



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**LEANDRO ALEXANDRE DE MOURA CRUZ JUNIOR**

**ANÁLISE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE  
LIMOEIRO/PE**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2025**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA**

**BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**LEANDRO ALEXANDRE DE MOURA CRUZ JUNIOR**

**ANÁLISE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À  
DEMANDA ESPONTÂNEA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO  
MUNICÍPIO DE LIMOEIRO/PE**

TCC apresentado ao curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

**Orientador(a):** Profa. Fabiana de Oliveira Silva Sousa.

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO**

**2025**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Cruz Júnior, Leandro Alexandre de Moura .

Análise sobre a organização do atendimento à demanda espontânea em unidades básicas de saúde do município de Limoeiro/PE / Leandro Alexandre de Moura Cruz Júnior. - Vitória de Santo Antão, 2025.

43 p. : il.

Orientador(a): Fabiana de Oliveira Silva Sousa

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, , 2025.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. atenção primária à saúde. 2. demanda espontânea. 3. acolhimento. 4. gestão em saúde. I. Sousa, Fabiana de Oliveira Silva. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

LEANDRO ALEXANDRE DE MOURA CRUZ JUNIOR

**ANÁLISE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO  
DE LIMOEIRO/PE**

TCC apresentado ao curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para conclusão ao título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 18/02/2025.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>o</sup>. Dra. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Orientadora)  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Dra. Petra Oliveira Duarte  
Universidade Federal de Pernambuco

---

Prof<sup>o</sup>. Mr. Emmanuela Kethully Mota dos Santos  
Secretária de Saúde de Limoeiro-PE

Dedico este trabalho à minha mãe, à minha avó e à minha tia.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar presente em cada passo desta caminhada, por me dar força para superar desafios e sabedoria para seguir em frente. Pela paz que encontro ao confiar em sua orientação, que me impulsiona a continuar, mesmo nos momentos de incerteza.

À minha mãe, Josinete, que sempre esteve ao meu lado, me apoiando incondicionalmente e me encorajando a seguir em frente. Sua força e dedicação são inspirações que levarei para a vida inteira. À minha avó, Maria Angela, que sempre me deu muito amor, e à minha tia Lindalva, que, embora tenha partido, continua viva em meu coração.

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Fabiana, pelo acolhimento, paciência e pelos ensinamentos valiosos ao longo desta trajetória. Sua orientação foi essencial, e sou privilegiado por ter tido a honra de aprender com uma profissional tão dedicada e inspiradora. Ela foi a melhor orientadora que eu poderia ter, e sem o seu apoio, a realização deste trabalho não teria sido possível.

A todas as pessoas que encontrei ao longo dessa jornada acadêmica, sejam professores, profissionais da saúde ou amigos. Cada um, à sua maneira, contribuiu para minha formação e crescimento pessoal. Sou grato por cada palavra de incentivo, cada ensinamento e cada gesto de apoio que recebi.

À Universidade Federal de Pernambuco, por ser o espaço onde cresci, amadureci e vivi experiências que permanecerão para sempre em minha trajetória pessoal e profissional.

Por fim, a todos que, de alguma forma, fizeram parte dessa caminhada, meu mais sincero agradecimento.

"Confia no Senhor de todo o teu coração e não te estribes no teu próprio entendimento. Reconhece-o em todos os teus caminhos, e Ele endireitará as tuas veredas" (Provérbios 3:5-6).

## RESUMO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito fundamental de todos os brasileiros, impulsionando a necessidade de um novo modelo assistencial no país. Nesse contexto, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, se destaca por propor um cuidado integral e humanizado, centralizando a interação entre profissionais de saúde e usuários. No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a demanda espontânea, caracterizada pela busca direta dos usuários por atendimento sem agendamento prévio, se apresenta como um desafio significativo. O acolhimento, descrito como uma prática que busca promover uma abordagem mais humanizada, empática e resolutive, surge como uma possível estratégia para melhorar a organização e eficiência dos serviços de saúde, alinhando-se às diretrizes da PNH. O objetivo do estudo foi analisar a organização do atendimento à demanda espontânea em duas unidades básicas de saúde do município de Limoeiro-PE. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado exclusivamente nessas duas unidades, por meio de entrevistas semiestruturadas com oito profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Os dados foram analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin (2010). Os resultados indicaram que a triagem inicial contribui para otimizar o fluxo de atendimento e reduzir filas de espera. Estratégias como escuta qualificada, priorização dos casos urgentes e articulação entre profissionais foram identificadas. No entanto, desafios como sobrecarga de trabalho, escassez de recursos e dificuldades na comunicação com os usuários ainda persistem.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; demanda espontânea; acolhimento; gestão em saúde.

## ABSTRACT

Since the enactment of the 1988 Federal Constitution, health has been recognized as a fundamental right of all Brazilians, driving the need for a new healthcare model in the country. In this context, the National Humanization Policy (PNH), established in 2003, stands out for proposing comprehensive and humanized care, centralizing the interaction between health professionals and users. In the context of Primary Health Care, spontaneous demand, characterized by users directly seeking care without prior appointment, presents a significant challenge. Reception, described as a practice that seeks to promote a more humanized, empathetic and problem-solving approach, emerges as a possible strategy to improve the organization and efficiency of health services, in line with the PNH guidelines. The objective of the study was to analyze the organization of care for spontaneous demand in two basic health units in the city of Limoeiro-PE. This is a qualitative study, conducted exclusively in these two units, through semi-structured interviews with eight health professionals, including doctors, nurses, nursing technicians and community health agents. The data were analyzed using Bardin's content analysis method (2010). The results indicated that initial triage contributes to optimizing the flow of care and reducing waiting lists. Strategies such as qualified listening, prioritization of urgent cases and coordination between professionals were identified. However, challenges such as work overload, lack of resources and difficulties in communicating with users still persist.

**Keywords:** primary health care; spontaneous demand; reception; health management.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
<b>2.1 O acolhimento como ferramenta de gestão do cuidado no Brasil.....</b>	<b>12</b>
<b>2.2 O desafio da implementação do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde .....</b>	<b>13</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Objetivo geral .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
<b>4 ASPECTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>19</b>
<b>4.2 Tipo de estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 Área e período do estudo .....</b>	<b>19</b>
<b>4.4 Coleta de dados.....</b>	<b>19</b>
<b>4.5 Análise dos dados.....</b>	<b>21</b>
<b>4.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>22</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>5.1 A Organização do Atendimento à Demanda Espontânea.....</b>	<b>23</b>
<b>5.2 Principais Motivos de Atendimento e Locais de Encaminhamento .....</b>	<b>28</b>
<b>5.3 Dificuldades e Estratégias para Melhorar a Resolutividade .....</b>	<b>30</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>38</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE .</b>	<b>41</b>
<b>Dados de Identificação.....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO .....</b>	<b>43</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito fundamental de todos os brasileiros, o cenário da saúde pública nacional se viu diante da urgente necessidade de um novo modelo assistencial. Nesse contexto histórico, marcado por intensos debates e mobilizações sociais, a construção de um sistema de saúde mais humanizado e eficaz se tornou necessário (Brasil, 1988).

Nesse processo de transformação, a Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, se destaca como um marco fundamental na trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS). A PNH representou uma ruptura com o modelo tradicional de atenção à saúde, centrado na figura do médico e na lógica biomédica, e propôs um novo modelo de cuidado integral e humanizado. Em busca de uma abordagem mais humanizada na prestação dos serviços de saúde, a PNH direciona sua atenção não apenas para a gestão, mas também para a interação entre profissionais de saúde e usuários. Nesse contexto, o acolhimento surge como uma ferramenta importante, capaz de redefinir as práticas de cuidado e transformar a dinâmica do trabalho na área da saúde (Brasil, 2013).

Na perspectiva do cuidado em saúde, o conceito de "acolhimento" se configura como um elemento essencial, destacando a importância de uma abordagem abrangente e empática que transcende a mera prestação de serviços clínicos. Essa abordagem implica em reestruturar os serviços de saúde para garantir acesso equitativo e uma mudança de modelo, deslocando o foco do cuidado exclusivamente médico para uma abordagem mais holística e multidisciplinar, onde a equipe de saúde colabora para atender às necessidades integrais do usuário (Franco *et al*, 1999).

Matumoto (1998) enfatiza que o cotidiano no campo da saúde é onde se materializam as relações e práticas que definem o trabalho nesse setor. É nesse contexto que ocorre o encontro entre profissionais de saúde e usuários, revelando suas necessidades e mediado pelas estruturas dos serviços de saúde. O acolhimento, portanto, deve ser compreendido como esse encontro, na relação que se estabelece, buscando identificar suas nuances: o contexto, o local, a finalidade e os resultados. É um olhar atento aos fatos do dia a dia, buscando identificar os

elementos que constroem o acolhimento, como ele se desenrola, como os recursos tecnológicos são utilizados e o impacto das ações dos profissionais de saúde.

A Atenção Primária à Saúde se configura como a principal porta de entrada dos usuários no sistema de saúde, assumindo um papel fundamental na organização do cuidado e na garantia do acesso universal à saúde. Conforme Brehmer e Verdi (2010), essa função primordial exige da Atenção Primária à Saúde a capacidade de acolher e atender a todos os indivíduos, independentemente de suas características ou necessidades. No entanto, é importante reconhecer que nem sempre a Atenção Primária à Saúde é capaz de oferecer respostas definitivas a todas as demandas dos usuários. Em tais situações, por questões de organização ou competência específica, a Atenção Primária à Saúde deve estar articulada a uma rede de serviços de referência e canais de fluxos eficientes. Essa rede de suporte permite o encaminhamento adequado dos usuários para outros níveis de atenção, assegurando a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência.

A organização dos serviços e a execução das ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Política Nacional de Humanização (PNH) parecem, em muitos casos, estar dissociadas dos princípios bases que fundamentam essas iniciativas (Brehmer; Verdi, 2010). Apesar da importância do acolhimento, essa prática só ganhou destaque nos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família em um período relativamente recente (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Na organização e na resolução das demandas espontâneas no âmbito da APS, o acolhimento se configura como uma importante ferramenta de gestão do cuidado. De acordo com o caderno de atenção básica sobre acolhimento de demanda espontânea, já na recepção da unidade, uma atendente, um porteiro ou um segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso. O reconhecimento dos sinais de risco pelos trabalhadores que comumente circulam ou permanecem nas áreas de recepção/esperas pode e deve ser apoiado. Essa ferramenta associada a protocolos de classificação de risco possibilita impactos, otimizando a eficiência do atendimento, na prevenção de agravos e contribui para um cuidado mais humanizado, resolutivo e equânime (Brasil, 2013a).

O município de Limoeiro é sede da 2ª Região de Saúde de Pernambuco e conta com uma ampla rede de Atenção Primária à Saúde e diversos equipamentos de atenção especializada. A partir da realização de estágio supervisionado em saúde coletiva, identificou-se a necessidade de realizar estudos cujos resultados possam apoiar o fortalecimento da tomada de decisão em saúde neste município e a qualificação do acesso e resolutividade da Atenção Primária à Saúde é apontada como uma das prioridades.

Considerando que a rede de Atenção Primária à Saúde também precisa ser resolutiva no atendimento da demanda espontânea, é importante que se realizem estudos sobre a organização do atendimento das pessoas que procuram espontaneamente as unidades básicas de saúde. Diante desse contexto, essa pesquisa busca responder a seguinte questão norteadora: **Como está organizado o atendimento das pessoas que procuram as unidades básicas de saúde, através de demanda espontânea, no município de Limoeiro-PE?**

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1 O acolhimento como ferramenta de gestão do cuidado no Brasil**

Na estrutura da Política Nacional de Humanização, são delineados três princípios fundamentais que servem como base para sua implementação como política pública. Estes princípios são: a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão; e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. (Brasil, 2010).

A transversalidade proporciona uma maior integração e diálogo entre diversos grupos, promovendo uma mudança nas dinâmicas de relação e comunicação entre os participantes dos processos de saúde, o que leva à reavaliação das fronteiras tradicionais entre os saberes, as dinâmicas de autoridade e os modelos estabelecidos nas relações de trabalho (Pasche; Passos, 2008).

A indissociabilidade entre as práticas de atenção e de gestão ressalta a inter-relação entre a política e a clínica, percebidas como componentes inseparáveis e sempre presentes no contexto da assistência à saúde. Isso implica que o campo das ciências da saúde e o âmbito da gestão organizacional não são vistos como entidades isoladas, mas sim como interdependentes, de forma que qualquer intervenção em um desses aspectos repercute imediatamente no outro (Pasche; Passos, 2008).

No terceiro e último princípio da PNH, destaca-se, então o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e dos coletivos que refletem a convicção de que os indivíduos têm o potencial de impactar positivamente o mundo ao participarem ativamente na criação e transformação de suas realidades, contribuindo assim para o seu próprio desenvolvimento e crescimento (Pasche; Passos, 2008).

A PNH se orienta por princípios éticos na condução da produção de saúde, reconhecendo-a como um processo que também contribui para a construção da cidadania. Essas diretrizes incluem a clínica ampliada; cogestão; acolhimento; valorização do trabalho e do trabalhador; defesa dos direitos do usuário; fomento das grupalidades, coletivos e redes; e construção da memória do SUS que dá certo. (Brasil, 2010).

Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com Solla (2005), o acolhimento representa a humanização do atendimento, assegurando o acesso universal a todas as pessoas. Isso implica em ouvir atentamente os problemas de saúde do usuário, oferecendo uma resposta qualificada e assumindo a responsabilidade pela resolução efetiva de suas necessidades. O principal objetivo do acolhimento é garantir a resolutividade, ou seja, solucionar verdadeiramente os problemas de saúde dos usuários. Essa responsabilidade vai além do simples atendimento, abrangendo também o estabelecimento de um vínculo essencial entre o serviço de saúde e os usuários.

De acordo com Abbês e Massaro (2004), o acolhimento com a classificação de risco estabelece a agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Desta maneira exerce-se uma análise (avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Nesse contexto, o acolhimento com classificação de risco é essencial para organizar o acesso dos usuários que buscam atendimento na unidade de saúde. No primeiro contato, os profissionais devem informar os pacientes sobre o processo de trabalho da equipe e o fluxo do cuidado na demanda espontânea. Esse processo envolve a avaliação da necessidade de cuidados imediatos, a prestação dos primeiros cuidados, a identificação de vulnerabilidades individuais ou coletivas, a classificação do risco para definir as prioridades de cuidado e a organização da disposição dos pacientes no serviço. Além disso, os profissionais devem encaminhar os usuários para o cuidado adequado de acordo com sua classificação (BRASIL, 2013a).

## **2.2 O desafio da implementação do acolhimento à demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde**

A consolidação da Atenção Primária à Saúde no Brasil está intrinsecamente

ligada com a história da saúde pública no país. Sua trajetória ganhou impulso decisivo com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, estabelecido na Constituição Federal como conquista social e marco na garantia do direito à saúde como dever do Estado (Fausto; Matta, 2007).

A criação do SUS representou um marco na história da saúde pública no Brasil, estabelecendo princípios como universalidade, integralidade, equidade e a participação popular, reconhecendo a APS como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, essencial para a organização e coordenação da atenção à saúde da população. A partir da década de 1990, programas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 colocaram a APS em destaque na agenda nacional de saúde. Estes programas buscavam fortalecer a Atenção Primária à Saúde, impulsionando ações preventivas, integradas e voltadas para a comunidade. (Fausto; Matta, 2007).

Estudo realizado por Silva (2010), propôs diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Estas diretrizes visam fortalecer a capacidade das unidades de saúde em atender às necessidades dos usuários de forma abrangente e humanizada (**Quadro 1**).

**Quadro 1** - Diretrizes gerais para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde.

Diretrizes
Cadastro de saúde da população e vinculação de famílias à equipe local de referência: visa expandir a capacidade de ação das unidades de saúde, por meio do cadastro domiciliar com classificação de risco familiar e individual.
Estabelecimento e manutenção de equipe de saúde da família completa, criando condições atrativas para os profissionais se manterem no serviço.
Capacitação: processo de educação continuada dos profissionais de saúde, com o apoio das universidades e dos pólos de capacitação de saúde. Deve ser oferecido aos servidores da área pela Secretaria Municipal de Saúde.
Escuta ampliada do motivo da procura ao serviço, levando em consideração o contexto em que o usuário está inserido.
Identificação das necessidades de saúde do usuário, através da escuta ampliada, não enfocando apenas as necessidades imediatas, mas também as necessidades de vida diária.
Ampliação do apoio e participação da equipe multiprofissional.
Reorganização do serviço de saúde de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução de problemas de saúde dos usuários.
Estabelecimento de ambiente acolhedor, onde a privacidade do usuário seja respeitada
Responsabilização da equipe: recepção profissional dos casos com responsabilidade integral por eles, avaliando riscos e necessidades.

Responsabilização dos usuários quanto à preservação de sua saúde, reconhecendo-a como um direito constitucional.
Qualificação da relação do trabalhador de saúde com o usuário, que se deve dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.
Encaminhamento dos problemas apresentados pelo usuário, mesmo que seja necessário atendimento por outros profissionais e/ou serviços fora da unidade.
Oferta de soluções possíveis, com segurança para o paciente, agilidade para o serviço e uso racional dos recursos disponíveis.
Estabelecimento de redes de apoio, permitindo melhor acesso dos usuários aos serviços referenciados.
Geração de dados em saúde, a partir da efetiva instalação de um sistema de informação.
Acessibilidade dos profissionais aos dados e indicadores de saúde locais, permitindo a avaliação do seu trabalho e planejamento de ações com vista à promoção da saúde
Construção coletiva de propostas por equipe local, instâncias gerenciadoras e distritais, com a participação da comunidade.
Ampliação dos espaços democráticos de discussão e decisão, mudando a forma de gestão do serviço de saúde (gestão participativa).
Incentivo à autonomia do trabalhador, através da valorização de suas práticas que promovam a saúde.
Valorização profissional, através de vínculos trabalhistas confiáveis, remuneração digna e oferta de condições adequadas de trabalho, evitando o rodízio frequente dos mesmos e o não estabelecimento de vínculo com a comunidade.
Criação de espaço de "cuidado ao cuidador", onde se ofereça suporte psicoterápico para o enfrentamento das angústias geradas pelo conhecimento do "sofrer do outro", diminuindo o sentimento de impotência dos trabalhadores.

Fonte: Silva (2010, p. 20,21).

O Caderno de Atenção Básica "Acolhimento à Demanda Espontânea - Volume 1", publicado pelo Ministério da Saúde em 2013, apresenta um panorama abrangente das diferentes modelagens de acolhimento existentes, oferecendo subsídios para a escolha e implementação daquela que melhor se adequa à realidade de cada serviço de saúde (Brasil, 2013a).

A primeira abordagem é o Acolhimento pela equipe de referência do usuário, que se destaca por fortalecer o vínculo entre equipe e usuários, proporcionando uma atenção mais individualizada às suas necessidades de saúde. No entanto, essa estratégia pode resultar em sobrecarga de trabalho para a equipe designada e enfrentar desafios diante de variações na demanda, especialmente relacionadas à disponibilidade de profissionais em determinados períodos (Brasil, 2013a).

Outra abordagem é a utilização da Equipe de acolhimento do dia, que busca otimizar o fluxo de atendimento e garantir uma resposta ágil às demandas dos usuários. Apesar de distribuir equitativamente o trabalho entre os profissionais, essa abordagem pode resultar em falta de continuidade no cuidado, menor vínculo com os usuários atendidos e desafios na integração com as equipes de referência (Brasil,

2013a).

Uma terceira abordagem é o Acolhimento misto, que combina elementos da equipe de referência do usuário com a equipe de acolhimento do dia. Essa modelagem oferece flexibilidade na abordagem das demandas, unindo o conhecimento das distintas equipes e permitindo adaptações às variações de demanda. No entanto, a coordenação entre as equipes pode ser um desafio, exigindo comunicação efetiva e compartilhamento de informações para otimizar a gestão dos serviços de saúde (Brasil, 2013a).

Por fim, a última abordagem se trata do Acolhimento coletivo, que se destaca pela troca de saberes entre os profissionais, a construção coletiva de planos de cuidado e uma atenção integrada e colaborativa. Apesar desses benefícios, essa abordagem requer tempo e espaço para discussão e tomada de decisão coletiva, podendo apresentar possíveis divergências na abordagem das demandas e desafios na definição de responsabilidades. No acolhimento coletivo, ao envolver toda a equipe na primeira escuta, permite a identificação de usuários com riscos evidentes e promove a autoavaliação dos usuários. No entanto, pode gerar constrangimento e não abordar adequadamente riscos menos óbvios, sendo necessário articular com escuta individualizada (Brasil, 2013a).

Os resultados do estudo de Coutinho, Barbieri e Santos (2015) indicam que o processo de acolhimento na Atenção Primária à Saúde ainda não está totalmente sistematizado nos modelos de atenção à saúde, o que pode ser uma justificativa para as dificuldades enfrentadas por profissionais e usuários. São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias para a sistematização do acolhimento nas unidades básicas de saúde, a fim de verificar se essas medidas realmente impactam na qualidade dos serviços e na satisfação dos usuários. Além disso, estratégias como a implantação de sistemas de marcação de consulta, criação de equipes de acolhimento multiprofissional, avaliação de prioridades, orientação de fluxos e educação permanente da equipe foram identificadas como formas de melhorar a acessibilidade e a humanização do acolhimento na APS.

Já os resultados do estudo de Speroni e Menezes (2014) destacam a centralidade do tema do acolhimento em uma unidade básica de saúde na cidade do Rio de Janeiro. Os resultados revelaram a presença de estratégias singulares que desafiam a uniformização das práticas, destacando a complexidade das interações entre profissionais de saúde e usuários durante a implementação das regras do

acolhimento com classificação de risco. Além disso, a pesquisa revelou a realidade da demanda por atendimento na unidade de saúde, com uma média de 40 pessoas por turno aguardando atendimento imediato, a maioria pertencente a camadas populares com dificuldades de acesso a bens. No contexto da humanização da assistência, o acolhimento foi considerado uma estratégia humanitária que busca garantir qualidade aos usuários, mas que também revela variações na interação e no cuidado.

Nos últimos 20 anos o Brasil avançou significativamente na ampliação da oferta de serviços da Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a concretização da universalidade e integralidade do cuidado de forma bastante capilarizada em seus diferentes territórios. Dentre os muitos desafios vivenciados pelas equipes que atuam nesse nível assistencial, persiste a necessidade de melhorar a organização e resolutividade do atendimento da população que procura o serviço por demanda espontânea (Souza; Shimizu, 2021).

A utilização do acolhimento à demanda espontânea como estratégia para melhoria do acesso se difundiu em muitas unidades de saúde, conforme dados coletados nas edições do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), mas isso ainda não acontece em todas as equipes de atenção básica do Brasil. Nesse sentido, é muito importante conhecer o perfil da demanda espontânea e a forma como as equipes de saúde têm se organizado para atender e resolver as necessidades da população que procura o serviço dessa forma, espontaneamente (Souza; Shimizu, 2021).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar a organização do atendimento à demanda espontânea em unidades básicas de saúde do município de Limoeiro-PE.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Descrever a organização do acesso por demanda espontânea em unidades básicas de saúde;
- Identificar os principais motivos de atendimento e os tipos de encaminhamentos dados à demanda espontânea nessas unidades básicas de saúde;
- Analisar a percepção dos profissionais sobre as dificuldades enfrentadas e as estratégias que podem ser utilizadas para ampliar a resolução da demanda espontânea nessas unidades básicas de saúde.

## **4 ASPECTOS METODOLÓGICOS**

### **4.2 Tipo de estudo**

Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa. De acordo com Yin (2005, p. 32), o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”.

Segundo Minayo (2001), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

### **4.3 Área e período do estudo**

A pesquisa foi realizada em Limoeiro-PE, o município está localizado no estado de Pernambuco, possui uma área territorial de 273,733 km<sup>2</sup> e uma população aproximadamente de 56.510 habitantes de acordo com o último censo (IBGE, 2022). Na área da saúde, o município conta com uma rede composta por 46 estabelecimentos, incluindo 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), compostas por 22 equipes de Saúde da Família e 1 Equipe de Atenção Primária (EAP), distribuídas em três territórios, além de diversos serviços especializados (Brasil, 2024). A organização territorial das UBS e das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi detalhada pela Portaria nº 31, de 9 de janeiro de 2025, publicada pela Prefeitura de Limoeiro-PE.

Este estudo foi realizado no período de setembro de 2024 a janeiro de 2025.

### **4.4 Coleta de dados**

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, uma estratégia que permitiu obter informações detalhadas e aprofundadas dos participantes, mantendo a flexibilidade para explorar tópicos relevantes.

Os participantes da pesquisa foram profissionais médicos(as), técnicos de

enfermagem, enfermeiros(as) e agentes comunitárias de saúde que atuam em 2 unidades básicas de saúde, localizadas em área urbana, no município de Limoeiro - PE, totalizando 08 profissionais (**Quadro 2**).

O interesse em pesquisar essa temática surgiu durante a supervisão de estágio curricular de saúde coletiva no município de Limoeiro. A partir de reuniões realizadas com a coordenação de atenção básica do município, identificou-se que algumas unidades básicas lidam com altas demandas da população que procuram espontaneamente o serviço, e que não existe um modelo ou fluxo específico estabelecido pelo município para orientar o atendimento dessas demandas espontâneas. Assim, identificou-se que 2 dessas UBS apresentavam, historicamente, maior quantitativo de atendimentos por demanda espontânea. Com base nessa informação, as UBS 1 e 2 foram selecionadas para a realização dessa pesquisa. Em uma das UBS selecionadas, embora houvesse duas equipes, a pesquisa considerou apenas os profissionais de uma delas, garantindo uma delimitação clara do grupo de estudo.

**Quadro 2** - Quantidade de participantes da pesquisa de acordo com categoria profissional, 2024

<b>Categoria profissional</b>	<b>Quantidade</b>
Agente comunitário(a) de saúde	2
Técnico(a) de enfermagem	2
Médico(a)	2
Enfermeiro(a)	2
Total	8

Fonte: O autor (2025).

O recrutamento dos participantes foi realizado de modo individual, por meio de contato telefônico fornecido pela coordenação de atenção básica do município. Os profissionais foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a

participar. Em caso de aceitação, as entrevistas foram agendadas em data e horário de melhor conveniência para o participante.

Os profissionais participantes atenderam ao seguinte critério de inclusão: ser profissional atuante em alguma UBS do município de Limoeiro - PE no período mínimo de 6 meses. Os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de férias, licença ou afastados de suas funções no momento da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas exclusivamente de forma presencial na UBS onde atua o profissional de saúde que aceitou participar. Buscou-se realizar as entrevistas em um ambiente com menor ruído e que permitisse privacidade para o profissional participante. A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Todas as entrevistas foram gravadas, com permissão prévia dos participantes, para facilitar a transcrição e posterior análise dos dados.

Durante as entrevistas utilizou-se um roteiro semiestruturado composto por perguntas relacionadas à: a) formação e experiência profissional; b) organização do acesso à demanda espontânea; c) percepção sobre os tipos de demanda espontânea e resolutividade da equipe; d) dificuldades com o atendimento da demanda espontânea.

#### **4.5 Análise dos dados**

Foi adotado o método de análise de conteúdo descrito por Bardin (2010), que consiste em um conjunto de técnicas voltadas para a análise de comunicações por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos.

Esse método se estrutura em três etapas cronológicas: a primeira é a pré-análise, que envolve a organização do material e uma leitura inicial para avaliar a relação entre o conteúdo e os objetivos do estudo, destacando os fragmentos mais importantes para a formação do corpus de análise. A segunda etapa é a exploração do material, onde os fragmentos do corpus são sistematicamente agrupados em categorias com base em suas similaridades. A terceira e última etapa é a obtenção dos resultados, onde são feitas inferências e interpretações para que os resultados sejam significativos e válidos (Bardin, 2010).

Foram pré-definidas três categorias principais relacionadas à organização do atendimento à demanda espontânea. A categoria "Organização do Atendimento à Demanda Espontânea" abrange as diferentes formas de triagem nas UBS,

destacando o papel dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde na otimização do fluxo de atendimento. A categoria "Principais Motivos de Atendimento e Locais de Encaminhamento" refere-se às principais demandas dos usuários, como apresentação de exames e reclamações clínicas agudas, além dos serviços de referência utilizados para encaminhamentos. Já a categoria "Dificuldades e Estratégias para Melhorar a Resolutividade" abordou os desafios enfrentados, como a sobrecarga de trabalho e a escassez de recursos, bem como as estratégias empregadas para melhorar a resolutividade, incluindo escuta comprometida, ações educativas e ampliação das equipes de saúde.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto foi conduzido em total conformidade com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), garantindo a confidencialidade e o sigilo dos dados. A coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme o parecer nº 7.170.783, emitido pelo comitê de ética em pesquisa do Centro Acadêmico de Vitória (CAV) -UFPE

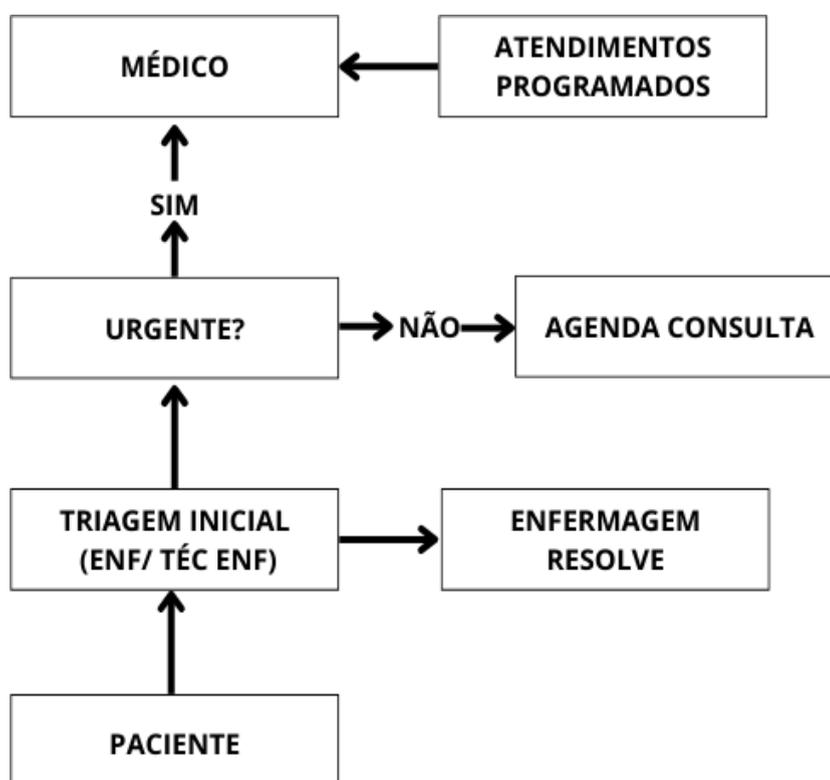
## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 A Organização do Atendimento à Demanda Espontânea

Identificou-se que, nas Unidades Básicas de Saúde estudadas, existem diferenças na organização do atendimento à demanda espontânea, especialmente no papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde. Na UBS 1, a triagem é realizada diretamente por enfermeiros ou técnicos de enfermagem, sem a participação dos ACS nesse processo, enquanto na UBS 2, os ACS atuam na escuta inicial dos usuários como estratégia para suprir a insuficiência de recursos humanos, garantindo o acolhimento inicial. Apesar dessas diferenças, ambas as UBS têm como objetivo comum realizar a triagem inicial para identificar as necessidades dos usuários e identificar os casos urgentes daqueles que podem ser agendados para outro momento, otimizando o fluxo de atendimento e evitando a formação de filas de espera.

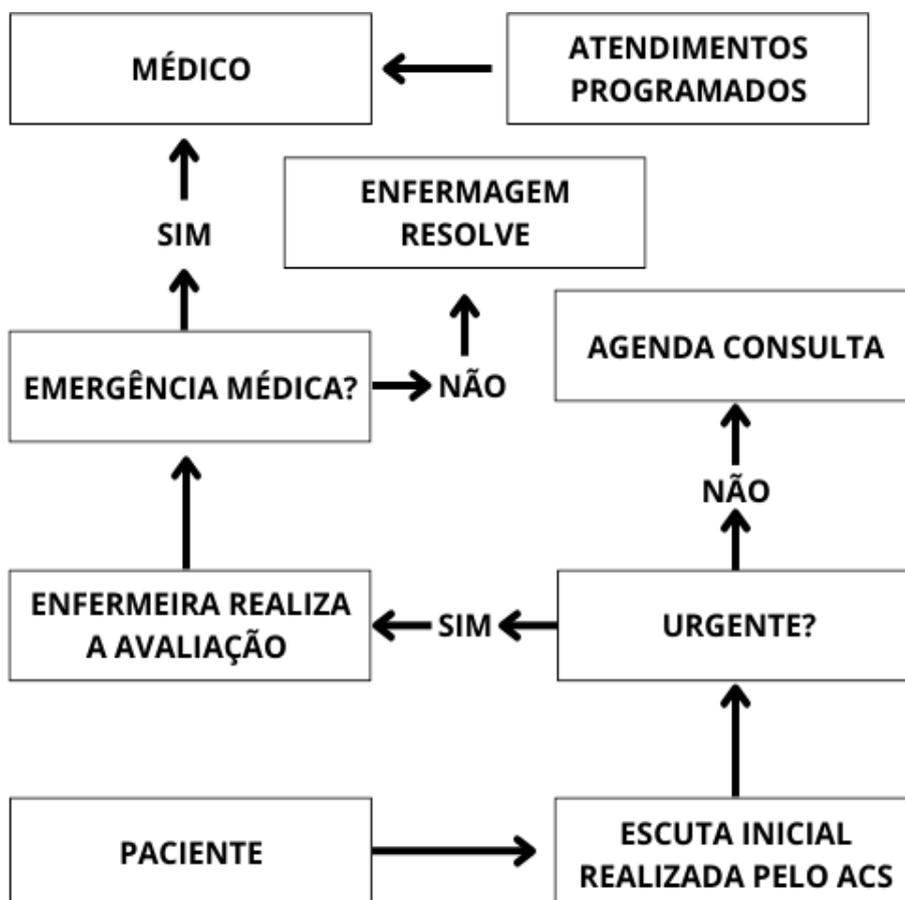
A seguir, são apresentados os fluxogramas que ilustram o fluxo de atendimento inicial nas duas UBS estudadas, evidenciando as diferenças no processo de triagem:

**Figura 1 - Fluxograma UBS 1**



Fonte: O autor (2025)

Figura 2 - Fluxograma UBS 2



Fonte: O autor (2025)

Os fluxogramas reforçam a centralidade do papel dos enfermeiros no processo de triagem e acolhimento, complementado pelo trabalho dos técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. As diferenças identificadas entre as unidades refletem adaptações locais na organização do atendimento, destacando a importância de estratégias flexíveis para absorver a demanda espontânea de maneira eficaz. Como mencionado pelos entrevistados:

A gente tem uma triagem todos os dias. E tem sempre um profissional disponível nessa triagem. Essa triagem é feita de forma particular, justamente para acolher esse usuário que chega na unidade, numa sala. o profissional que faz essa triagem é um enfermeiro, um técnico ou um médico. Esse grupo faz entre eles, um agendamento, organiza o cronograma, mas sempre tem uma pessoa todos os dias (ACS 1).

A gente implantou o acolhimento por demanda espontânea, a gente escuta a demanda do paciente e aí vê a necessidade, se é uma urgência, a gente encaixa ele para ser atendido naquele dia, pelo médico, se for caso de médico e se não for, se for coisa que a enfermeira pode resolver, se for vacina ou alguma informação, a gente já resolve no mesmo momento (Enf 1).

Os profissionais destacaram que a organização desse fluxo trouxe benefícios expressivos, incluindo a eliminação de filas de espera e maior resolutividade no atendimento:

Não está tendo fila de espera, a gente está conseguindo a resolutividade na mesma semana. É muito difícil uma pessoa vir marcar hoje e ficar para a próxima semana. A resolutividade tem sido muito boa. ... a gente conseguiu dar uma organizada nessa demanda (Enf 1).

Não, não existe uma fila de espera porque a gente vai chegando, o pessoal tá, vamos dizer, por exemplo, temos 10 pessoas, é a questão de a gente fazer a triagem na primeira. Nessa triagem a gente vai ver pressão, a gente vai ver glicose, a gente vai escutar o paciente, a gente vai digitar tudinho, colocar tudo no sistema, tudo certinho, então é uma questão de 5 minutos, de 5 a 10 minutos no máximo, aí já entra o seguinte e assim a gente vai (Téc Enf 1).

Hoje não tem mais essa fila de espera. Porque como está tendo essa marcação, a gente abre o mês todo. Então não fica fila de espera. E a gente sempre faz muitos encaixes, por exemplo. Mesmo que chegue, ninguém sai sem atendimento, sabe? (Médico 1).

Esses relatos demonstram a tentativa de otimizar o fluxo de atendimento, combinando acolhimento imediato com a organização do agendamento de casos não urgentes. Apesar disso, a absorção das demandas espontâneas ao longo de todo o dia, combinada à necessidade de realizar atividades programadas, desafia as equipes a equilibrar prioridades. Como apontado por outro entrevistado:

Dependendo da disponibilidade, a gente atende em livre demanda. Sabe, chegou, tá precisando de um atendimento, a gente atende. Evidentemente, quando tem disponibilidade. Porque a gente tenta fazer um regime de marcação, o prioritário, e a gente tenta ao máximo fazer a questão da medicina preventiva. A gente marca essas consultas direitinho justamente para fazer exame, para ajustar a medicação, ver se precisa de encaminhamento e tal, fazer um negócio organizado. Mas aí acaba, geralmente, chegando muita demanda também espontânea. Sem estar marcado. Às vezes é uma dor e tal, a gente tenta acolher, absorver o máximo que dá essa demanda. Às vezes, quando dá, a gente atende na hora, na livre demanda. Quando não dá, a gente organiza. Se não, vamos

deixar marcada aqui, a tal dia ou então, a gente redireciona. Em vez de ser para mim, vai para a enfermeira, já desenrola. É assim que funciona o acolhimento aqui, qualquer momento do dia. O calendário da gente é dividido entre consulta marcada, pré-natal, visita domiciliar e a demanda espontânea acaba sendo absorvida nas entrelinhas (Médico 2).

A centralidade do papel dos enfermeiros no acolhimento foi amplamente destacada, enquanto os técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde complementam essa função. Um agente comunitário descreveu a dinâmica na recepção:

O agente de saúde fica lá na frente. Tem uma escala com agente de saúde por turno, então todo turno tem alguém acolhendo. Mas o filtro inicial é superficial, e quando é algo urgente, a gente comunica à enfermeira para decidir o encaminhamento. Por exemplo, uma febre ou uma gestante precisando agendar pré-natal (ACS 2).

Entretanto, foi ressaltado que, na ausência do ACS na recepção, há uma lacuna importante no acolhimento inicial:

Se não tiver um agente de saúde lá na frente, não tem ninguém nem para dizer bom dia. Muitas vezes, o agente é fundamental para evitar que o paciente chegue perdido e para ajudar a organizar a entrada do fluxo de atendimento (Enf 2).

Os avanços observados na organização do acolhimento em Limoeiro-PE estão alinhados às diretrizes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013), que incentiva práticas de triagem com base na classificação de risco para melhorar a resolutividade e a equidade no atendimento.

A classificação de risco desempenha um papel essencial na organização do atendimento à demanda espontânea, pois possibilita a identificação das necessidades dos usuários com base no potencial de risco, garantindo cuidados imediatos quando necessário. Diferentemente das unidades de urgência e emergência, onde a triagem é baseada exclusivamente nos quadros clínicos dos pacientes, na APS essa abordagem pode ser ainda mais eficaz devido à vinculação e responsabilização estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários, o que contribui para um acompanhamento mais contínuo e resolutivo (Sombra Neto *et al.*, 2022).

Outro ponto relevante é a dificuldade de equilibrar a oferta e a demanda nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente diante da pressão assistencial que recai sobre as equipes. Essa situação exige um constante esforço

de reorganização das atividades para atender tanto às demandas programadas quanto às espontâneas, sem comprometer a qualidade do cuidado. Conforme relatado por um dos médicos entrevistados, a absorção das demandas não agendadas ocorre "nas entrelinhas" das atividades já planejadas, o que frequentemente sobrecarrega os profissionais e desafia a gestão do tempo e dos recursos disponíveis. Equilibrar a oferta e a demanda, buscando reduzir o tempo de espera, é essencial para a organização da Estratégia Saúde da Família (ESF), que precisa estruturar seus serviços com equidade, priorizando as populações mais vulneráveis. O fortalecimento do acesso, da continuidade do cuidado e do atendimento integral não só favorece a redução de custos e evita a sobrecarga dos serviços secundários, mas também fortalece o vínculo entre usuários e profissionais de saúde, promovendo a adesão ao tratamento e a resolubilidade no âmbito da APS (Moura *et al.*, 2022).

A centralidade dos enfermeiros e a complementaridade dos técnicos e agentes comunitários de saúde demonstram o esforço em organizar fluxos de atendimento, mesmo diante de limitações estruturais. Esse aspecto, observado nos resultados da pesquisa, reflete a importância de uma atuação colaborativa para melhorar a resposta aos usuários e às suas necessidades de saúde, promovendo um atendimento mais resolutivo e humanizado. No entanto, a eficácia desses fluxos depende também de um contexto de gestão pública que favoreça a adaptação das unidades de saúde às realidades locais. Nesse sentido, a gestão pública da Atenção Primária à Saúde enfrenta desafios significativos devido às limitações impostas pelo modelo de financiamento.

Amorim e Mendes (2020) destacam como o modelo fragmentado de transferências de recursos prejudica a autonomia dos gestores municipais, dificultando a capacidade de adaptação dos serviços às necessidades locais e, muitas vezes, induzindo uma visão não integral da Atenção Primária à Saúde. A escassez de recursos, aliada às dificuldades fiscais impostas pela gestão pública, tem impactado diretamente a expansão e a eficácia da Estratégia Saúde da Família, o que, por sua vez, afeta a organização eficiente do acolhimento e o atendimento às demandas espontâneas. Esse cenário reflete os desafios encontrados na pesquisa, que aponta para a necessidade de maior flexibilidade e recursos para garantir um atendimento mais resolutivo e alinhado às realidades locais.

## 5.2 Principais Motivos de Atendimento e Locais de Encaminhamento

O principal motivo que leva os usuários a procurarem as UBS é a necessidade de mostrar exames, frequentemente como uma demanda espontânea. Um profissional de enfermagem destacou: A grande maioria é essa. Eles ficam muito eufóricos quando pegam o resultado do exame. Muitas vezes, vêm direto do laboratório querendo mostrar esses resultados (Enf 1). Além disso, queixas clínicas agudas, como dores, febre, viroses e sintomas gastrointestinais, são motivos recorrentes de atendimento. Um técnico de enfermagem relatou: Geralmente são dores, dores abdominais, viroses, febre, diarreia e vômito. A nossa demanda maior sem vir com agendamento é isso. Crises de garganta também aparecem muito (Téc Enf 1).

Quanto aos locais de encaminhamento, o Hospital Regional José Fernandes Salsa é a principal referência para casos de urgência e emergência. Um enfermeiro explicou: Se a demanda for realmente urgência e emergência, a gente caminha para o Hospital Regional (Enf 1). Um médico complementou: O serviço de referência da gente, de emergência, é o Hospital Regional José Fernandes Salsa (Médico 2).

Outros serviços frequentemente utilizados incluem a Policlínica Inacinha Duarte, que oferece atendimento especializado, e a UPA, destinada a situações mais complexas. Um médico destacou:

*Então, assim, os locais mais comuns que a gente encaminha são a Policlínica Inacinha, que é ali no hospital, que também tem vários especialistas, e a UPA.. E, assim, o ponto chave maior que hoje eu chego é a saúde mental. Hoje é o carro-chefe. Que a gente chega e os pacientes estão com a saúde mental bem desorganizada (Médico 1).*

As análises evidenciam que a principal demanda espontânea nas UBS está relacionada à apresentação de exames. Esse comportamento reflete o papel central da atenção primária na coordenação do cuidado, mas também aponta para uma necessidade constante de ações educativas com os usuários. A busca imediata por respostas, como observado nos relatos, traduz um comportamento cultural de imediatismo. Nesse sentido, Dias *et al.* (2018) destacam que a implementação de ações educativas e de promoção à saúde é essencial para reduzir esse imediatismo. Essas ações ajudam a fomentar uma maior compreensão por parte dos pacientes

sobre seus cuidados de saúde, além de promover a adoção de comportamentos mais saudáveis e a continuidade no acompanhamento das condições de saúde, minimizando a procura por respostas instantâneas.

Além disso, as queixas clínicas agudas, como dores abdominais, febre, viroses e sintomas gastrointestinais, reforçam a importância do fortalecimento do acolhimento e da classificação de risco na Atenção Primária à Saúde (APS), de forma a priorizar casos que realmente necessitem de atenção imediata. Neste sentido, a classificação de risco se apresenta como uma ferramenta essencial para organizar o processo de trabalho na APS, garantindo que os usuários com maior vulnerabilidade recebam a atenção necessária, promovendo a equidade no acesso aos serviços. Essa abordagem permite que a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) estabeleça prioridades no atendimento, com ações como visitas domiciliares mais frequentes, acompanhamento com outros profissionais e atendimento prioritário, o que melhora a efetividade dos serviços oferecidos (Costa *et al.*, 2020).

Os encaminhamentos para outros serviços, como o Hospital Regional José Fernandes Salsa, a Policlínica Inacinha Duarte e a UPA, refletem a integração necessária entre os níveis de atenção para garantir a continuidade e a resolubilidade dos cuidados. No entanto, é crucial que os fluxos de encaminhamento estejam bem estruturados e que os serviços de referência tenham a capacidade de absorver as demandas originadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Nesse sentido, as redes de atenção à saúde (RAS) são fundamentais, pois organizam os serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde de forma integrada e coordenada, garantindo a integralidade do cuidado ao longo dos diferentes níveis de atenção (Damaceno *et al.*, 2020).

Outro ponto relevante é a crescente demanda por saúde mental, identificada como um dos principais desafios enfrentados atualmente. Conforme relatado por um dos médicos, essa questão tem se tornado o "carro-chefe" nas UBS, indicando a necessidade de incluir ou fortalecer ações preventivas e o suporte psicossocial na APS. Conforme apontam Moura *et al.* (2022), o acolhimento e a comunicação entre os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde podem contribuir para ressignificar as relações entre comunidade, usuários, profissionais e equipes,

fortalecendo os vínculos e efetivando os serviços prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, estratégias como capacitações e reuniões periódicas entre os profissionais da ESF podem favorecer a reorganização das agendas, resultando na ampliação do acesso.

### **5.3 Dificuldades e Estratégias para Melhorar a Resolutividade**

As dificuldades apontadas pelas equipes de saúde incluem a sobrecarga de trabalho, a insuficiência de recursos humanos e materiais e a extensão territorial das áreas cobertas pelas UBS. Como mencionado pelos entrevistados:

Seria interessante um profissional específico para estar o dia todo fazendo esse acolhimento, né? Mas aí, como é algo que foge da nossa realidade, os profissionais presentes tentam fazer esse rodízio e dando conta das demandas da atribuição deles, dessa questão (ACS 1).

A dificuldade maior que eu acho é... Eu vou falar como enfermeira, porque a gente como enfermeira de unidade básica de saúde, a gente tem muitas atribuições. Então uma enfermeira ela faz, além do atendimento, além do acolhimento, além dos atendimentos programados, a gente tem a questão do gerenciamento. Então aí fica realmente bem pesado para enfermeira da unidade, porque acaba sendo tudo. E aí a dificuldade maior que eu acho é essa demanda muito grande de atribuições. Até quando a gente implementou isso, eu fiquei preocupada, mas fiquei satisfeita em ver que não estava mais com esse problema de ter acesso ao médico, que era a preocupação do... Acho que inclusive não só minha, mas da gestão também, era garantir o acesso. E aí eu fiquei preocupada comigo pela carga que eu ia carregar, né? Porque eu como enfermeira me sinto realmente sobrecarregada (Enf 1).

A dificuldade maior é a demanda. É essa conta que não fecha a demanda equipe, recursos humanos. Que é uma área de grande extensão. Então, todos esses loteamentos são área de extensão, área de crescimento, área de loteamento. Então, assim, uma das dificuldades é essa amplitude. Assim, acho que se a gente tivesse mais recursos humanos, a gente conseguia fazer fluir. O que está faltando mesmo é recurso humano. A gente precisava de uma pessoa ali na recepção, né, pra auxiliar nas questões administrativas. Então, a gente conseguia também liberar mais agentes de saúde para estar no território, a gente prende o agente de saúde aqui dentro. Porque, também, se a gente não prender os agentes, se a gente não contar com esse apoio dele, a gente também não consegue dar uma assistência. Então, imagina, o paciente vai chegar lá na frente e não vai ter ninguém. Eu vou estar aqui dentro atendendo, provavelmente a técnica vai estar fazendo vacina, e aí não vai ter ninguém nem pra dizer bom dia. Então, assim, a gente precisa realmente de mais pessoas. Eu acho que é a nossa dificuldade maior, outra dificuldade é, como eu te disse, essa área de

extensão (Enf 2).

A insuficiência de insumos e equipamentos também foram mencionadas.

Tem uma limitação de suprimento e de instrumentos. Por exemplo, eu não tenho o otoscópio, entende? Então, a gente tem essa limitação de instrumento. Tem medicações que demoram a chegar. Então, temos essa dificuldade. Por mais que supra, mas como aqui é uma área muito grande, acaba que tem uma demanda muito grande, sabe? Uma demanda grande (Médico 1).

Então, todos esses loteamentos são área de extensão, área de crescimento, área de loteamento. Então, assim, uma das dificuldades é essa amplitude. Então, assim, a gente precisava de um carro disponível. Muita coisa a gente faz porque a gente faz no transporte próprio, porque por exemplo, se eu for fazer... Sexta-feira eu fiz cinco visitas. Se eu fosse a pé, acho que eu não tinha feito duas. Uma aqui, uma lá. Uma lá no condomínio, lá dentro, é uma área muito grande, populacional e de extensão, de território. É uma área crescente, então, as dificuldades é essa (Enf 2).

Entre as estratégias sugeridas pelas equipes, destacam-se a ampliação de profissionais e recursos, a realização de grupos terapêuticos, o diálogo e a escuta qualificada. Uma enfermeira ressaltou que a estratégia de escuta qualificada é um ponto positivo no trabalho, permitindo compreender melhor as necessidades dos pacientes e direcioná-los de forma mais eficaz:

(...) não era nem demanda de ficha para médico, né? Era uma coisa que já poderia ser resolvida com qualquer outro profissional, mas não tinha esse hábito de escutar, né? Que eu acho que a escuta, ela muda muito assim o rumo, o sentido do que o paciente quer. Às vezes o paciente chega com ideia na cabeça, porque viu no Google, que viu alguém disse, porque não sei o que, e quando chega não é aquilo, né? Não é aquilo que ele quer, não era uma ficha médica, não era nada disso (Enf 1).

Eu acho que é o diálogo mesmo, a palestra, a explicação, o porta-porta, como a gente vem fazendo, as visitas dos agentes de saúde ajudam muito na informação, né? Eu acho que o diálogo, a conversa, a gente explicar, cada dia fazer uma palestrinha aí, isso é fundamental, acho que isso é o mais importante (Téc Enf 2).

A ampliação da equipe foi outra estratégia apontada como essencial:

Eu acho que hoje daria melhor se essa unidade tivesse mais profissionais, dois médicos, duas enfermeiras, por exemplo, porque pela quantidade da população, como eu falei anteriormente, está chegando um momento que não está se dando conta mesmo, é muita gente que vem à procura, e só poucos profissionais estão dando conta. Eu acho que a resolução seria realmente essa (ACS 2).

Os grupos terapêuticos também foram citados como alternativa para atender algumas demandas:

Eu acho que a gente deveria ter mais grupos, sabe? Grupo de tabagismo, esses grupos que a gente... Nessa ajuda que a gente trabalha hoje, é bem difícil da gente conseguir encaixar esses grupos. Porque a gente trabalha muito sobre demanda, que a gente tem uma demanda para cumprir, e a população exige muito isso, sabe? É difícil. Não é só porque a gente tem essa demanda para cumprir, mas é implantar na cabeça da população que ela precisa participar dessas coisas, sabe? Que vai ser um dia que você não vai atender. A população não aceita isso, entendeu? Mas que ajudaria muito no acolhimento, até nessa parte de saúde mental, sabe? Os grupos terapêuticos, que assim... Eu acho que é muito saudável, parte da unidade básica, sabe? Para trazer, assim, a responsabilidade, porque o paciente acha que o tratamento depende muito exclusivamente do medicamento. E não, precisa dele, sabe? Como autor daquela melhora, entendeu? E, às vezes, é muito isso. E, às vezes, eles, nessa condição de uma cadeira e você na outra, não conseguem muito entender essa ideia, sabe? Em grupos que você conseguisse conversar mais, tivesse uma abertura maior, tempo maior, eu acho que isso iria ter uma resolutividade melhor, sabe? (Médico 1).

Os desafios enfrentados pelas equipes de saúde das UBS, como a sobrecarga de trabalho, a escassez de recursos humanos e a ampla extensão territorial das áreas de cobertura, são agravados pela fragilidade da infraestrutura e pela insuficiência de recursos materiais. Moreira *et al* (2017) destacam que esses fatores comprometem o desenvolvimento das ações na Atenção Primária à Saúde, afetam a qualidade do cuidado, geram insatisfação entre profissionais e usuários, e limitam o potencial dos serviços na consolidação da Estratégia Saúde da Família, dificultando a reorganização das práticas centradas no indivíduo, na família e na comunidade.

A sobrecarga de trabalho relatada pelas enfermeiras revela a centralidade do acolhimento e gerenciamento dentro das atribuições da Atenção Primária à Saúde. De acordo com Damascena e Vale (2020), a sobrecarga de trabalho das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde está associada a fatores estruturais, como a insuficiência de profissionais nas equipes e a falta de valorização da saúde da família como um campo especializado. Os autores afirmam que essa abordagem gerencial, que não prioriza adequadamente os investimentos em recursos humanos nos serviços de APS, acaba gerando uma elevada demanda de atividades, acúmulo de funções e ritmos acelerados, o que pode comprometer a qualidade do

atendimento. As falas dos entrevistados, como a preocupação com o volume excessivo de atribuições, destacam a necessidade de reorganizar e adequar as equipes às demandas do território, em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017), que orienta a organização das equipes considerando as necessidades da população e a realidade local.

A insuficiência de insumos e equipamentos também foi um ponto levantado, evidenciando limitações estruturais que comprometem a resolutividade do atendimento. A ausência de instrumentos como o otoscópio e a dificuldade no abastecimento de medicamentos refletem gargalos logísticos que impactam diretamente a qualidade do cuidado. Conforme apontado por Lima *et al.* (2019), apesar das melhorias observadas na Atenção Primária à Saúde no Brasil, ainda persistem desafios consideráveis, como a inadequação física das unidades de saúde, o financiamento limitado e a escassez de recursos humanos qualificados. A pesquisa destaca também a baixa disponibilidade de medicamentos, que são barreiras para a eficiência do cuidado e para a resolutividade do atendimento, aspectos que se alinham com as dificuldades estruturais mencionadas, como a falta de insumos e equipamentos essenciais.

Estratégias apontadas, como a ampliação de equipes, grupos terapêuticos, o diálogo e a escuta qualificada, indicam que, mesmo em um cenário de dificuldades, há iniciativas que podem melhorar a resolutividade dos serviços. Duarte *et al.* (2017) afirma que a escuta qualificada se mostra como uma ferramenta potente para o conhecimento das reais necessidades de saúde da população, permitindo o contato direto com os usuários e desvendando suas necessidades, bem como os fatores que influenciam no processo saúde-doença. Ainda de acordo com Duarte *et al.* (2017), ela é capaz de identificar riscos e vulnerabilidades, levando os profissionais a intervirem de maneira preventiva, não se restringindo aos sofrimentos físicos e urgentes. Essa abordagem contribui para a mudança do processo de trabalho em saúde, estabelecendo vínculo e responsabilidade das equipes com os usuários e aumentando, assim, a capacidade de escuta às demandas apresentadas, tanto programadas quanto espontâneas.

O diálogo, considerado uma ferramenta fundamental, fortalece o potencial transformador das ações educativas. Durante as entrevistas, uma técnica de enfermagem destacou o diálogo como uma estratégia essencial para as ações de promoção da saúde, enfatizando a importância das conversas, das visitas

domiciliares e das palestras para a construção de vínculos e a transmissão de informações. Essas práticas não apenas ampliam o conhecimento dos indivíduos, mas também contribuem para sua autonomia, promovendo mudanças de hábitos e comportamentos. O fortalecimento das ações educativas em saúde representa uma estratégia essencial para promover mudanças significativas no conhecimento e nas práticas dos indivíduos, contribuindo para a transformação das condições de vida e saúde. Quando direcionadas a grupos específicos, essas intervenções têm o potencial de provocar a conscientização e a modificação de hábitos, favorecendo a adoção de comportamentos mais saudáveis. Assim, a educação em saúde fortalece a ação comunitária e incentiva o protagonismo dos sujeitos, promovendo a autonomia e a troca de saberes. Para que essas ações alcancem impactos em diferentes dimensões, como individual, social e ambiental, é fundamental o envolvimento de uma equipe multiprofissional (Heidemann *et al.*, 2024).

Para que as ações educativas em saúde sejam eficazes, é fundamental que os profissionais estejam preparados para lidar com as especificidades dos territórios em que atuam. Nesse sentido, a educação permanente em saúde é essencial para que a formação profissional esteja alinhada às necessidades locais, promovendo a qualificação contínua dos trabalhadores e fortalecendo a prática colaborativa. O engajamento dos diferentes profissionais na discussão do cotidiano de trabalho contribui para a construção de estratégias mais eficazes, favorecendo a integralidade do cuidado e garantindo que as ações educativas em saúde sejam mais resolutivas e adaptadas às necessidades da população (Xavier *et al.*, 2024).

A realização de grupos terapêuticos, proposto como alternativa para tratar questões relacionadas à saúde mental e ao tabagismo, é uma estratégia alinhada com o modelo integral e centrado nas necessidades da população, característica da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo Brunozi, Souza e Sampaio (2019), os grupos terapêuticos não apenas atuam de maneira terapêutica, mas também educativa, abordando aspectos diversos da saúde mental e contribuindo para o enfrentamento de estigmas, promovendo um ambiente acolhedor e inclusivo para indivíduos com diferentes singularidades.

Apesar das dificuldades estruturais e organizacionais, as estratégias apontadas pelas equipes demonstram um grande potencial para ampliar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS). Para que essas estratégias sejam eficazes, é necessário o investimento em recursos humanos contínuos,

capacitação profissional e na sensibilização da comunidade sobre o papel das unidades básicas de saúde. Esse contexto evidencia a necessidade de um modelo de atenção que priorize investimentos na Atenção Primária à Saúde, com ênfase em ações preventivas e educativas, fortalecendo a capacidade das unidades de saúde no atendimento às necessidades da população de forma abrangente e adequada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a organização do atendimento à demanda espontânea em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Limoeiro-PE, destacando as estratégias implementadas, os desafios enfrentados e as potencialidades identificadas. Os resultados indicaram diferenças relevantes na organização do acolhimento e triagem entre as UBS estudadas. Em uma das unidades, o agente comunitário de saúde (ACS) atua na recepção e realiza a triagem inicial, alertando a equipe de enfermagem em casos com sintomas graves. Essa prática, embora funcional, reflete a insuficiência de recursos humanos na unidade, uma vez que a função idealmente deveria ser conduzida por profissionais de enfermagem, médicos, ou seja, por algum profissional de saúde de nível superior, conforme preconiza a PNAB. Na outra unidade, a triagem é realizada exclusivamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, o que garante maior qualificação na avaliação inicial dos casos.

Um ponto positivo destacado por ambas as unidades foi a ausência de filas de espera. A adoção de práticas como a escuta qualificada, a classificação de risco e a organização dos fluxos de atendimento permitiu reduzir significativamente o tempo de espera, promovendo maior resolutividade e satisfação dos usuários. A integração das equipes e o esforço contínuo para manter um acolhimento humanizado também foram identificados como aspectos que fortalecem a qualidade do atendimento.

Todavia, os desafios persistem. A sobrecarga de trabalho decorrente da falta de recursos humanos e a necessidade de equilibrar o atendimento à demanda espontânea com ações programadas, como consultas agendadas e atividades preventivas, são questões que precisam ser enfrentadas. A atuação do ACS na triagem, embora importante no contexto de limitações, evidencia a necessidade de fortalecer as equipes para que cada profissional atue dentro de suas competências.

Recomenda-se que o município e os gestores invistam na ampliação das equipes de saúde e na formação permanente dos profissionais, garantindo que estejam preparados para lidar com as especificidades dos territórios em que atuam. Além disso, ações educativas junto à comunidade são fundamentais para fortalecer o entendimento dos fluxos de atendimento e o papel da Atenção Primária à Saúde na organização do cuidado. Apesar dos desafios na implementação da ferramenta

do acolhimento à demanda espontânea, os pontos positivos identificados demonstram seu potencial para aprimorar o atendimento, tornando-se uma estratégia viável a ser replicada para as demais unidades de saúde.

Embora este estudo tenha sido conduzido em um contexto específico, suas conclusões oferecem subsídios valiosos para o aprimoramento do atendimento à demanda espontânea em UBS de outros municípios. Estudos futuros que integrem a percepção de usuários e gestores podem ampliar a compreensão das práticas na Atenção Primária à Saúde, fortalecendo a capacidade de resposta às demandas da população de forma mais equitativa e resolutiva.

## REFERÊNCIAS

- ABBÊS, Claudia; MASSARO, Altair. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 200 p.
- AMORIM, Danilo Aquino; MENDES, Aquilas. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care**, [S. l.], v. 12, p. 1–20, 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2. ed. Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Cadernos de Atenção Básica, v. I, n. 28, p. 1-62, 2013.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, v. II, n. 28, p. 1-292, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 22 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017.
- BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569–3578, nov. 2010.
- BRUNOZI, N. A. et al. Grupo terapêutico em saúde mental: percepção de usuários na atenção básica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, p. e20190008, 2019.

COSTA, Samuel Trezena et al. A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Atenção Primária à Saúde**, [S.l.], v. 22, n. 2, p. 163-171, 2020.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online]. 2015, v. 39, n. 105, pp. 514-524.

DAMACENO, Adalvane Nobres et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 10, p. e14, 2020. DOI: 10.5902/2179769236832.

DAMASCENA, Dhuliane Macêdo; VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do. Tipologias da precarização do trabalho na atenção básica: um estudo netnográfico. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00273104, 2020.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 123-132, jan. 2018.

DUARTE, Lindecy Pereira de Araújo et al. Contribuição da escuta qualificada para a integralidade na Atenção Primária. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 8, n. 3, set. 2017. p. 414-429.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. **EPSJV**, 2007.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345–353, abr. 1999.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schulter Buss et al. Círculo de cultura na atenção primária: diálogos com gestores sobre promoção da saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 58, p. e20230420, 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Limoeiro - PE | Cidades e Estados.

LIMA, Cássio de Almeida et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, 2019 Jan-Dez, v. 14, n. 41, p. 19001.

MATUMOTO, Silvia. **O Acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, Kênia Souto et al. Avaliação da infraestrutura das unidades de saúde da família e equipamentos para ações na atenção básica. **Cogitare Enfermagem** (Online), v. 22, n. 2, p. 01-10, 2017.

MOURA, Ricardo Amorim de et al. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. Physis: **Revista de Saúde Coletiva** (Online), v. 32, n. 1, p. e320103, 2022.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo. A importância da humanização a partir do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis** (Online), v. 1, n. 1, jan./jun. 2008.

PEREIRA, Reobbe Aguiar; COELHO, Camila Ferreira Cruz. Implantação do acolhimento com classificação de risco na rede hospitalar e seu impacto na atenção primária à saúde. **Revista Extensão** (Online), v. 3, n. 1, p. 179-183, 2019.

ROSSANEIS, Mariana Angela et al. Caracterização do atendimento após implantação do acolhimento, avaliação e classificação de risco em hospital público. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 13, n. 4, p. 648-56, dez. 2011.

SILVA, Elzilane Rocha. **Diretrizes para a consolidação do acolhimento no âmbito da atenção primária à saúde**. 2010. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

SOMBRA NETO, Luis Lopes et al. Demanda espontânea na atenção primária: avaliação de médicos. **Cadernos ESP**, Fortaleza-CE, Brasil, v. 16, n. 2, p. 34–39, 2022.

SOUSA, Allan Nuno Alves de; SHIMIZU, Helena Eri. Como os brasileiros acessam a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 08, p. 2981-2995, 2021.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** (Online), v. 5, n. 4, p. 493–503, out. 2005.

SPERONI, Angela Vasconi; MENEZES, Rachel Aisengart. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**(Online), v. 22, n. 4, p. 380–385, out. 2014.

XAVIER, Danilo Pereira et al. Educação permanente em interprofissionalidade e prática colaborativa na Atenção Básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**(Online), v. 13, n. 1, p. e15286, 2024.

YIN, Robert Kuo-zuir. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### Dados de Identificação

---

Entrevistado(a)

- Nome:
- Idade:
- Raça/cor:
- Escolaridade:
- Função/Cargo:
- Formação profissional (graduação/pós graduação):
- Tempo de atuação na atenção básica:
- Tempo de atuação na unidade:

### Entrevista

---

- 1) Como se dá a organização do fluxo de atendimento à demanda espontânea na unidade?
  - Há um sistema de triagem? se sim, como funciona a triagem na unidade? qual é o critério de prioridade utilizado?
  - Qual profissional é o responsável pela triagem inicial?
  - Existe fila de espera? Como é gerenciada? Qual o tempo médio de espera para atendimento?
- 2) Como os profissionais se dividem na responsabilidade pelo atendimento à demanda espontânea?
  - Há escalas específicas para o atendimento à demanda espontânea?
  - Existe algum tipo de rodízio entre os profissionais?
- 3) Quais são os principais motivos de busca por atendimento à demanda espontânea na unidade?
- 4) Quais os tipos de encaminhamentos mais comuns para casos de demanda espontânea?
- 5) Quais são as principais dificuldades que você ou a unidade enfrenta no atendimento à demanda espontânea?

- Alta demanda? fragmentação do fluxo de atendimento? falta de comunicação entre os profissionais? falta de recursos humanos? falta de recursos físicos e materiais?
- 6) Na sua opinião, quais estratégias poderiam ser utilizadas para ampliar a resolução da demanda espontânea na unidade?
- criação de protocolos ou guias de conduta? capacitação dos profissionais? aumento do número de profissionais? melhoria da comunicação entre a equipe?

### **Considerações finais**

Agora se encaminhando para o final da entrevista, você gostaria de acrescentar mais alguma outra informação? Alguma coisa que eu não tenha perguntado e que você acharia interessante de pontuar?

**ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTO**

Eu \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_,  
RG \_\_\_\_\_, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Fabiana de Oliveira Silva Sousa e Leandro Alexandre de Moura Cruz Júnior responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado **“Análise sobre a organização do atendimento à demanda espontânea em unidades básicas de saúde do município de Limoeiro-PE”** a realizar as fotos/filmagem que se façam necessárias e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos/imagens (seus respectivos negativos) e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N° 3.298/1999, alterado pelo Decreto N° 5.296/2004).

\_\_\_\_\_, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal CPF e IDT (Caso o entrevistado seja menor - incapaz)

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável pela entrevista