.



### Fluxograma 02 – Fluxo do/a usuário/a nessa USF



Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

O estudo identificou pontos fragilizadores na organização da USF, dentre eles, o atendimento similar ao pronto-atendimento, ou seja, uma avaliação completa realizada na porta de entrada do serviço de saúde (MITRE et. al, 2012). Uma vez que a maioria das queixas dos/as usuários/as entrevistados/as influenciaram o profissional que os/as atenderiam, resultado esse que seria ideal na presença de uma Classificação de Risco, pois as queixas seriam apenas um ponto de partida para a escolha do profissional e não um ponto decisivo para delinear o/a profissional que atenderia o/a cliente.

Para uma melhor qualidade na assistência, ou seja, para que seja garantido o acolhimento, é necessário atravessar as barreiras e reconstruir um modelo em saúde que resulte em uma maior autonomia e autocuidado dos/as envolvidos/as (TINTORI et. al, 2014). Em consonância, notou-se que a maioria dos/as usuários/as entrevistados/as escolheram o/a profissional que o/a atende, evidenciando a autonomia do/a usuário/a nessa USF.

Todavia, não se sabe até que ponto esse excesso de autonomia dos/as usuários/as pode ser considerado um fator positivo para o serviço, como também a escolha do profissional pelo/a cliente realmente interfere na qualidade do atendimento. Sendo assim, é necessário avaliar segundo os dados se a população está verdadeiramente capacitada para fazer escolhas decisivas. Baião et. al (2014) cita em seu estudo que a comunidade atendida, na maioria das

vezes, não possuem conhecimento suficiente acerca das reais atribuições dos profissionais da ESF.

Nesse sentido, deve-se considerar o fato de que muitas/os usuárias/os possuem uma visão extremamente centrada no problema e não no sujeito, o que caracteriza um serviço voltado para a medicalização e cura, como também uma não preparação da população para tomar decisões que deveriam ser inicialmente definidas durante o acolhimento.

Quanto ao **acolhimento**, encontrou-se que o mesmo vem sendo realizado em quantidade considerável pelo/a recepcionista desta USF, sendo discrepante ao compararmos com a equipe multiprofissional. O ato de acolher sobrepõe ações que proporcionem uma considerável recepção, uma assistência a ser prestada, um ambiente favorável à prestação de serviços de saúde ou até mesmo uma triagem, além de ser uma prática capaz de melhorar os serviços de saúde, promovendo fortalecimento do vínculo profissionais/usuários, como também práticas humanizadas e de cuidado por meio da equidade nas ações (GARUZI et al, 2014; GARCIA, 2014).

O acolhimento veio para ampliar o acesso aos serviços, como também cogitar uma possível desmedicalização nos atendimentos, uma vez que a escuta, avaliação dos riscos/vulnerabilidade, orientação, resolutividade dos problemas, fazem parte da responsabilidade de todos os profissionais da AB. Porém, os/as profissionais e até mesmo os/as usuários/as acabam transformando o que deveria ser um espaço organizado e multiprofissional, em um simples pronto-atendimento (GARCIA, 2014; TESSER; NETO; CAMPOS, 2010).

**Referente ao relato de queixas**, é perceptível não apenas a ausência de assistência multiprofissional e rotatividade das atividades/responsabilidades, como também a existência de sobrecarga de serviço em determinados profissionais, por exemplo, a recepção e a equipe de serviços gerais, que na maioria das vezes não dispõem de conhecimento, nem preparo suficiente para acolher a demanda de uma USF.

Outro fator que compromete o acolhimento percebido nessa Unidade é a ausência de um espaço físico para triagem, escuta qualificada, relato de queixas, classificação de risco, ou seja, primeiro contato usuário/a/profissional. Garcia (2014) cita em seu estudo que o número de salas com finalidade de oferecer privacidade a/ao usuária/o, reunir-se com a equipe e realizar atividades educativas é baixo, traduzindo um problema já existente dentro dos serviços de saúde.

Além do espaço físico, a privacidade vem sendo trabalhada e melhorada desde a implementação do Programa Nacional de Melhoria ao Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) instituído em julho de 2011 pela Portaria nº 1.654 GM/MS, com o objetivo de melhorar a qualidade de atendimento e acesso na AB. (BRASIL, 2012c).

Comparando-se a realidade da USF com o que é preconizado pelo MS, nota-se a falta do cuidado quanto a privacidade do/a cliente, podendo resultar em queixas incompletas e/ou duvidosas. Uma vez que o simples fato de existirem duas mesas separadas em uma única sala de escuta compartilhada para dois/uas usuários/as ao mesmo tempo resulta em relatos duvidosos (DAMASCENO et. al, 2012), quem dirá uma USF sem sala de escuta.

O trecho acima citado contradiz com os resultados encontrados no estudo devido ao não constrangimento das/os usuárias/os entrevistados/as em relatar suas queixas na ausência de uma sala reservada, e também por não sentirem a necessidade de existir um espaço para essas queixas. Sendo assim, a partir dos resultados pode-se interpretar uma não complexidade nas queixas, uma vez que não fora exigido uma sala reservada para explanação dos mesmos. Da mesma forma, compreende-se que os/as usuários/as não tem relatado questões de ordem íntima, por exemplo aquelas relacionadas à sexualidade, ou problemas que possam causar constrangimento, como as doenças sexualmente transmissíveis.

Ribeiro (2012) relata que a procura pelo serviço está diretamente relacionado à necessidade intrínseca da/o cliente. No qual, a partir da vivência e dos resultados encontrados vê-se que essa USF perde um pouco o seu conceito de promoção da saúde e prevenção de doenças, devido ao baixo investimento nos programas de prevenção oferecidos pela AB, e torna-se um pronto-atendimento capaz de resolver os problemas agudos estabelecidos pelos/as usuários/as.

A partir dos dados **referente a DE x DP** observa-se que esse serviço está voltado principalmente para um atendimento que depende da necessidade do/a usuário/a, ou seja, foge da proposta do MS que relaciona o serviço como um espaço capaz de promover a saúde e prevenir as doenças. Baratieri et. al (2014) expõe em sua pesquisa, que essa assistência baseada na demanda do/a cliente caracteriza um serviço que considera a doença e cura como objetivos de suas ações.

No estudo de Marin; Moracvick; Marchioli (2014), os/as usuários/as da DE são atendidos/as baseados na Classificação de Risco, em que nem sempre os pontos elencados no sistema estão de acordo com a necessidade sentida pela/o usuário/a. Isso traduz

posteriormente em reclamações de desnorteamento por parte dos/as usuários/as, frente às ações estabelecidas pelas/os profissionais da saúde.

Sendo assim, pode-se entender que a população caracteriza a Unidade como uma porta de entrada capaz de resolver os problemas iminentes, deixando de lado as atividades programáticas, ou seja, os/as clientes veem a USF como um pronto-atendimento. Isso justifica-se pelo fato de metade das queixas referidas serem capazes de esperar, e a outra metade as queixas não poderiam ser adiadas.

Relacionando as questões de grande número de DE, encontramos uma USF focada na necessidade populacional, ou seja, do tipo queixa-conduta. Portanto, é importante compreender sobre a necessidade do equilíbrio entre a DE e DP, para que o serviço de AB seja resolutivo e regular; enquanto o desequilíbrio dessas duas organizações resultam em um modelo de serviço que não pode ser classificado como AB (SANTOS et. al, 2012).

**Referente aos Encaminhamentos** nessa Unidade encontrou-se um resultado favorável nesse serviço, porque os dados traduzem uma USF com boa resolubilidade e um atendimento que tenta reduzir ao máximo a sobrecarga nos demais níveis de atenção à saúde, relacionado pelo baixo quantitativo de encaminhamentos Além disso, identificou-se uma pequena solicitação de exames complementares, ou seja, ênfase em procedimentos de baixa tecnologia.

A resolubilidade no serviço está diretamente ligada ao atendimento multiprofissional, acolhedor, flexível e criativo, em outras palavras, um trabalho multiprofissional capaz de penetrar nos saberes e nas práticas de atenção em saúde (COSTA et. al, 2014).

Através dos achados foi possível considerar que a alta resolubilidade e o baixo encaminhamento desse serviço esteve diretamente ligado às baixas expectativas e às pequenas complexidades dos problemas dos/as clientes, relacionado com a solicitação de exames, em sua grande maioria, de baixa tecnologia, e as queixas de baixa gravidade.

Nessa perspectiva, Almeida; Fausto; Giovanella (2011) afirmam que ainda não existe um acordo sobre qual a resolubilidade esperada na AB. Portanto, avaliar resolubilidade do serviço acaba ficando dependente dos estudos na área e dos/das próprios/as usuários/as envolvidos na questão atendimento resolutivo.

**Referente ao tópico Tempo de espera** encontrou-se um tempo de espera relevante, pois a maioria dos/as usuários/as esperaram em média, menos de 60 minutos. Entretanto, é necessário melhorar a organização do serviço, pois o atendimento baseado na DE resulta em grande número de filas, não satisfação dos/as usuários/as quanto ao tempo de espera,

sobrecarga da equipe, além da ausência de uma priorização em algumas consultas, e a baixa capacidade de resolver os problemas (OLIVEIRA et. al, 2014).

O aproveitamento do tempo que os/as usuários/as passam na unidade é essencial para ampliar o acesso à informação. Atualmente, realizar sala de espera é fundamental para se promover saúde de maneira mais flexível e dinâmica, onde o/a usuário/a deixa apenas de ser usuário/a, para se tornar agente transformador de sua própria saúde.

Reis et al (2014) diz que diante da forma de estruturação do serviço dentro das práticas de atenção à saúde, muitas vezes não é possível a execução de ações com foco educativo, as quais terminam suprimidas devido a elevada demanda assistencial da população.

Contudo, sala de espera surge como um dos recursos para desenvolver ações que objetivem a prevenção de doenças e promoção em saúde diante da comunidade durante o aguardo pela assistência profissional, tornando o conhecimento mais acessível e possibilitando maior busca e/ou manutenção pela qualidade de vida. Sendo assim, as ações realizadas na sala de espera vêm para maximizar as práticas de educação e promoção em saúde, considerando as especificidades dos/as usuários/as e garantindo um cuidar mais humanizado e engajado entre comunidade e serviço de saúde (REIS et al., 2014).

Neste cenário, Gazzinelli (2015) justifica a importância da sala de espera nos serviços de saúde primária quando diz que fortalecer a Educação em Saúde (ES) é uma das atribuições das ESF, onde devem ter como principais características a elaboração de ações educativas grupais, que irão intervir no processo de percepção de saúde-doença da população em geral.

Para Flisch et al (2014) o caminho para potencializar as práticas coletivas de ES dentro da AB, consiste em privilegiar estratégias longitudinais, no qual caracteriza-se como práticas que não se limitam a atuações pontuais, pois são dirigidas de maneira contínua com o mesmo grupo de participantes. Dessa forma, acredita-se que elas desenvolveriam espaços mais permanentes onde os/as usuários/as poderiam ressignificar e coproduzir saberes fundamentais para o fortalecimento do seu processo emancipatório ou de empoderamento se espera como resultados dessas ações.

Avaliou-se a **visão do/a usuário/a** quanto ao acolhimento, tempo de espera e duração do atendimento, participação em atividades educativas e a resolubilidade do serviço.

Os/as usuários/as em relação ao **acolhimento** mostraram-se satisfeitos/as, podendo assim considerar como um serviço acolhedor. Porém, não se sabe se os/as clientes entendem o acolhimento apenas como triagem e/ou como um espaço reservado para exposição de queixas.

Segundo Guedes; Henriques; Lima (2013) os/as entrevistados/as da sua pesquisa expuseram o ato de acolher como um método capaz de adiantar o atendimento e assim realizar a classificação de risco do/a usuário/a que procuram o serviço, mas o acolhimento não alcançou o objetivo esperado referente às prioridades da assistência, uma vez que o pessoal atendido sentiu a necessidade de uma prioridade no atendimento, pelo simples fato de ser acometido por uma dor ou mal-estar súbito.

Sendo assim, pode-se interpretar que os/as usuário/as, na maioria das vezes, não entende o real sentido de acolhimento e classificação de risco, pois o que vale para eles/as é ser atendidos/as de forma rápida, qualificada e eficaz na sua concepção, sem muita vezes seguir uma prioridade na assistência.

Baseado na questão **tempo de espera na perspectiva do/a usuário/a**, encontrou-se resultados positivos referentes à essa USF, pois os/as participantes informaram que o tempo de espera foi suficiente na maioria dos casos. Em contraste, é importante considerar que diversos estudos destacaram insatisfação dos/as usuários/os quanto ao tempo de espera (MENDES et. al, 2012).

Mendes et. al (2012) explana que a AB por ser um espaço de maior elo entre a comunidade e os/as profissionais de saúde, resulta em consultas mais demoradas. Porém a satisfação dos/as usuários/as foi encontrado na maioria dos casos, ocasionando um atendimento de tempo satisfatório.

No tópico **atividade educativa segundo o/a usuário/a** teve-se um público que percebe a necessidade de se fazer educação saúde.

Educação em saúde, ainda é um ponto limitante e que necessita de melhores estratégias (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013). É possível observar a necessidade e interesse da população em aprender, uma vez que nos achados citados pelos/as usuário/as as condições para participação da/o usuário/a nas ações educativas, encontrando-se pontos fáceis de serem resolvidos, além do/a próprio/a usuário/a sugerir um tema de necessidade de conhecimento (Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST).

Sendo assim, cabe aos/as profissionais de saúde tomarem iniciativa quanto ao aproveitamento da sala de espera como um lugar com espaço e tempo ideal para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde, pois Santiago et. al. (2013) também destaca esse ponto como sendo uma dificuldade na prática das estratégias propostas pela ESF.

**Referente à resolubilidade no olhar do/a usuário/a** percebe-se como considerável e bastante favorável devido ao alto grau de resolução dos problemas e baixo número de encaminhamentos para outros serviços.

Nunes et. al (2012) expõe que uma baixa capacidade de resolução dos problemas em seu estudo, resulta em fragilidade da assistência, fato esse não observado nesta pesquisa.

Nos dados encontrados essa Unidade destacou-se por ser um serviço capaz de resolver os problemas dentro do seu próprio espaço. Porém essa resolubilidade pode ser questionada, uma vez que o atendimento dessa USF não acontece de acordo com o preconizado, em outras palavras, segue o modelo de atendimento queixa-conduta e abandona em sua grande maioria as atividades programáticas, inviabilizando a avaliação precisa e fidedigna do tópico resolubilidade.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do cenário investigado observou-se que a demanda se organiza em sua grande maioria baseado nas necessidades dos/as usuários/as, ou seja, segue uma atendimento do tipo queixa-conduta, devido a alta predominância de DE, além da não utilização de uma estratificação de risco durante o acolhimento. Pode-se também destacar que o acolhimento e a primeira escuta das queixas foram realizadas em grande número pelo/a recepcionista, fragilizando o atendimento multiprofissional. O perfil etário mais prevalente foram as idades de 0-10 anos, e o sexo mais presente foi o feminino .

Como aspectos positivos observou-se uma alta frequência de aprovação do serviço e resolubilidade pelos/as usuários/as, como também um baixo índice de encaminhamentos nesse serviço.

Contudo, é necessário discutir com a população e com os/as profissionais sobre a função da AB, ou seja, destacar quais as ações que caracterizam esse serviço como básico e primário, além de debater sobre o conceito de multiprofissionalismo no serviço, a otimização do tempo na sala de espera e conseqüentemente realização de atividades educativas e a importância da existência de uma sala de queixas.

A partir desse estudo, verificou-se a necessidade de inserir nos próximos estudos a percepção profissional e dos gestores acerca do acolhimento à demanda para que seja possível observar as vertentes sobre este tema.

Sendo assim, espera-se que este estudo apresente subsídios para as equipes de saúde e gestores repensarem sobre a organização dessa demanda sob a ótica do acolhimento, como também garantir à população um atendimento de qualidade que preze a humanização e a realização das ações que garantam a promoção da saúde, prevenção de doenças, o diagnóstico precoce, tratamento e a reabilitação da saúde.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública.** v. 29, n.2, 2011.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência&Saúde Coletiva.** v.16, n.1, p.319-325, 2011.

BAIAO, B. S. et al. Acolhimento humanizado em um Posto de Saúde Urbano do Distrito Federal, Brasil. **Revista APS.** V. 17, n.3, p.291-302, jul/set 2014.

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.** V.36, n.1, p.10-17, jan/abr: 2011.

BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimento, **Revista de enfermagem da UFSM.** V. 4, n.1, p.206-216, jan/mar 2014.

BARRA, S. A. R. O acolhimento no processo de trabalho em saúde. **Serviço Social em Revista.** v. 13, n. 2, p. 119-142, Londrina: jan/jun 2011.

\_\_\_\_\_. Lei 10.048, de **8 de novembro de 2000**. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10048.htm)>. Acesso em 15 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea.** Vol 1. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica.** 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Vol 2. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de baixo risco.** 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. 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.** Brasília, Editora do Ministério da Saúde: 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Humanização.** 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Prefeitura de Belo Horizonte. **Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local**. Belo Horizonte, MG, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Lagoa Seca, PB, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015.

CAVALCANTE, A. **O que realmente importa?** Rio de Janeiro: Sextante, 2012.

CECILIO, L. C. O. et. al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, p. 2893 – 2902. 2012.

COSTA, J. P. et. al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Revista Saúde Debate**. v. 38, n. 103, p. 733-743. Rio de Janeiro, 2014.

DAMASCENO, R. F. et al. O acolhimento no contexto da Estratégia Saúde da Família. **Journal Health Science Institution**. V. 30, n.1, p.37-40, 2012.

FARIA, R. C.; CAMPOS, E. M. S. Demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: Uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.15, n.2, p. 148-157, abr/jun 2012.

FARIA, R. S. R. **Acesso no contexto da ESF em um município do Vale Jequitinhonha – MG**. 8 de abril de 2014. 128f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte: 2014.

FLISCH, T. M. P et al . Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 18, supl. 2, p. 1255-1268, Dec. 2014 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000601255&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601255&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Aug. 2015

GARCIA, A. C. P. et al. Análise da organização da Atenção Básica no Espírito Santo: (des)velando cenários. **Saúde Debate**. v. 38, n. esp., p. 221-236. Rio de Janeiro: 2014.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panam Salud Publica**. V.35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GAZZINELLI M. F et al. Práticas educativas grupais na atenção básica: padrões de interação entre profissionais, usuários e conhecimento. **Revista da Escola de Enfermagem**. v. 49, n.2, p. 284-291, 2015.

GUEDES, M. V. C.; HENRIQUES, A. C. P. T.; LIMA, M. M. N. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, n. 1, p. 31-37. Brasília: jan-fev 2013.

GUERRERO, P. et. al. O acolhimento como uma boa prática na atenção básica à saúde. **Texto contexto**. v. 22, n.1, p. 132-140. Florianópolis: jan/mar 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. **Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação**. Disponível em <  
<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> acesso em 01 de março de 2016.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E.M. **Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. 7. Ed. São Paulo: atlas, 2010.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Revista de enfermagem UERJ**. v. 22, n. 5, p.629-636, set/out 2014.

MENDES, A. C. G. et. al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciência&Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, p. 2903 – 2912, 2012.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. **Ciência&Saúde Coletiva**. V. 17, n. 8, p. 2071-2085, 2012.

NUNES, A. A. et al. Resolubilidade da Estratégia Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde Tradicionais: contribuições do Pet-Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 36, n. supl.1, p. 27-32. Rio de Janeiro: jan-mar 2012.

OLIVEIRA, P.P et al. Experience of men in the context of Primary Health Care. **Investigación y Educación en Enfermería**. 33(2): 227-236; 2015.

OLIVEIRA, L. P. B. A. et. al. Satisfação da população idosa atendida na Estratégia de Saúde da Família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 23, n.4, p. 871-879. Florianópolis: 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PEREIRA, M. C. A.; BARROS, J. P. P. Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade**. v. 27, n.3, p. 587-598, 2015.

PIMENTEL, I. R. S. et. al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.** v. 6, n. 20, p. 175-181, 2011.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.** 2. Ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

PUCCINI, P. T. et. al. Concepção de profissionais de saúde sobre o papel das unidades básicas nas redes de atenção do SUS/Brasil. **Ciência&Saúde Coletiva.** v. 17, n.11, p. 2941-2952, 2012.

REIS, F.V et al. Educação em saúde na sala de espera – relato de experiência. Educação em saúde na sala de espera – relato de experiência. **Revista Médica de Minas Gerais.** v. 24, supl.1, p. 32-36, 2014.

RIBEIRO, A. R. P. B. **Necessidade auto-referida no cuidado do Diabetes Mellitus.** Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, 2012.

RICHARDSON, E. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3ed. São Paulo: Atlas, 2010.

SANTIAGO, R. F. et. al. Qualidade de atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciências&Saúde Coletiva.** V. 18, n. 1, p.35-44, 2013.

SANTOS, A. M. et al. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. **Ciências&Saúde Coletiva.** V. 17, n.10, p.2687-2702, 2012.

SATO, M.; AYRES, J. R. C. M. Arte e humanização das práticas de saúde uma Unidade Básica. **Interface.** V. 19, n. 55. Botucatu: out/dez 2015.

SEPARAVICH, M.A; CANESQUI, A.M. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Revista Saúde Sociedade.** v. 22, n.2, p. 415-428, São Paulo: 2013.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência&Saúde Coletiva.** v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SILVA, M. A. G. et. al. Humanização na clínica médica: relação usuário-profissional de saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde.** v. 9, n.1, 2015.

TANAKA, O. Y. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. **Saúde Social** V. 20, n.4, p.927-934, São Paulo: 2011.

TESSER, C. D.; NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipe de saúde da família. **Ciência&Saúde Coletiva.** V. 15, supl.3, p. 3615-3643, 2010.

TINTORI, J. A. et al. O significado e a prática do acolhimento para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Reuol.** v. 8, n.5, p. 1101-1109. Recife: maio 2014.

## APÊNDICE I - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_

HORA DE CHEGADA NA UNIDADE:

HORA DE SAÍDA DA UNIDADE:

### FLUXO DO USUÁRIO

- |   |  |
|---|--|
| <p>1. QUAL FOI A HORA QUE VOCÊ CHEGOU À UNIDADE? _____</p> <p>2. QUAL FOI A HORA QUE VOCÊ SAIU DA UNIDADE? _____</p> <p>3. QUANTO TEMPO VOCÊ ESPEROU PARA SER ATENDIDO? _____</p> <p>4. DURANTE A ESPERA VOCÊ PERMANECEU NA UBS?<br/>         4.1 SIM<br/>         4.2 NÃO</p> <p>5. DURANTE A ESPERA VOCÊ PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA<br/>         5.1 SIM<br/>         5.2 NÃO</p> <p>6. O QUE LEVOU VOCÊ A PROCURAR A UBS (QUEIXA)? _____</p> | <p>7. VOCÊ VEIO PARA A UNIDADE PARA QUE TIPO DE ATENDIMENTO?<br/>         7.1 Atividade programática<br/>         7.2 Retorno de consulta<br/>         7.3 Encaminhamento de outro profissional<br/>         (especificar) _____<br/>         7.4 Demanda espontânea<br/>         7.5 Outro: _____</p> <p>8. SEU ATENDIMENTO ESTAVA AGENDADO?<br/>         8.1 Sim<br/>         8.2 Não</p> <p>9. QUAL FOI A PRIMEIRA PESSOA A RECEBER VOCÊ?<br/>         9.1 Vigia<br/>         9.2 Recepcionista<br/>         9.3 Médico<br/>         9.4 Enfermeiro<br/>         9.5 Técnico de enfermagem<br/>         9.6 Odontólogo<br/>         9.7 Outro _____</p> |
|---|--|

10 QUAL FOI A PRIMEIRA PESSOA NA UBS QUE VOCÊ FALOU A SUA QUEIXA?

- 10.1 Vigia
- 10.2 Recepcionista
- 10.3 Médico
- 10.4 Enfermeiro
- 10.5 Técnico de enfermagem
- 10.6 Odontólogo
- 10.7 Outro \_\_\_\_\_

11 DURANTE A RECEPÇÃO, VOCÊ GOSTARIA DE TER UM ESPAÇO RESERVADO PARA FALAR A SUA QUEIXA?

- 11.1 Sim
- 11.2 Não

12 FOI DISPONIBILIZADO A VOCÊ UM ESPAÇO RESERVADO PARA FALAR A SUA QUEIXA?

- 12.1 Sim
- 12.2 Não

13 SE RESPOSTA 12.2, VOCÊ SE SENTIU CONSTRANGIDA EM FALAR A SUA QUEIXA FORA DE UM ESPAÇO RESERVADO?

- 13.1 Sim
- 13.2 Não

14 COMO FOI DEFINIDO O PROFISSIONAL QUE ATENDERIA

VOCÊ?

- 14.1 Quem definiu qual seria o profissional fui eu.
- 14.2 Quem definiu o profissional foi a pessoa que me acolheu inicialmente.
- 14.3 O profissional foi definido a partir de um diálogo entre mim e a pessoa do acolhimento

15 A SUA QUEIXA INFLUENCIOU NA DEFINIÇÃO DO PROFISSIONAL QUE IRIA TE ATENDER?

- 15.1 Sim
- 15.2 Não

16 COMO SE DEU A PRIORIZAÇÃO DO SEU ATENDIMENTO?

- 16.1 Atendimento imediato
- 16.2 Atendimento no dia
- 16.3 Agendamento para outro dia
- 16.4 Orientação para vir outro dia

17 QUAL O TIPO DO SEU ATENDIMENTO?

- 17.1 Pré-natal
- 17.2 Hipertensão
- 17.3 Diabetes
- 17.4 Prevenção do cancer de colo
- 17.5 Puericultura
- 17.6 Odontológico
- 17.7 Procedimentos

- 17.8 Demanda espontânea
- 18 FOI SOLICITADO QUE VOCÊ  
RETORNASSE À UBS?
- 18.1 Sim
- 18.2 Não
- 19 SE 18.1, O RETORNO FOI  
AGENDADO?
- 19.1 Sim
- 19.2 Não

### **VULNERABILIDADE**

#### **20 OCUPAÇÃO**

- 20.1 DESEMPREGADO
- 20.2 EMPREGADO
- 20.3 ESTUDANTE
- 20.4 OUTROS

#### **21 GRAU DE INSTRUÇÃO**

- 21.1 Analfabeto
- 21.2 Analfabeto funcional
- 21.3 Ensino fundamental  
incompleto
- 21.4 Ensino fundamental  
completo
- 21.5 Ensino médio incompleto
- 21.6 Ensino médio completo
- 21.7 Ensino superior completo
- 21.8 Pós graduação
- 21.9 Curso técnico

#### **22 COMO VOCÊ VAI PARA A UBS?**

- 22.1 Andando
- 22.2 Transporte público
- 22.3 Transporte próprio
- 22.4 Outros: \_\_\_\_\_

#### **23 COMO VOCÊ VOLTA PARA CASA?**

- 23.1 Andando
- 23.2 Transporte público
- 23.3 Transporte próprio
- 23.4 Outros: \_\_\_\_\_

#### **24 QUAL O TEMPO DO PERCURSO CASA-**

UBS? \_\_\_\_\_

#### **25 VEIO ACOMPANHADO PARA UBS?**

- 25.1 Sim
- 25.2 Não

#### **26 TEM A NECESSIDADE DE VIR ACOMPANHADO À UBS?**

- 26.1 Sim
- 26.2 Não

#### **27 SE 26.1. CITE O MOTIVO: \_\_\_\_\_**

### **AValiação DO Acolhimento NA PEspectiva DO USUÁRIO**

#### **28 A SUA QUEIXA (O QUE VOCÊ ESTAVA SENTINDO) PODIA**

ESPERAR PARA SER RESOLVIDO DEPOIS?

27.1 Sim

27.2 Não

28 COMO VOCÊ AVALIA A FORMA COMO FOI RECEPCIONADO?

28.1 Fui bem recepcionado

28.2 Fui bem recepcionado apesar de algumas falhas

28.3 Não tenho opinião definida

28.4 Fui mal recepcionado

28.5 Não fui recepcionado

29 QUAL A SUA AVALIAÇÃO EM RELAÇÃO AO TEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO?

29.1 Não esperei, fui logo atendido

29.2 Esperei pouco

29.3 Esperei bastante

30 VOCÊ CONSIDERA ESSE TEMPO DE ESPERA ADEQUADO PARA ESSA UNIDADE?

30.1 Sim

30.2 Não

31 VOCÊ GOSTARIA DE TER PARTICIPADO DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA DURANTE A ESPERA

31.1 Sim

31.2 Não

31.3 Sim, com alguma condição.

Especificar: \_\_\_\_\_

32 CASO VOCÊ TENHA PARTICIPADO DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA, COMO VOCÊ AVALIA ESSA ATIVIDADE?

32.1 Muito boa qualidade, pude aprender muitas coisas

32.2 Boa qualidade, mas a linguagem utilizada foi um pouco difícil.

32.3 Boa qualidade, mas eu já sabia tudo o que havia sido explicado.

32.4 Não tenho opinião sobre isso

32.5 Má qualidade, eu já sabia tudo o que havia sido explicado.

32.6 Má qualidade, a linguagem utilizada foi muito difícil

32.7 Má qualidade, não aprendi nada.

### **AVALIAÇÃO DO ATENDIMENTO**

33 QUAL A DURAÇÃO DO SEU ATENDIMENTO? \_\_\_\_\_

34 COMO VOCÊ AVALIA A DURAÇÃO DO SEU ATENDIMENTO?

34.1 Adequado



34.2 Não tenho opinião definida

34.3 Inadequado

35 COMO VOCÊ AVALIA A  
QUALIDADE DO SEU  
ATENDIMENTO?

35.1 Adequado

35.2 Não tenho opinião definida

35.3 INADEQUADO

### **RESOLUBILIDADE**

36 O SEU PROBLEMA FOI  
RESOLVIDO?

36.1 Sim

36.2 Não

37 FOI ENCAMINHADO PARA  
ALGUM ESPECIALISTA?

37.1 Sim

37.2 Não

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

38 FOI SOLICITADO ALGUM  
EXAME?

38.1 Sim

38.2 Não

Se sim, especificar: \_\_\_\_\_

**ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**(Maiores de 18 anos)**

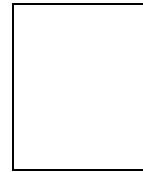
Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Declaro ter sido esclarecida/o e está de acordo com os seguintes pontos:

- O presente trabalho terá como objetivo geral Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica.
  - O estudo tem como finalidades analisar a demanda espontânea em relação aos demais serviços programados; indicar a resolubilidade do acolhimento à demanda espontânea; analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.
  - Os procedimentos de pesquisa incluem coleta de dados por meio de formulário aplicado pelo pesquisador e/ou equipe colaboradora.
  - Os riscos são relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que será minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotaremos medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.
  - Quanto aos benefícios espera-se que com esse estudo, seja possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também propor estratégias de organização do serviço no SUS.
  - À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao profissional de saúde, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
  - A/o voluntária/o poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
  - Quanto à divulgação será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- A/o voluntária/o poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às/aos participantes voluntárias/os deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou financeiros ao voluntária/o e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Vale salientar que o participante é livre
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.
- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, a/o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (83) 2101 1233, 8888 6982 ou pelo endereço Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, CEP: 58.109-790. Campina Grande, PB, Brasil. A/O participante também poderá optar em contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo número (83) 2101 5545 ou pelo endereço: Rua Carlos Chagas, s/n, São José. CEP. 58.107-670. Campina Grande, PB, Brasil. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



Assinatura Dactiloscópica  
Participante da Pesquisa

---

Assinatura da/o participante

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável.

**ANEXO B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE  
(Gestantes)**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Declaro ter sido esclarecida/o e está de acordo com os seguintes pontos:

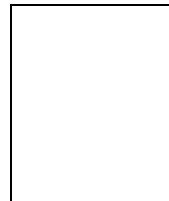
- O presente trabalho terá como objetivo geral Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica.
- O estudo tem como finalidades analisar a demanda espontânea em relação aos demais serviços programados; indicar a resolubilidade do acolhimento à demanda espontânea; analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.
- Os procedimentos de pesquisa incluem coleta de dados por meio de formulário aplicado pelo pesquisador e/ou equipe colaboradora.
- Os riscos são relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que será minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotaremos medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.
- Quanto aos benefícios espera-se que com esse estudo, seja possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também propor estratégias de organização do serviço no SUS.
- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao profissional de saúde, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- A/o voluntária/o poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Quanto à divulgação será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às/aos participantes voluntárias/os deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou

financeiros ao voluntária/o e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Vale salientar que o participante é livre

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, a/o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (83) 2101 1233, 8888 6982 ou pelo endereço Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, CEP: 58.109-790. Campina Grande, PB, Brasil. A/O participante também poderá optar em contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo número (83) 2101 5545 ou pelo endereço: Rua Carlos Chagas, s/n, São José. CEP. 58.107-670. Campina Grande, PB, Brasil. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



Assinatura Dactiloscópica  
Participante da Pesquisa

---

Assinatura da/o participante

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável.

**ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**(Portador de deficiência física)**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Declaro ter sido esclarecida/o e está de acordo com os seguintes pontos:

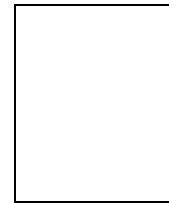
- O presente trabalho terá como objetivo geral Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica.
- O estudo tem como finalidades analisar a demanda espontânea em relação aos demais serviços programados; indicar a resolubilidade do acolhimento à demanda espontânea; analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.
- Os procedimentos de pesquisa incluem coleta de dados por meio de formulário aplicado pelo pesquisador e/ou equipe colaboradora.
- Os riscos são relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que será minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotaremos medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.
- Quanto aos benefícios espera-se que com esse estudo, seja possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também propor estratégias de organização do serviço no SUS.
- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao profissional de saúde, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- A/o voluntária/o poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Quanto à divulgação será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às/aos participantes voluntárias/os deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou

financeiros ao voluntária/o e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Vale salientar que o participante é livre

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, a/o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (83) 2101 1233, 8888 6982 ou pelo endereço Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, CEP: 58.109-790. Campina Grande, PB, Brasil. A/O participante também poderá optar em contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo número (83) 2101 5545 ou pelo endereço: Rua Carlos Chagas, s/n, São José. CEP. 58.107-670. Campina Grande, PB, Brasil. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



Assinatura Dactiloscópica

Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura da/o participante ou acompanhante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora Responsável.

**ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
**(Menores de 18 anos)**

Eu, \_\_\_\_\_, responsável legal pelo menor \_\_\_\_\_ pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em pleno exercício dos meus direitos autorizo o menor a participar da Pesquisa intitulada ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Declaro ter sido esclarecida/o e está de acordo com os seguintes pontos:

- O presente trabalho terá como objetivo geral Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica.
- O estudo tem como finalidades analisar a demanda espontânea em relação aos demais serviços programados; indicar a resolubilidade do acolhimento à demanda espontânea; analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.
- Os procedimentos de pesquisa incluem coleta de dados por meio de formulário aplicado pelo pesquisador e/ou equipe colaboradora.
- Os riscos são relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que será minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotaremos medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.
- Quanto aos benefícios espera-se que com esse estudo, seja possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também propor estratégias de organização do serviço no SUS.
- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao profissional de saúde, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- A/o voluntária/o poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Quanto à divulgação será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às/aos participantes voluntárias/os deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou

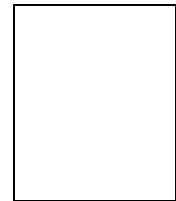


financeiros ao voluntária/o e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Vale salientar que o participante é livre

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, a/o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (83) 2101 1233, 8888 6982 ou pelo endereço Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, CEP: 58.109-790. Campina Grande, PB, Brasil. A/O participante também poderá optar em contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo número (83) 2101 5545 ou pelo endereço: Rua Carlos Chagas, s/n, São José. CEP. 58.107-670. Campina Grande, PB, Brasil. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



Assinatura Dactiloscópica  
Participante da Pesquisa

---

Assinatura da/o Responsável

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

**ANEXO E- TERMO DE ASSENTIMENTO O LIVRE E ESCLARECIDO – TALE**  
**(Menores de 18 anos)**

Pelo presente Termo de Assentimento Livre e Esclarecido eu, \_\_\_\_\_, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa intitulada ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Declaro ter sido esclarecida/o e está de acordo com os seguintes pontos:

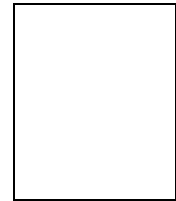
- O presente trabalho terá como objetivo geral Caracterizar o perfil da demanda espontânea em um serviço da atenção básica.
- O estudo tem como finalidades analisar a demanda espontânea em relação aos demais serviços programados; indicar a resolubilidade do acolhimento à demanda espontânea; analisar a percepção dos/as usuários/as referente ao acolhimento e resolubilidade do serviço.
- Os procedimentos de pesquisa incluem coleta de dados por meio de formulário aplicado pelo pesquisador e/ou equipe colaboradora.
- Os riscos são relativos aos possíveis constrangimentos dos sujeitos durante a aplicação do instrumento de coleta de dados (formulário), o que será minimizado pela escolha do ambiente adequado e momento oportuno para o sujeito. Tomando ciência dos possíveis riscos existentes nas pesquisas em seres humanos, adotaremos medidas cabíveis e estabelecidas na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012.
- Quanto aos benefícios espera-se que com esse estudo, seja possível melhorar as condições de atendimento nos contextos analisados, como também propor estratégias de organização do serviço no SUS.
- À pesquisadora caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao profissional de saúde, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- A/o voluntária/o e/ou responsável poderá modificar a decisão de participar da realização do trabalho ora proposto, se assim o desejar, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Quanto à divulgação será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro às/aos participantes voluntárias/os deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos morais, físicos ou

financeiros ao voluntária/o e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável. Vale salientar que o participante é livre

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma.

- Para esclarecimentos, antes, durante ou após o curso da pesquisa, a/o participante poderá contatar a equipe científica pelo número (83) 2101 1233, 8888 6982 ou pelo endereço Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil. Endereço: Av. Juvêncio Arruda, 795, Bodocongó, CEP: 58.109-790. Campina Grande, PB, Brasil. A/O participante também poderá optar em contatar o Comitê de Ética do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande pelo número (83) 2101 5545 ou pelo endereço: Rua Carlos Chagas, s/n, São José. CEP. 58.107-670. Campina Grande, PB, Brasil. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias e uma delas ficará sob minha posse.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.



Assinatura Dactiloscópica  
Participante da Pesquisa

---

Assinatura da/o menor

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável.

## ANEXO F - DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



### DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 34503214.4.0000.5182, Número do Parecer: 776.637 intitulado: **ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PERFIL DE ATENDIMENTOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

*Januse Nogueira de Carvalho*  
Januse Nogueira de Carvalho  
Coordenadora CEP/ HUAC

Campina Grande - PB, 14 de Março de 2016.

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)