

RICARDO AMORIM DE MOURA

**O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS
NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Viçosa como
parte das exigências do Programa de
Pós-Graduação em Ciências da
Saúde, para obtenção do título de
Magister Scientiae.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2019

**Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Câmpus Viçosa**

T

M929a
2019 Moura, Ricardo Amorim de, 1981-
O atendimento à demanda espontânea : percepção de
médicos no contexto da estratégia saúde da família / Ricardo
Amorim de Moura. – Viçosa, MG, 2019.
viii, 44 f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Orientador: Bruno David Henriques.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Acolhimento nos serviços de saúde. 2. Acesso aos
serviços de saúde. 3. Cuidados médicos - Avaliação de
necessidade. 4. Família - Saúde e higiene. 5. Minas Gerais.
I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento de Medicina e
Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ciências da
Saúde. II. Título.


CDD 22 ed. 362.1098151

RICARDO AMORIM DE MOURA

**O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA: PERCEPÇÃO DE MÉDICOS NO
CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 25 de junho de 2019.



Beatriz Santana Caçador



Débora Carvalho Ferreira
(Coorientadora)



Bruno David Henriques
(Orientador)

A todos que integram a Atenção Primária a Saúde, profissionais de saúde e usuários. Que consigamos em coletivo aprimorar continuamente a maneira como entendemos e produzimos “saúde”.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela constante presença trazendo força, proteção, saúde e paz.

A minha esposa Carla por todo amor, apoio e compreensão.

A minha família pelo amor e suporte infinito.

A Universidade Federal de Viçosa (UFV) e ao Departamento de Medicina e Enfermagem (DEM), pelo aprimoramento profissional gerado com o curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

A Prefeitura Municipal de Viçosa e Secretaria de Saúde de Viçosa, pelo apoio durante a realização desta pesquisa.

Ao meu orientador Bruno David e co-orientadora Débora Carvalho, ambos, pela companhia durante essa trajetória, fornecendo atenção, paciência e abdicando do seu tempo para generosamente compartilhar seus conhecimentos, permitindo meu aprimoramento profissional.

Aos amigos do DEM, durante toda essa trajetória foram inúmeras as vezes que recorri e recebi ajuda dos profissionais que trabalham no departamento.

Aos residentes de Medicina de Família e Comunidade e aos acadêmicos de medicina, pelo apoio durante essa trajetória.

A todos que estiveram comigo nessa caminhada.

Essa vitória é nossa.

“É junto dos bão que nós fica mió”

Guimarães Rosa

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
APRESENTAÇÃO	viii
1 INTRODUÇÃO GERAL	1
2 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	8
3 OBJETIVO	11
3.1 Objetivo geral	11
4 PRODUTO FINAL	12
4.1 Artigo	12
5 CONCLUSÕES GERAIS	41
ANEXO A - Aprovação do projeto de CEP-UFV	42
ANEXO B- Comprovante de submissão do Artigo	43
ANEXO C- Termo de consentimento livre esclarecido	44

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde
APS: Atenção Primária à Saúde
CEPH: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres
CNS: Conselho Nacional de Saúde
DE: Demanda Espontânea
ESF: Estratégia de Saúde da Família
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M: Médico
MG: Minas Gerais
MFC: Medicina de Família e Comunidade
OMS: Organização Mundial de Saúde
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PNH: Política Nacional de Humanização
PSF: Programa de Saúde da Família
SUS: Sistema Único de Saúde
TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS: Unidade Básica de Saúde
UFV: Universidade Federal de Viçosa

RESUMO

MOURA, Ricardo Amorim de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, junho de 2019. **O atendimento à demanda espontânea: percepção de médicos no contexto da Estratégia Saúde da Família.** Orientador: Bruno David Henriques. Coorientadoras: Débora Carvalho Ferreira e Patrícia de Oliveira Salgado.

A Estratégia de Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Primária a Saúde (APS) é recente no histórico do Sistema Único de Saúde, demandando muitos desafios. O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção do médico no contexto da saúde da família em relação ao atendimento à demanda espontânea. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um município do interior do estado de Minas Gerais, através de entrevista aberta orientada por roteiro semi-estruturado com 15 médicos da ESF e os dados coletados foram analisados conforme o método análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram para dois eixos temáticos de análise: a importância do acolhimento e o equilíbrio do acesso entre demandas espontâneas e programáticas. Portanto, a utilização de ferramentas individuais como capacitação, sensibilização e estimulação do protagonismo de cada profissional reverberam no coletivo da equipe. Assim, realização do acolhimento e garantia do acesso ao usuário, através da reorganização do processo de trabalho e equilíbrio entre a demanda espontânea e programada, são fundamentais para a consolidação da APS.

ABSTRACT

MOURA, Ricardo Amorim de, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, June, 2019. **O atendimento à demanda espontânea: Percepção de médicos no contexto da Estratégia Saúde da Família.** Adviser: Bruno David Henriques. Co-Advisers: Débora Carvalho Ferreira and Patrícia de Oliveira Salgado.

The Family Health Strategy as a strategy for reorienting Primary Health Care (PHC) is a recent one in the history of the Unified Health System, which demands many challenges. The present study aims to understand the physician's perception in the context of family health in relation to spontaneous demand. This is a qualitative research carried out in a municipality in the interior of the state of Minas Gerais, through an open interview guided by a semi-structured script with 15 physicians of the FHS and the data collected were analyzed according to the method of content analysis of Bardin. The results pointed to two thematic axes of analysis: the importance of reception and the balance of access between spontaneous and programmatic demands. Therefore, the use of individual tools such as training, sensitization and stimulation of the protagonism of each professional reverberates in the collective of the team. Thus, accomplishment of the reception and user guarantee access, through the reorganization of the work process and balance between spontaneous and programmed demand, are fundamental for the consolidation of PHC.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação foi elaborada de acordo com as normas estabelecidas pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Viçosa – UFV. O corpo do trabalho compreende uma introdução geral, objetivo geral e um artigo. O artigo intitulado “**O atendimento à demanda espontânea: Percepção de médicos no contexto da Estratégia Saúde da Família**” foi formatado de acordo com as normas da Physis: Revista de Saúde Coletiva (Qualis B1 – Medicina), para a qual o artigo foi submetido.

1 INTRODUÇÃO GERAL

O Reino Unido em 1920 publicou o Relatório Dawson, considerado um marco da Atenção Primária à Saúde (APS) como forma de organização dos sistemas de saúde, sendo este relatório uma influência direta para a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948. No contexto apresentado, surgiu na Inglaterra uma rede de saúde, que passou a ser vista como modelo de reorganização de serviços para vários países em todo o mundo. A APS funciona como a porta de entrada, garantindo acesso ao usuário, e sendo também um local resolutivo e quando fosse necessário, havendo a retaguarda da atenção secundária e terciária. (PORTELA, 2017; LAVRAS, 2011).

Nos países europeus, o termo APS refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato com resolução significativa das demandas. A Estratégia Saúde da Família (ESF), seria um meio de reformar e fortalecer a APS. Com objetivo de efetivar a porta de entrada e realizar o acesso de forma satisfatória, atendendo as demandas primordiais da população (GIOVANELLA, 2006; STARFIELD, 2002). Desde a sua inserção a APS, vem se transformando e se consolidando diante de contexto cultural social, político e econômico, e também de acordo com as mudanças que envolvem a época (tempo) e os atores envolvidos (STARFIELD, 2002).

Partindo do histórico da implantação da APS na Europa, passaram-se mais 30 anos após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e é necessário contextualizar fatos prévios da trajetória nacional brasileira.

Na década de 1970 nasce o Movimento Sanitário, com a defesa de que a reforma do sistema de saúde brasileiro deveria partir de um conceito mais amplo

dos problemas em saúde e que também abordasse o contexto sócio econômico nacional no que tange as doenças (VIACAVA, 2018; ESCOREL, 2008; GERSCHMAN, 2004).

A Constituição Federal em 1988 através da lei 8.080 originou o SUS, iniciando as concretizações das reivindicações da Reforma Sanitária. Existia uma proposta de reorganização dos serviços e das ações de saúde até então vigentes. Assim, o cidadão brasileiro passa a ter direito e acesso ao serviço de saúde. O SUS apresenta como princípios éticos (doutrinários): universalização, integralidade e equidade e como princípios organizacionais (operativos) : descentralização, regionalização, hierarquização, participação social, resolubilidade e complementariedade do setor privado. Em 1990 através da lei 8.142, instituiu o direito da participação social e comunitária por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (NORONHA, 2008).

Com o SUS, o sistema passou por uma reforma estrutural: a mudança de um modelo bismarckiano de seguro social que cobria menos de 50% da população para um modelo beveridgeano semelhante ao modelo britânico, cobrindo toda a população. (PINTO, 2018). Estabeleceu-se uma nova relação entre o Estado e a sociedade civil em prol do acesso pleno aos serviços e na busca de um novo padrão de cidadania (ELIAS, 2004).

A APS é a porta de entrada, o primeiro contato dos cidadãos brasileiros ao SUS. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), estima-se que o Brasil tenha atualmente mais de 207 milhões de habitantes e conforme descrito na constituição de 1988 a saúde é um direito de todos e dever do estado (BRASIL, Constituição, 1988).

No Brasil, a partir da década de 90, começa a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), que entre seus objetivos visava a ampliação e superação do modelo biomédico, com uma atuação multi e interdisciplinar, agregando ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação fundamentadas e organizadas pelos princípios do SUS.

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é uma especialidade médica com foco na APS e, por isso, é considerada estratégica na conformação do sistema de saúde. Cabe à MFC, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada, da saúde individual e coletiva, cuidando dos usuários adscritos de acordo com um território delimitado (GUSSO *et al.*, 2019). Portanto, esse campo do conhecimento é um componente primordial da APS.

No Brasil, a necessidade da constituição de redes integradas e sistemas funcionais de atenção à saúde tem sido motivo de intenso debate político e acadêmico. O atendimento oferecido continuamente pelos serviços de saúde, são direcionados à resolução da maioria das necessidades (queixas agudas e/ou crônicas, emergenciais ou eletivas), compondo assim, os serviços de atenção primária (MENDES, 2011).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (PNAB, 2017). O serviço prestado considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde. Também tem como meta o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando o acesso à população. Horários alternativos e ampliados de funcionamento podem ser pactuados, através das instâncias de participação social, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga horária mínima (PNAB, 2017).

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolubilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se: população adstrita por ESF de 2.000 a 3.500 pessoas. A ESF deve ser composta no mínimo: médico e enfermeiro (preferencialmente especialista em Saúde da Família e Comunidade), auxiliar e/ou técnico de enfermagem; Agente Comunitário de Saúde (ACS) (PNAB, 2017).

A ampliação do programa não foi acompanhada pelo aumento de profissionais de saúde com treinamento e capacitação adequados para assumir as responsabilidades exigidas para a sustentação do programa. Os profissionais que compunham a equipe foram instruídos a seguir cartilhas de saúde, com protocolos diagnósticos e terapêuticos delimitados, aliados a muitas metas a se cumprir. Era necessário mais instruções, ferramentas ou estratégias sobre como lidar com os usuários que dirigiam-se até a unidade. Entender suas necessidades pois muitos compareciam a unidade sem agendamento prévio, movimento denominado demanda espontânea (TESSER, 2010).

O reorganização do processo de trabalho, envolvendo os profissionais de saúde, sensibilizando e capacitando-os torna-se fundamental, para que a ESF efetive-se como porta de entrada, garantindo o acesso tanto da demanda

espontânea quanto a demanda programada. Buscar estratégias para equilibrar essas demandas é um desafio para a APS (NORMAN, 2015).

De acordo com o dicionário Aurélio (2004) o significado de demanda vem do ato de ir em busca, dirigir-se para, pedir, ou seja, a demanda espontânea pode ser entendida como a procura por ajuda diante de uma necessidade e/ou fragilidade por algo.

Diante de um contexto de demanda surge a proposta do Acolhimento trazida pela Política Nacional de Humanização (PNH, 2006). O acolhimento seria uma alternativa de modificar e harmonizar a maneira de como equipe de saúde e usuário se relacionariam no primeiro contato. Então, buscar formas de acolher a demanda, organizar o processo de trabalho e redirecionar o modelo biomédico de saúde começa a fazer parte do cotidiano da APS (BARALDI e SOLTO, 2010).

A população encontra-se inserida direta ou indiretamente nos serviços e é responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde e de todos os pontos de atenção da rede de serviços a prática de acolhimento. Porém, por causas multifatoriais como: desorganização do processo de trabalho, excesso de usuários adscritos, falta de instrumentos para esse atendimento, dentre outros, o acolhimento e a resolubilidade em relação ao atendimento da demanda espontânea tendem a ficar prejudicados. A ESF deve buscar o equilíbrio entre o atendimento dessa demanda espontânea e da demanda programada (MENDES, 2012). Segundo Tesser (2010), o acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no SUS, de ser a principal “porta de entrada” do sistema.

Garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial fazem parte da rotina do Médico de Família e Comunidade (MFC) e buscar estratégias para vencer estes desafios diários são fundamentais para a construção e manutenção de uma APS robusta.

De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019:

Atenção por demanda espontânea: implica avaliação da demanda no momento em que o usuário busca o serviço de APS e o subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica. Atenção por demanda programada: demandas que podem ser agendadas de forma eletiva, sem caráter de urgência (GUSSO G. *et al.*, 2019, p. 38)

O acesso avançado ou acesso aberto surge como uma proposta de não postergar a atendimento, reduzindo o tempo de espera, com o lema “faça hoje o trabalho de hoje” (MURRAY, 2000). Como forma de avaliar a qualidade do acesso usa-se como medidas, o acesso oportuno (o cliente consegue resolver a sua necessidade o mais rápido possível) e a continuidade do cuidado (o cliente terá um profissional referência para contactar em caso de necessidade) (BALASUBRAMANIAN, (2014); ROCHA, (2016); PEREIRA, (2018).

Wollmann *et al*, (2014) nos oferece ferramentas que auxiliam o enfrentamento destes desafios, como a ressignificação da agenda tornando-a aberta e acessível a comunidade, organização dos fluxos de atendimento, a ampliação do horário de atendimento, envolvimento e sensibilização de todos os membros da equipe sobre a importância de adequar os serviços prestados de acordo com as necessidades da comunidade adscrita.

Considerando que o atendimento à demanda espontânea é um dos problemas mais proeminentes da organização do processo de trabalho no contexto da saúde da família, surge a inquietação em relação à percepção dos médicos sobre o atendimento a demanda espontânea. Assim, questiona-se: qual a

percepção dos médicos que atuam na saúde da família sobre o atendimento à demanda espontânea? Dessa forma, com a realização desta pesquisa almejamos ampliar o conhecimento sobre a percepção dos médicos sobre o atendimento à demanda espontânea, contribuindo para reorganização do processo de trabalho nas ESFs e para o entendimento e melhoria da qualidade do cuidado prestado as famílias acompanhadas na cidade.

2 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E.R. et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.

ALVES, V.S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BALASUBRAMANIAN, H. et al. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. **Health Care Manag. Sci.**, v. 17, p. 31-48, 2014. Disponível em: <https://people.umass.edu/hbalasub/HCMS_SebastianDai_Accepted.pdf> Acesso em: jan.2019

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, 2011. Disponível em: <<https://nepas.emnuvens.com.br/abcs/article/view/69/67>> Acesso em: 01 de dezembro 2018

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. 5ª edição. Lisboa: Edições 70, 2008

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, 2017. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em : Jan. 2019.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS material de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

ELIAS, P. E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo em perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 41-46, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24777.pdf>> . Acesso em 10 de abril 2019.

ESCOREL, S. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária**. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2008. p. 385-434.

FERREIRA, D.C.; SILVA, G.A. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p.3087-3098,2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n11/3087-3098/pt>> . Acesso em : 15 de outubro 2018.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 388-394, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n2/388-394/pt>. Acesso em 09 de julho de 2018.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 951-963, 2006. Disponível em : <https://www.scielo.org/pdf/csp/2006.v22n5/951-963/pt>. Acesso em: 11 de novembro de 2018.

GUSSO G., LOPES J.M.C., Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HOLANDA FERREIRA, A. B. et al. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6 ed; Positivo, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativa da população**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> >. Acesso em 24 setembro 2018

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. Disponível em : <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>. Acesso em: 25 janeiro 2019.

Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. **Fam Pract Manag**. 2000;7(8):45-50

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Mendes, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, p. 47 , 2010.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n3/621-626/pt> >. Acesso 10 de julho de 2018.

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015.

Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 435-472. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=Is0VBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA15&dq=POL%C3%8DTICAS+E>

[+SISTEMAS+DE+SA%C3%9ADE+NO+BRASIL.+Giovanella+L,+Escorel+S,+Lobato,+LVC,+Noronha+JC,+Carvalho+Al,+organizadores.+2a+Ed.+Rio+de+Janeiro:+Editora+Fiocruz/Centro+Brasileiro+de+Estudos+de+Sa%C3%BAde%3B+2012.+1100p&ots=BQs3heyWo4&sig=uV_zetAgkqxFkdyzMe4XfULDTFo#v=onepage&q&f=false>](#). Acesso em: 28 de janeiro 2019.

PEREIRA, N. V.S. **A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184325/001078387.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em : jan.2019.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em : <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt>>. Acesso em: 26 de janeiro 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, p. 255-276, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2017.v27n2/255-276/pt>>. Acesso em 28 janeiro 2019.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S.C.M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 87-111, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n1/87-111/pt>>. Acesso em : jan.2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2004.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3615-3624, 2010.

VIACAVA, F.et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n6/1751-1762/pt>>. Acesso em 26 de janeiro 2019.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. Disponível em: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritibaCartilhaAcessoAvancado_2014-0605.pdf>. Acesso em: fev.2019.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo geral

Compreender a percepção de médicos que trabalham na ESF sobre o atendimento a demanda espontânea, em um município do interior do estado de Minas Gerais.

4 PRODUTO FINAL

4.1 ARTIGO

ATENDIMENTO A DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PRÁTICAS E REFLEXÕES DE UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO

ATTENDANCE TO SPONTANEOUS DEMAND IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: PRACTICES AND REFLECTIONS IN UNDER CONSTRUCTION PROCESS

Ricardo Amorim de Moura¹, Beatriz Santana Caçador¹, Débora Carvalho Ferreira¹,
Bruno David Henriques¹

1-Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Departamento de Medicina e Enfermagem - Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

Autor de correspondência: Ricardo Amorim de Moura, Avenida Peter Henry Rolfs, s/n Campus Universitário, Departamento de Medicina e Enfermagem, Viçosa, Minas Gerais. E-mail: ricardo.amorim.moura@gmail.com

Artigo submetido em: 17 de Junho de 2019

RESUMO:

“Atendimento a demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção”

A Estratégia de Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Primária a Saúde (APS) é recente no histórico do Sistema Único de Saúde, demandando muitos desafios. O presente estudo tem como objetivo compreender a percepção do médico no contexto da saúde da família em relação ao atendimento à demanda espontânea. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada em um município do interior do estado de Minas Gerais, através de entrevista aberta orientada por roteiro semi-estruturado com 15 médicos da ESF e os dados coletados foram analisados conforme o método análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram para dois eixos temáticos de análise: a importância do acolhimento e o equilíbrio do acesso entre demandas espontâneas e programáticas. Portanto, a utilização de ferramentas individuais como capacitação, sensibilização e estimulação do protagonismo de cada profissional reverberam no coletivo da equipe. Assim, realização do acolhimento e garantia do acesso ao usuário, através da reorganização do processo de trabalho e equilíbrio entre a demanda espontânea e programada, são fundamentais para a consolidação da APS.

Palavras-chave: Atenção Primária a Saúde, Demanda espontânea, Acolhimento

ABSTRACT:

**Attendance to spontaneous demand in the Family Health Strategy:
practices and reflections in under construction process**

The Family Health Strategy as a strategy for reorienting Primary Health Care (PHC) is a recent one in the history of the Unified Health System, which demands many challenges. The present study aims to understand the physician's perception in the context of family health in relation to spontaneous demand. This is a qualitative research carried out in a municipality in the interior of the state of Minas Gerais, through an open interview guided by a semi-structured script with 15 physicians of the FHS and the data collected were analyzed according to the method of content analysis of Bardin. The results pointed to two thematic axes of analysis: the importance of reception and the balance of access between spontaneous and programmatic demands. Therefore, the use of individual tools such as training, sensitization and stimulation of the protagonism of each professional reverberates in the collective of the team. Thus, accomplishment of the reception and user guarantee access, through the reorganization of the work process and balance between spontaneous and programmed demand, are fundamental for the consolidation of PHC.

Key words: Primary Health Care, Spontaneous Demand, Reception

INTRODUÇÃO

O significado de demanda de acordo com o Dicionário Aurélio (2004), vem do ato de buscar, dirigir-se para, ou seja a Demanda Espontânea (DE) pode ser entendida como a procura por ajuda em caso de necessidade e/ou fragilidade por algo. Diante de um contexto de demanda, surge a proposta do Acolhimento trazida pela Política Nacional de Humanização (PNH, 2006). O acolhimento seria uma alternativa de modificar e harmonizar a maneira de como equipe de saúde e usuário se relacionariam no primeiro contato. Então, buscar formas de acolher a demanda, organizar o processo de trabalho e redirecionar o modelo biomédico de saúde começa a fazer parte do cotidiano da APS (BARALDI e SOLTO, 2010).

A população encontra-se inserida direta ou indiretamente nos serviços e é responsabilidade de todos os trabalhadores de saúde e de todos os pontos de atenção da rede de serviços a prática de acolhimento. Porém por causas multifatoriais como: desorganização do processo de trabalho, excesso de usuários adscritos, falta de instrumentos para esse atendimento, dentre outros, o acolhimento e a resolubilidade em relação ao atendimento da demanda espontânea tendem a ficar prejudicados. A Estratégia Saúde da Família (ESF) deve buscar o equilíbrio entre o atendimento dessa demanda espontânea e da demanda programada (MENDES, 2012). Segundo Tesser (2010), o acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propõe-se a trabalhar a demanda espontânea, ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS), de ser a principal “porta de entrada” do sistema.

Garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial fazem parte da rotina do Médico de Família e Comunidade (MFC) e buscar estratégias para vencer estes desafios diários são fundamentais para a construção e manutenção de uma APS robusta.

De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, 2019:

Atenção por demanda espontânea: implica avaliação da demanda no momento em que o usuário busca o serviço de APS e o subsequente atendimento pelo membro da equipe mais adequado, em tempo condizente com a situação clínica. Atenção por demanda programada: demandas que podem ser agendadas de forma eletiva, sem caráter de urgência (GUSSO G. et al., 2019, p. 38).

O acesso avançado ou acesso aberto surge como uma proposta de não postergar a atendimento, reduzindo o tempo de espera, com o lema “faça hoje o trabalho de hoje” (MURRAY, 2000). Como forma de avaliar a qualidade do acesso usa-se como medidas, o acesso oportuno (o cliente consegue resolver a sua necessidade o mais rápido possível) e a continuidade do cuidado (o cliente terá um profissional referência para contactar em caso de necessidade) (BALASUBRAMANIAN, (2014); ROCHA, (2016); PEREIRA, (2018).

WOLLMANN et al, (2014) nos oferece ferramentas que auxiliam o enfrentamento destes desafios, como a ressignificação da agenda tornando-a aberta e acessível a comunidade, organização dos fluxos de atendimento, a ampliação do horário de atendimento, envolvimento e sensibilização de todos os membros da equipe sobre a importância de adequar os serviços prestados de acordo com as necessidades da comunidade adscrita.

Considerando a importância de todos os membros da equipe na construção conjunta do processo de trabalho para organização do atendimento a demanda, foi escolhido um recorte de trabalhar com os profissionais médicos, devido a própria realidade do autor da pesquisa, que, sendo da área médica, tinha

inquietações sobre a forma que a organização do trabalho relacionado a demanda era trabalhado em sua realidade.

Portanto, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos médicos que trabalham na ESF num município do interior do estado de Minas Gerais (MG) sobre o atendimento à demanda espontânea em seu cotidiano de trabalho, para que com essa reflexão seja possível contribuir com o aprimoramento dos processos de trabalho individual e em equipe.

Trajetória Metodológica

Desenho do Estudo

Para compreender a percepção dos médicos que trabalham nas ESFs foi escolhido o método de investigação qualitativo, pois através deste desenho é possível almejar o entendimento da percepção humana, suas angústias, suas relações e sua subjetividade sobre a realidade que o circunda (FERREIRA, 2012). Segundo MINAYO (2010), através da pesquisa qualitativa pode-se englobar os vários tipos de investigação que tratam do ser humano em sociedade, de relações e instituições, de sua história e de sua produção simbólica. Considerando que o tema a ser investigado possui um campo de múltiplas variáveis humanas envolvidas, opta-se por este tipo de investigação pela possibilidade de alcançar níveis de entendimento de subjetividade inerente ao processo.

Local de Estudo

O estudo foi realizado em município do interior do estado de Minas Gerais e apresenta uma população de 72.220 pessoas de acordo com o Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2010). O município possui 18 equipes com uma cobertura aproximada de 70% de ESF.

Coleta de Dados

A coleta foi realizada nos meses de Agosto e Setembro de 2018. Os dados foram levantados por meio entrevista aberta orientada por roteiro semi-estruturado, realizada pelo pesquisador com o médico que trabalha em cada ESF.

Antes de iniciar a entrevista com cada profissional, houve uma breve explicação sobre o projeto e sobre o caráter voluntário da sua participação. Caso o médico estivesse de acordo com a participação, foi solicitado a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando todos os requisitos da Resolução 466/2012.

A entrevista foi aberta e norteada pela seguintes questão deflagradora: *“Qual a sua percepção como médico sobre o atendimento da demanda espontânea na sua ESF?”* As falas foram gravadas e transcritas na íntegra e posteriormente organizadas e analisadas.

Análise de dados

Foi utilizado o método análise de conteúdo (BARDIN, 2011). O material coletado foi analisado seguindo as três etapas da análise de conteúdo:Pré-análise: fase inicial de organização do material, onde ocorre a leitura flutuante, escolha do que será analisado, criação das hipóteses. Exploração do material : fase de lapidação do material coletado. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação das entrevistas. (MOZZATO, 2011). As falas utilizadas para compor a

discussão deste artigo são identificadas pela letra “M” (Médico) seguida de numeral arábico de forma a preservar a identidade dos entrevistados.

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal Viçosa (CEPH-UFV), conforme protocolo n° 038734/2018 seguindo as orientações da resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

É importante contextualizar que no mês de julho de 2018, a Secretaria de Saúde do município iniciou uma sensibilização com as equipes sobre o acolhimento que demonstrou impactos importantes nas falas dos entrevistados. Apesar do estudo ter sido delineado antes de qualquer perspectiva desta intervenção da Secretaria de Saúde sobre as equipes, a mesma, no período próximo que aconteceram as entrevistas, foi um fator que claramente influenciou a fala de alguns profissionais.

Tabela 1: Perfil dos médicos participantes , 2018.

Entrevistado	Gênero	Idade (anos)	Tempo de graduação em medicina (meses)	Especialização	Tempo de trabalho na APS (meses)	Tempo de trabalho da ESF atual (meses)
M1	feminino	26	18	—	18	18
M2	feminino	26	20	—	17	13
M3	feminino	36	92	Clínica medica e MFC	64	13
M4	feminino	26	8	—	8	2
M5	feminino	30	26	Preceptorial de residência medica (sírio)	26	26
M6	feminino	28	12	—	10	5
M7	masculino	28	32	PMMB	24	24
M8	masculino	35	80	—	80	12
M9	masculino	41	204	residência MFC	174	90
M10	masculino	25	24	PMMB	19	19
M11	feminino	30	36	ESP psiquiatria	30	24
M12	masculino	68	188	não	168	8
M13	feminino	31	50	medicina do trabalho	50	9
M14	feminino	28	36	—	36	12
M15	masculino	32	96	Provab	42	18

Foram entrevistados 15 médicos, com faixa etária entre 26 e 68 anos, a maioria deles com término recente da graduação em medicina. A tabela abaixo contextualiza os dados em relação ao perfil dos médicos entrevistados.

Após a realização das entrevistas com os médicos, emergiram do material categorias temáticas relevantes para a discussão, as quais, para este artigo, foram elencadas para a discussão:

- Categoria I: A importância do acolhimento
- Categoria II: O acesso: demanda espontânea x demanda programada

Como uma ferramenta ilustrativa e com intuito de enriquecer a discussão, é apresentado antes de cada categoria temática um texto narrativo e pictórico que serve como uma ilustração do tipo de situação cotidiana que transita a realidade dos profissionais da ESF do município, de forma aproximar o leitor, de forma fictícia, à contextualização das práticas das falas dos profissionais. Os textos são de autoria do pesquisador. Tal recurso é utilizado na literatura científica, comumente nos “relatos de casos”, porém neste arranjo, é uma forma de enriquecer o debate proposto.

A Importância do Acolhimento

Caso 1: Um longo caminho...

Segunda-feira, Sr João acordou com diarreia e vômitos. Então, sua esposa dona Maria falou: “vamos ao posto João?”. Ele resistiu, (pois não gostava de médico, não queria perder o dia de trabalho e como moravam longe, seria uma longa caminhada até o posto), mas dona Maria ficou sabendo que recentemente o posto tinha mudado, que estava bom e que eles

estavam atendendo todo mundo agora...então, diante da fala de dona Maria e do mal estar Sr João decidiu ir. No meio do caminho, Sr. João sentiu tontura e pararam umas 3 vezes pra ele descansar.

Chegaram no posto às 9h e foram até a recepção onde estava Lucia (ACS). Dona Maria tentou explicar o ocorrido com o Sr João, mas antes de detalhar, já foi interrompida por Lucia que falou: mas dona Maria, isso são horas de chegar ao posto já são mais de 9 horas, segunda-feira, o posto tá lotado. E dona Maria responde: eu fiquei sabendo que agora acabaram as fichas, e todo mundo que precisar vai ser atendido, principalmente quem tá doente! Lucia se assusta, e lembra que esqueceu de fazer o acolhimento. Vou ver quem é que está no acolhimento hoje e ver se alguém pode olhar ele!

Já eram 10h e nada de atendimento, então dona Maria já nervosa, perguntou novamente pra Lucia o que iria ser feito? Lucia respondeu que ia chamar a enfermeira pra “ver a pressão dele”. A enfermeira Joana falou que estava ocupada e que essa função não era dela. Passou mais um tempo, e Ana que estava fazendo visita domiciliar acaba de chegar no posto. Então, chamou o Sr. João, e avaliou os sinais vitais que estavam alterados. (hipotenso, taquicárdico e desidratado), desesperada Ana chamou a enfermeira Joana. Lucia conversou com o Sr João, e solicitou que ele aguardasse mais um pouco. Joana foi levar o caso até a médica Laura, explicando que tratava-se de uma urgência e pediu ajuda para resolver o caso. Mas porque ele não foi direto para o hospital? Isso é uma urgência! Quem fez a triagem dele, quando ele entrou no posto?

Porque já são 10:55h e ainda faltam 2 pessoas pra atender e o posto vai fechar as 11:00h, e agora já está na hora do intervalo do almoço.. Pessoal temos que arrumar uma forma de organizar o nosso serviço!

... dona Maria ficou sabendo que recentemente o posto tinha mudado, que estava bom e que eles estavam atendendo todo mundo agora...

As entrevistas com os médicos que trabalham nas ESFs foram iniciadas dia 22 de agosto de 2018. No mês de julho de 2018, a gestão municipal deste município do interior de MG, realizou um encontro com os trabalhadores da área da saúde, e o cronograma contemplava: a rede de saúde municipal e o processo de trabalho das ESFs com ênfase no acolhimento. Um dos objetivos deste encontro era conceituar o acolhimento e sensibilizar os participantes da sua importância e inserção de forma efetiva em suas rotinas de trabalho nas ESFs. Esse momento de interação entre gestores e profissionais da ESF, foi observado nas falas dos profissionais de forma bem pontuada, como observado nos seguintes trechos das entrevistas:

“...A gente já melhorou bastante na questão do acolhimento, antes de mandar embora, falar que hoje não tem consulta, esperar pra ver o que a pessoa está buscando...M2).

“...Então, houve uma mudança recente agora em relação ao acolhimento dos pacientes...” (M14)

Os profissionais demonstraram sensibilização com o tema trazido à discussão pela gestão, de forma a trazer termos e condutas apontadas pela gestão como sendo as diretrizes do município, como a questão do acolhimento.

O acolhimento surge como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde, instituído pelo Ministério da Saúde em 2003. A PNH tem uma proposta de colocar em prática os princípios do SUS, apostando na sinergia entre os trabalhadores, usuários e gestores, na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. As diretrizes da PNH incluem o acolhimento, a gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuário (BARBOSA, 2013).

O acolhimento seria uma maneira de reorganizar o processo de trabalho, efetivando o acesso, através da extinção das “fichas”, redução das filas de espera, otimização do tempo, gerando um atendimento humanizado e resolutivo. O princípio da equidade torna-se real, na medida em que prioriza o cuidado de acordo com as necessidades e não com a ordem de chegada (SPERONI, 2014).

O acolhimento é uma ferramenta importante para a efetividade das atividades na unidade. Isso seria materializado com uma recepção gentil, escuta qualificada e sem julgamentos, orientando qual o caminho a seguir, em busca de solução e/ou alívio da angústia/dor/sofrimento, como descrito nas falas:

E dona Maria responde: eu fiquei sabendo que agora acabaram as fichas, e todo mundo que precisar vai ser atendido, principalmente quem tá doente !!!...

... eu acho que atendimento deve ser prioridade de quem precisa mais no momento, então a agenda estando livre, sem ninguém agendado você consegue além de acolher, atender as pessoas que mais precisam ... (M3)

... prover a equidade pra o atendimento da população, sempre dispende mais atenção aqueles que mais precisam... (M15)

O princípio da equidade é destacado, sendo um conceito primordial para oferecer cuidado de acordo com as necessidades dos usuários. Através de uma escuta qualificada promovida pelo acolhimento é possível distinguir e priorizar essas necessidades .

De acordo com o Caderno de Atenção Básica Acolhimento volume 1, 2013; entende-se que as demandas de saúde são construídas socialmente, ou seja, não há uma essência imutável. Embora a infraestrutura física, o processo organizacional e as funções de uma ESF apresentem funções e atributos de acordo com PNAB (2017) e normas do Ministério da Saúde, é nítido que haja peculiaridades de cada ESF de acordo com inúmeros fatores, onde podemos citar: o local onde a ESF está inserida, quais as características da comunidade adscrita, qual a vulnerabilidade desta população (ALMEIDA *et al.*, 2019; GARUZI *et al.*, 2014). Pode-se observar estas contradições nas seguintes opiniões:

<p>... como moravam longe, seria uma longa caminhada até o posto...</p>

... eu faço zona rural, o atendimento na zona rural, lá não tem jeito, lá é demanda espontânea mesmo, lá não tem como estipular ficha , então lá se chega 30 tem que atender 30... (M13).

Às vezes chegam muitos pacientes no dia e a gente sabe que a gente precisa realizar o acolhimento destes pacientes, precisa orientar, se ele não obtiver o atendimento médico naquele dia, pedir pra ele retornar no próximo dia se ele não tiver nenhum sinal de alarme, agendar uma consulta e, atualmente eu não estou tendo essa triagem, essa pré-consulta (M1).

Verifica-se nas falas anteriores que cada ESF apresenta uma pressão assistencial distinta, e é fundamental traçar um diagnóstico situacional, criando estratégias direcionadas para organizar melhor o processo de trabalho da equipe, originando um fluxo que otimize este atendimento (RIBEIRO,2012).

Exercer o acolhimento surge como uma competência que engloba todos os atores da equipe. É essencial que o vínculo com o usuário possa ser estabelecido com os diferentes profissionais que trabalham na ESF (COUTINHO, 2015).

...Lucia se assusta, e lembra que esqueceu de fazer o acolhimento.

... Porém eu penso que existe muita resistência da própria equipe, pra fazer a mudança ... (M4)

... nós também tínhamos uma equipe que não era equipe, as pessoas trabalhavam individualmente a gente não tinha um trabalho em grupo... (M6)

Percebe-se uma certa insatisfação nos relatos acima, e é importante destacar que cada membro da equipe terá suas responsabilidades definidas de acordo com o cargo que executa na ESF, mas que o acolhimento pode ser executado por todos, respeitando as limitações e competências profissionais individuais (PNAB,2017).

Talvez o fato de vários atores das ESF não terem bem esclarecida quais as suas funções, este pode ser considerado um obstáculo à prática do acolhimento. A limitação técnica de muitos profissionais também entra como um fator desacelerador da sua efetividade. A forma como muitos usuários e outros profissionais da equipe distorcem ou não entendem o funcionamento da ESF achando que seus problemas podem ser resolvidos apenas pelo profissional médico, pode ser justificado por uma cultura alicerçada em um modelo de assistência médica, fragmentado, especializado que ainda prioriza ações curativas em detrimento a ações que envolvam a prevenção e promoção da saúde (CARRAPATO *et al.*, 2018).

A enfermeira Joana falou que estava ocupada e que essa função não era dela.

“...eu sinto falta de maior envolvimento da equipe como um todo, no sentido de melhorar a resolutividade, porque não precisa tudo ser encaminhado pro médico, muitas coisas podem ser resolvidas por outro membros da equipe, mas isso é um processo difícil ...” (M9)

Diante da fala anterior entende-se que um desafio para concretizar o acolhimento é incentivar o protagonismo de cada ator da equipe, como exemplo podemos citar o profissional da enfermagem através de um modelo que valorize sua competência profissional e reconheça sua autonomia pra realização de uma consulta de acordo com as competências da enfermagem. O modelo hegemônico com centralidade na prática médica, em geral fragiliza este processo que envolve as responsabilidades e o desenvolvimento de competências dos outros profissionais.(COSTA UCHOA et al. 2015).

O acolhimento é essencial para o bom funcionamento da APS, entretanto, como afirmam Junges et al. (2012) e Coutinho et al. (2015), ainda existem pensamentos equivocados em relação ao acolhimento, existindo as vezes um conceito reducionista interpretando acolhimento como sinônimo de triagem, em que de maneira limitada, a necessidade do paciente poderia ser julgada apenas pela avaliação de sinais vitais de forma isolada, de forma a selecionar e encaminhar este usuário com referência nestes sinais.

Quem fez a triagem dele, quando ele entrou no posto?
--

...nós instituímos a triagem , o método de triagem na nossa unidade e a gente trabalha com ela todos os dias tanto de manhã quanto a tarde na tentativa de atender as demandas espontâneas...(M6).

O depoimento acima relata a triagem como sendo parte do cotidiano de trabalho da equipe. Alguns profissionais interpretam triagem como sinônimo de acolhimento, sendo que acolhimento é um conceito mais amplo, abrange uma

escuta qualificada de forma a atender as necessidades do usuário (PENNA, 2014).

Através do acolhimento e da comunicação entre os atores envolvidos é possível interferir nos processos de trabalho em saúde, ressignificando a relação entre a comunidade, usuário/profissional e equipe, de forma a melhorar os vínculos entre os envolvidos e efetivar os serviços oferecidos pela ESF (SCHIMITH, 2011). O acesso é garantido pelo acolhimento, no momento que o usuário, ao entrar na ESF, sua necessidade será ouvida e resolvida de forma imediata ou agendada de acordo com o processo de trabalho vigente.

Pessoal temos que arrumar uma forma de organizar o nosso serviço!!!

...a gente investe o nosso tempo e a nossa energia de forma bem prioritária ao atendimento da DE e isso, influencia o processo de trabalho na medida em que a gente prioriza essa questão, então as reuniões, a gente tem feito instruções sobre o acolhimento, planejado melhor o atendimento a demanda, a ampliação do acesso, e o acolhimento,... o trabalho da recepção, o trabalho dos técnicos de enfermagem... (M15)

Receber, auxiliar, amparar, escutar, confortar, são palavras que podemos usar para conceituar o que é acolher. Introjetar esse conceito, de forma a trazê-lo para a rotina de trabalho da ESF como uma ferramenta de suma importância para a efetivação do acesso é um desafio. Dessa forma, buscar meios de descobrir as fortalezas e fragilidades que permeiam a equipe, com intuito de uni-la, trazendo a superfície idéias e sugestões compartilhadas, para que a execução do

acolhimento aconteça de maneira genuína, beneficiando assim todos os envolvidos.

O Acesso : Demanda espontânea x Demanda programada

Caso 2: Para onde ir?

João e Maria moram na zona rural , eles são casados há 3 anos, e tem uma filha chamada Luiza de 1 ano. Maria trabalha em casa e João trabalha como lavrador, cultivando café. Em meados de maio, após uma semana de chuvas as temperaturas reduziram, trazendo muito frio e infelizmente João adoeceu, apresentando febre, coriza e cefaléia. Por coincidência, no dia seguinte havia uma consulta de puericultura agendada para Luiza na ESF. Eles não tinham carro, mas há cerca de 2 km da sua casa tinha um ponto de ônibus que fazia o trajeto até a cidade, passando próximo a ESF que eles eram adscritos. Então, o dia já amanhecendo, por volta de 5:30h todos se arrumaram, foram andando até o ponto de ônibus, aguardaram cerca de 40 minutos e embarcaram para a cidade. Chegaram a ESF cerca de 9h, a consulta de Luiza estava agendada para as 10h. Ao se apresentarem na recepção, explicaram a situação de João, com o objetivo de conseguir uma consulta médica. A ACS pediu que eles aguardassem, que iam ver se teria como conseguir o atendimento. Passados 10 minutos, voltou com a notícia de que infelizmente não teria como, devido a lotação do dia. Então, Maria perguntou se João poderia consultar no lugar de Luiza já que a criança encontrava-se em ótimo estado de saúde. Mas, infelizmente, a ACS reforçou a negativa, dizendo que aquela manhã estava reservada para as crianças e que para o João deveria ir até o hospital para consultar. Indignado com a situação,

João falou: qual a função deste posto? A gente nunca consegue atendimento, quando precisamos... o jeito é ir lá no prefeito reclamar e ver se consigo ser atendido em outro lugar!

O enfermeiro Paulo ouvindo o desabafo de João, foi até o local e o chamou pra conversar em local privado. Paulo explicou a situação, relatando que infelizmente aquele dia a ESF estava muito cheia devido o grande número de crianças agendadas. Mas perguntou se ele podia ajudar? Após acalmar-se, João aceitou os cuidados, passando por consulta com o enfermeiro, que o orientou sobre um resfriado, possivelmente auto limitado, sugerindo medidas sintomáticas e retorno caso de persistência ou piora dos sintomas. Passado 1 mês, João passou perto da ESF e aproveitou para entrar e agradecer a Paulo, relatando que não precisou ir ao hospital e que deu tudo certo conforme as orientações.

A demanda espontânea é a busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não agendada pelo serviço. Já a demanda programada remete a um caráter eletivo, de acordo com determinado ciclo de vida e com necessidades específicas que o agendamento facilita o acesso. (BRASIL, 2014).

Não existe uma única e melhor forma de dar acesso a demanda espontânea para todos os contextos, ao contrário, há diferentes possibilidades de modelagens que podem permitir um acolhimento eficiente, principalmente ao propiciar vinculação e responsabilização (BRASIL, 2013).

... Ao se apresentarem na recepção, explicaram a situação de João, com o objetivo de conseguir uma consulta médica...

“Eu entendo que eu preciso manter essa demanda espontânea pra ter esse primeiro contato com o paciente, conseguir entender a sua realidade, a queixa daquele momento e atender ele com integralidade pensando em controle de cuidado também. (M1)

O relato acima demonstra o entendimento do médico em relação a importância de dar o acesso ao usuário, ofertando os princípios do SUS.

Rego *et al.* (2018), quando avaliavam a acessibilidade geográfica e econômica na ESF, verificaram que a maioria dos entrevistados avaliou de forma satisfatória, diferenciando-se da acessibilidade organizacional, em que a falta de visitas domiciliares foi um dos indicadores com avaliação regular. Resultados como estes, promovem uma reflexão com objetivo de reorganizar a forma de oferecer os serviços na APS, e rever quais as melhores formas de atender a clientela, gerando maior satisfação e resolução nestes serviços prestados, de maneira mais ágil reduzindo as filas de espera. Essa opinião reforça o entendimento deste profissional:

...aguardaram cerca de 40 minutos e embarcaram para a cidade. O percurso durava cerca 1 hora, devido as condições precárias da estrada...

Essa população precisa de atendimento no momento que ela está adoecida, no momento que ela sente necessidade, que ela quer procurar um médico e ela precisa

ser atendida. E a ESF é o primeiro contato que esse paciente tem, é uma porta de entrada. (M1)

O médico percebe a importância de adequar a prestação de serviço da ESF à necessidade da população.

“Eu acho que quando eu comecei aqui com a demanda espontânea, eu acho que agilizou o trabalho de todos.” (M3)

Através da fala acima, percebe-se que o atendimento da demanda espontânea favorece o processo de trabalho da equipe.

Normam e Tesser (2015), utilizaram como estratégia para operacionalizar mudanças no agendamento o diálogo com a população organizada (Conselho Local de Saúde). Prover o equilíbrio, entre demanda agendada e demanda programada, com agendas para médicos e enfermeiros, com tempo médio pré determinado, sendo que em qualquer dia da semana as duas primeiras de cada turno foram destinadas às demandas espontâneas e o restante do tempo foi reservado a atendimentos agendados, visitas domiciliares (VD), reuniões de equipe e grupos operativos.

...a ACS reforçou a negativa, dizendo que aquela manhã estava reservada para as crianças e que para o João deveria ir até o hospital para consultar ...

“Bom eu acho que a demanda espontânea ela é essencial todos os dias de segunda a sexta lá no posto, eu acho que o PSF ele deve funcionar tanto com a agenda programada quanto com a demanda espontânea.” (M3)

Encontrar um equilíbrio entre as demandas programadas e espontâneas surge como um caminho para dar acesso a população.

Eu cheguei aqui no posto e já tinha todo um sistema montado de consultas agendadas apenas (M4)

Pelo relato acima, a ESF apresenta uma agenda rígida e buscar estratégias para sensibilizar a equipe (capacitação profissional, reunião de equipe) em relação a importância de garantir o acesso é fundamental.

Segundo Ney (2012), problemas de infraestrutura também dificultam a estabilização de profissionais, podemos associar a escassez de recursos, infraestruturas inadequadas e principalmente em municípios menores (do interior) a interferência política na gestão da APS . Alguns participantes apontaram pontos negativos na execução da demanda espontânea como forma de acesso:

...João falou: qual a função deste posto? A gente nunca consegue atendimento, quando precisamos... o jeito é ir lá no prefeito reclamar e ver se consigo ser atendido em outro lugar!!!!...

“...eu vejo a demanda espontânea como mais uma questão de assistência, assistencialismo, não vejo que tem algum afeto, algum impacto na saúde da população, alguma projeção, nada disso... (M8).

“...a minha percepção é que tem se tornado uma coisa tão comum a demanda espontânea que ela tem atrapalhado alguns princípios, que até são princípios do SUS mesmo, por exemplo o princípio da integralidade...(M10)

“...Então a DE no caso a demanda livre eu acho um pouco ruim pro sistema, no caso não seria a demanda agendada a gente não poderia programar, estipular um tempo médio pra cada paciente...(M11)

Foi possível perceber nos depoimentos, contradições em relação ao conceito de demanda espontânea. Com intuito de fortalecer esse conceito e a importância da sua implementação na rotina de trabalho da ESF, uma estratégia seria capacitação sobre o tema (SANTANA,2011).

A facilitação do acesso, a continuidade do cuidado , o atendimento de forma integral ,favorecem a redução de custos e de atendimento desnecessário em serviços secundários, já que a criação de vínculo entre usuários e profissionais de saúde fortalece a adesão ao tratamento e a resolubilidade na APS. (REGO et al. 2018).

...Passado 1 mês, João passou perto da ESF e aproveitou para entrar e agradecer a Paulo, relatando que não precisou ir ao hospital e que deu tudo certo conforme as orientações...

“Em relação a palavra percepção é isso que eu tenho visto da minha unidade, dos colegas que eu conheço também, é eu vejo que quando não tem o atendimento da demanda espontânea ou quando ele é reduzido os problemas da ESF vão ficando maiores, o paciente fica mais insatisfeito por não conseguir ter o primeiro contato, o acolhimento, o acesso ao serviço de saúde.” (M1)

“...porque se a demanda espontânea não é atendida, eles vão sobrecarregar a atenção secundária...(M3)

As falas demonstram a importância de manter o atendimento contínuo à DE, como forma de fortalecer a ESF, demonstrando a sua resolubilidade e evitando a sobrecarga de outros serviços.

Diante das falas anteriores há uma percepção de que o atendimento a demanda espontânea é um tema complexo e que há necessidade de encontrar estratégias para a sua realização. Esse desafio, envolve a organização do processo de trabalho, sensibilização e engajamento da equipe, sendo um processo coletivo, e por isso é de suma importância a participação de todos com intuito de fornecer um atendimento de qualidade ao usuário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela análise dos dados foi possível perceber que o contexto municipal de reorganização do processo de trabalho e incentivo a prática do acolhimento influencia a percepção dos médicos em relação ao atendimento da demanda

espontânea. Evidencia-se que, a partir dessa política de indução municipal, tem ampliado o acesso das pessoas ao serviço de saúde.

As percepções dos médicos em relação ao atendimento da demanda espontânea transitam entre reconhecimento de dimensões positivas e também negativas. Para alguns, a organização do processo de trabalho mediante viabilização de horário para atendimento da demanda espontânea materializa o princípio da equidade. Entretanto, para outros médicos, o atendimento da demanda espontânea tem inviabilizado a concretização do princípio da integralidade.

Foi possível perceber, ainda, fragilidades no reconhecimento, por parte de alguns médicos, da definição de demanda espontânea, sugerindo a necessidade de um processo formativo que respalde as mudanças nos processos de trabalho das equipes.

Por fim, o trabalho em equipe é compreendido como condição fundamental para que o atendimento da demanda espontânea aconteça bem como para que a centralidade da prática médica seja superada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M. Atenção Primária à Saúde: coordenadora do cuidado em redes regionalizadas?. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 80-80, 2016. Disponível em : < <https://www.scielosp.org/article/rsp/2016.v50/80/pt/> > Acesso em : abr. 2019.

ALMEIDA, E. R. de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e180, 2018.

ARAUJO NETO JD, ALBUQUERQUE IMN; LIRA GV; BOSI MLM. **Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos stakeholders**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28(4), e280417, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v28n4/0103-7331-physis-28-04-e280417.pdf>>. Acesso em: jun.2019.

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, 2011. Disponível em: <<https://nepas.emnuvens.com.br/abcs/article/view/69/67>>. Acesso em: dez. 2018.

BARDIN, L. Organização da análise. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, v. 70, 2011.

BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário oficial da União**, 2017. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> Acesso em : Jan. 2019.

Brasil. Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS material de apoio. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL, I. B. G. E. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Censo demográfico**, v. 2010, 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/vicosa/panorama>> . Acesso em: set . 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> . Acesso em: jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf>. Acesso em: set. 2018.

BALASUBRAMANIAN, H. et al. Dynamic allocation of same-day requests in multiphysician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Manag. Sci.*, v. 17, p. 31-48, 2014. Disponível em: https://people.umass.edu/hbalasub/HCMS_SebastianDai_Accepted.pdf Acesso em: jan.2019.

BARBOSA, G.C. *et al.* Política Nacional de Humanização e formação de profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 123-127, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140731/S0034-71672013000100019.pdf?sequence=1> > Acesso em mai. 2019.

CARRAPATO, J. F.L.; CASTANHEIRA, E. R. L.; PLACIDELI, N.. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 518-530, 2018. Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018170012>>. Acesso em : abr. 2019.

CORREA B, Guilherme et al. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a19.pdf>> Acesso em : abr. 2019

COSTA U., Severina A. et al. Acesso potencial à atenção primária em saúde: o que mostram os dados do programa de melhoria do acesso e da qualidade do Brasil?. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 24, p. 1-12, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100304&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> .Acesso em: abr. 2019.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. . Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saude em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042015000200514&script=sci_arttext&tlng=pt> .Acesso em: abr. 2019.

FERNANDES ETP; SOUZA MNL; RODRIGUES SM; **Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário**, Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(1), e290115, 2019. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/physis/v29n1/0103-7331-physis-29-01e290115.pdf> >. Acesso em: jun. 2019.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. Alves. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 3087-3098, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/3087-3098/pt>> Acesso em : out. 2018.

FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 388-394, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csp/2011.v27n2/388-394/pt>> Acesso em: jul. 2018.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, p. 345-353, 1999. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em : abr.2019.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, p. 144-149, 2014.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de saúde pública**, v. 22, p. 951-963, 2006. Disponível em : <https://www.scielo.org/pdf/csp/2006.v22n5/951-963/pt> Acesso em: nov . 2018.

GOMES, L. M. X. et al. Perception of primary care doctors and nurses about care provided to sickle cell disease patients. **Revista brasileira de hematologia e hemoterapia**, v. 37, n. 4, p. 247-251, 2015. Disponível em: <<https://>

www.sciencedirect.com/science/article/pii/S151684841500081X>. Acesso em: mar. 2019.

GUSSO G., LOPES J.M.C., Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque et al. **Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6 ed;Positivo, 2004.

JUNGES, J. R. et al. O discurso dos profissionais sobre a demanda e a humanização. **Saúde e Sociedade**, v. 21, p. 686-697, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2012.v21n3/686-697/pt>> Acesso em : abr. 2019.

LIMA, A. S.; FARAH, B. F.; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M. T. **Análise da prevalência da Síndrome de Burnout em Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Tab. Educ. Saúde. V.16, n.1, p.283 – 304, 2017. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462017005005107&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: mai. 2019.

Mendes, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAYO, M. C. S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde 12ª ed. **São Paulo: Hucitec**, p. 47 , 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, p. 621-626, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n3/621-626/pt>> Acesso em: jul. 2018.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. Revista de Administração Contemporânea, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4>>Acesso em : jun. 2018.

Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000;7(8):45-50

NEY, M. S.; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1293-1311, 2012. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/physis/2012.v22n4/1293-1311/pt>>. Acesso em: mai. 2019

NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 165-179, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S010412902015000100165&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: mai. 2019.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; FARIA, Roberta Souto Rocha; REZENDE, Gabrielli Pinho de. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde?. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014.

PEREIRA, Nayana Vigil da Silva. A implantação do acesso avançado no serviço de atenção primária do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. 2018. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184325/001078387.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em : jan.2019.

RÊGO, A. S. et al. Acessibilidade ao tratamento da hipertensão arterial na estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e20180037.pdf>>. Acesso em: mai. 2019.

RIBEIRO, P. C. et al. Ferramentas para o diagnóstico comunitário de saúde na consolidação da estratégia saúde da família. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, n. 4, p. 161-174, 2012.

ROCHA, S. A.; BOCCHI, S. C. M.; GODOY, M. F. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 87-111, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/physis/2016.v26n1/87-111/pt>> Acesso em : jan.2019.

SANTANA, M. L. Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa Saúde da Família de Pindamonhangaba. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 6, n. 19, p. 133-141, 2011. Disponível em: < <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/163>> Acesso em: Mai. 2019.

SCHIMITH, M. D. et al. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479-503, 2011. Disponível em:< <https://www.redalyc.org/pdf/4067/406756999008.pdf>> Acesso em: Mai 2019.

SPERONI, A.V; MENEZES, R. A. Os sentidos do Acolhimento: um estudo sobre o acesso à atenção básica em saúde no Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, 2014. Disponível em: < https://www.researchgate.net/profile/Rachel_Aisengart_Menezes/publication/276916613_Os_sentidos_do_Acolhimento_um_estudo_sobre_o_acesso_a_atencao_basica_em_saude_no_Rio_de_Janeiro/links/5640f0fe08ae24cd3e40ce09/Os-sentidos-do-Acolhimento-um-estudo-sobre-o-acesso-a-atencao-basica-em-saude-no-Rio-de-Janeiro.pdf> Acesso em: mai.2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. In: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2004.

WOLLMANN, A. et al. **Novas possibilidades de organizar o acesso e a agenda na Atenção Primária à Saúde**. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. Disponível em: <http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf> Acesso em: fev.2019.

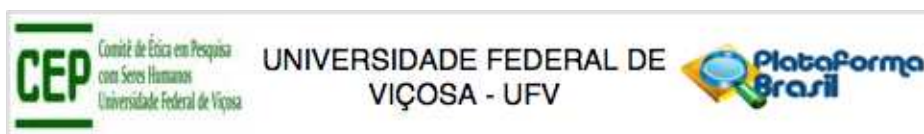
5 Conclusões Gerais

Através deste estudo percebemos o tão complexo é a dinâmica de trabalho envolvendo a APS e os seus atores sociais. Organizar o processo de trabalho de uma ESF é um desafio diário que envolve um número significativo de profissionais, com diferentes personalidades, graus de instrução acadêmica distintos, desejos e necessidades peculiares. Envolvendo este cenário, existe uma comunidade adscrita que diariamente apresenta necessidades singulares, gerando uma pressão assistencial que oscila quantitativamente e que tem a unidade de saúde como porta de entrada para que esse cuidado seja efetivado.

Os membros da equipe estão inseridos num contexto que carece de capacitação profissional, de um vínculo de trabalho mais robusto, de um local de trabalho com infraestrutura adequada. Estes fatores dificultam a reorganização do processo de trabalho e conseqüentemente o acolhimento e o atendimento a demanda espontânea.

Diante do conhecimento gerado por esta pesquisa, entende-se que é primordial sensibilizar todos os envolvidos num processo que envolve a melhoria constante da APS, fortalecendo a equipe, estreitando os vínculos entre profissionais, usuários e gestão de maneira a criar estratégias que envolva os profissionais, oferecendo apoio, condições adequadas de trabalho, capacitações, sendo estes elementos fundamentais para que o trabalho na ESF seja otimizado e aconteça de maneira a acolher as necessidades dos usuários, resolvendo a maior parte de suas necessidades, garantindo o acesso e consolidando a APS como porta de entrada.

ANEXO A - Aprovação do projeto de CEP-UFV



COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção dos médicos que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família do município de Viçosa - Minas Gerais sobre o atendimento à demanda espontânea

Pesquisador: Bruno David Henriques

Versão: 1

CAAE: 88052318.8.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Medicina e Enfermagem

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 038734/2018


Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Percepção dos médicos que trabalham nas Estratégias de Saúde da Família do município de Viçosa - Minas Gerais sobre o atendimento à demanda espontânea que tem como pesquisador responsável Bruno David Henriques, foi recebido para análise ética no CEP Universidade Federal de Viçosa - UFV em 20/04/2018 às 09:04.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

ANEXO B- Comprovante de submissão do Artigo

ScholarOne Manuscripts™ Ricardo Moura ▾ English (US) ▾ Instructions & Forms Help Log Out

 Physis: Revista de Saúde Coletiva

Home Author Review

Author Dashboard / Submission Confirmation

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to	Physis Revista de Saúde Coletiva
Manuscript ID	PHYSIS-2019-0198
Title	Atendimento a demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção
Authors	Moura, Ricardo Caçador, Beatriz Ferreira, Débora Henriques, Bruno
Date Submitted	17-Jun-2019

[Author Dashboard >](#)

ANEXO C- Termo de consentimento livre esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **"PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS QUE TRABALHAM NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA - MINAS GERAIS SOBRE O ATENDIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA"**. O Sr.(a) foi escolhido por trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Viçosa. Nesta pesquisa pretendemos compreender a percepção do médico que trabalha na ESF de Viçosa sobre o atendimento da demanda espontânea. Será realizada uma entrevista orientada por perguntas sobre a sua percepção à respeito do atendimento da demanda espontânea da ESF e será registrada por gravação de áudio para fins posterior transcrição, e a entrevista terá duração máxima de 30 minutos. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem na possibilidade de constrangimento em responder alguma pergunta e na possibilidade da perda do sigilo pessoal e/ou das informações fornecidas. Para minimizá-los a entrevista será realizada em local adequado, que garanta o conforto do participante e o caráter sigiloso das informações e o participante terá o direito de não responder alguma pergunta que lhe cause desconforto e não haverá identificação das pessoas por nomes, apenas por números. Os benefícios relacionados com a sua participação estão em permitir a ampliação do conhecimento sobre a percepção dos médicos à respeito o atendimento à demanda espontânea. A pesquisa pode contribuir para a melhor organização do processo de trabalho nas ESFs e na melhoria da qualidade do cuidado prestado aos usuários da ESF do município de Viçosa.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Enfermagem e Medicina da Universidade Federal de Viçosa e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.