



ARTIGO ORIGINAL

DEMANDA ESPONTÂNEA E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: perspectiva de quem cuida

SPONTANEOUS DEMAND AND WORK ORGANIZATION IN PRIMARY CARE: from the perspective of caregivers

DEMANDA ESPONTÁNEA Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA: desde la perspectiva de los cuidadores

Submetido em: 10/03/2025

Revisado em: 03/09/2025

Aprovado em: 01/10/2025

Disponibilizado online: 01/08/2026

e-20268

Camila Gabrielle dos Santos Mota¹  Fernanda Aparecida Cardoso Mendes¹ 
Gilcileide Correia de Jesus Aragão¹  Hanna Beatriz Bacelar Tibaes¹ 
Joyce Micaelle Alves Caldeira¹ 

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil

Autor correspondente: Camila Gabrielle dos Santos Mota - sm.camilagabrielle@gmail.com

RESUMO

Introdução: A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada do SUS, oferecendo acesso universal e integral. As demandas podem ser espontâneas ou programadas, muitas das quais são resolvidas na APS. **Objetivo:** compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento à demanda espontânea e a organização dos processos de trabalho considerando os programas de residência. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva, realizada com profissionais de saúde residentes. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2024 por meio de entrevistas com questionário semiestruturado com 48 profissionais. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo Temática de Laurence Bardin. **Resultados:** a análise revelou quatro categorias temáticas. A alta demanda espontânea gera sobrecarga, dificulta o atendimento e compromete a qualidade do serviço e o vínculo entre profissionais e usuários. As estratégias de organização, como classificação de risco e acolhimento são utilizadas como essenciais para a organização do atendimento, mas ainda enfrentam desafios. **Conclusão:** a carência de recursos e profissionais dificulta a eficácia das estratégias implementadas. Uma gestão mais eficiente dos recursos e suporte contínuo aos profissionais são fundamentais para melhorar a resolutividade e a qualidade dos serviços.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Acolhimento; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

Introduction: primary Health Care (PHC) is the gateway to the SUS, offering universal and comprehensive access. Demands can be spontaneous or programmed, many of which are resolved in PHC. **Objective:** understand the perception of health professionals about meeting spontaneous demand and the organization of work processes considering residency programs **Method:** descriptive qualitative research, carried out with resident health professionals. Data collection took place from August to October 2024 through interviews with a semi-structured questionnaire with 48 professionals. The data was analyzed using Laurence Bardi's Thematic Content Analysis. **Results:** the analysis revealed four thematic categories. High spontaneous demand generates overload, makes service difficult and compromises the quality of the service and the bond between professionals and users. Organizational strategies, such as risk classification and reception, are used as essential for organizing care, but they still face challenges. **Conclusion:** the lack of resources and professionals hinders the effectiveness of the implemented strategies. More efficient management of resources and continuous support for professionals are fundamental to improving the resolution and quality of services.

Keywords: Primary Health Care; User Embrace; Health Services Accessibility

RESUMEN

Introducción: la Atención Primaria de Salud (APS) es la puerta de entrada al SUS, ofreciendo acceso universal e integral. Las demandas pueden ser espontáneas o programadas, muchas de las cuales se resuelven en la APS. **Objetivo:** comprender la percepción de los profesionales de la salud sobre la satisfacción de la demanda espontánea y la organización de los procesos de trabajo considerando los programas de residencia. **Método:** investigación cualitativa descriptiva, realizada con profesionales de la salud residentes. La recolección de datos se realizó de agosto a octubre de 2024 mediante entrevistas con cuestionario semiestructurado a 48 profesionales. Los datos fueron analizados utilizando el Análisis de Contenido Temático de Laurence Bardi. **Resultados:** el análisis reveló cuatro categorías temáticas. La alta demanda espontánea genera sobrecarga, dificulta el servicio y compromete la calidad del servicio y el vínculo entre profesionales y usuarios. Las estrategias organizativas, como la clasificación de riesgos y la recepción, se utilizan como esenciales para organizar la atención, pero aún enfrentan desafíos. **Conclusión:** la falta de recursos y profesionales dificulta la efectividad de las estrategias implementadas. Una gestión más eficiente de los recursos y el apoyo continuo a los profesionales son fundamentales para mejorar la resolución y la calidad de los servicios.

Palabra Clave: Atención Primaria de Salud; Acogimiento; Acceso a los Servicios de Salud.



INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) configura-se como porta de entrada que dá acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como base estrutural o acesso universal, equitativo e a integralidade do cuidado. De modo geral, a busca por atendimento na APS, reflete as necessidades individuais ou coletivas dos usuários, que, por sua vez, configuram-se como demandas em saúde na rotina do SUS¹.

As demandas de serviço em saúde podem ser caracterizadas como demanda espontânea (DE), que é a procura voluntária das pessoas ao serviço para atender sua necessidade, e demanda programada (DP), que visa organizar o acesso ao SUS e direcionar as demandas da população através de agendamentos prévios de serviços de saúde, objetivando ações de promoção à saúde e prevenção de agravos. Essas modalidades de demanda são em grande parte acolhidas e resolvidas na APS através de ferramentas como o acesso avançado, que auxilia na organização do processo de trabalho².

O acesso avançado ou acesso aberto é uma proposta de organização da agenda na APS que tem como objetivo proporcionar o atendimento oportuno para o usuário resolver sua necessidade o mais rápido possível, em geral, no mesmo dia, reduzindo o tempo de espera e garantindo a continuidade do cuidado. Essa ferramenta permite a abordagem de condições crônicas, eventos agudos, demandas administrativas, medidas preventivas e coordenação do cuidado dos usuários, seguindo o método de agenda aberta³.

Além dessa modalidade de organização do trabalho, existem outros métodos descritos na literatura, dentre eles o Protocolo de Manchester. A Política Nacional de Humanização (PNH) propõe a utilização do acolhimento com classificação de risco (ACCR) pelo Sistema de Manchester, cujo objetivo é organizar os atendimentos priorizando os casos de maior gravidade. Essa classificação é dividida em quatro cores, que indicam tempos máximos para o primeiro atendimento, assim sendo: vermelho (atendimentos emergenciais), amarelo (atendimentos urgentes), verde (atendimentos pouco urgentes) e azul (atendimentos não urgentes). Na Unidade Básica de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), consideradas portas de entrada do SUS, o Sistema de Manchester pode ser utilizado e ajustado a esse nível de atenção e ao contexto local⁴.

O equacionamento da atenção à demanda não agendada na rede básica de saúde é essencial e constitui um desafio diante do aumento da procura por atendimento via demanda espontânea. Essa realidade causa transtornos tanto à população assistida com a insatisfação popular, quanto aos colaboradores de saúde que exercem suas funções sobrecarregadas e desmotivadas⁵.

No sentido de contribuir para um desenvolvimento longitudinal e integral nos serviços básicos de saúde, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre o atendimento à demanda espontânea e a organização dos processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família considerando o Programa de Residência Multi e uniprofissional em um município do interior do estado de Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo. Este desenho de pesquisa busca compreender a percepção humana, suas angústias, suas relações e sua subjetividade sobre a realidade que a circunda. O projeto seguiu as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob número CAAE: 81312824.3.0000.5146 e Parecer nº: 6.954.076.

As pesquisadoras contataram previamente a coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde da Família para levantamento do quantitativo de

profissionais atuantes no cenário escolhido para o estudo. Posteriormente, foi confeccionado um convite enviado via aplicativo de mensagens (*Whatsapp*), com o intuito de mobilizar os possíveis participantes e a programação das entrevistas. Após, este momento, foi elaborado um cronograma de coleta de dados conforme a disponibilidade dos residentes, sendo adotados critérios de inclusão como profissionais residentes atuantes em polos de residência que aceitaram participar da entrevista e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), enquanto os critérios de exclusão foram: residentes em período de atestado, férias ou que recusaram participar das entrevistas. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2024.

Aos que aceitaram participar do TCLE foi solicitada leitura e posterior assinatura mediante consentimento com os termos expostos. Para a coleta de dados, as pesquisadoras elaboraram um roteiro contendo 14 perguntas, sendo 7 relacionadas a dados sociodemográficos (nome completo, idade, estado, formação, área de atuação, tempo de formação, tempo de trabalho na ESF e especializações), com o objetivo de caracterizar o perfil dos profissionais. As outras 7 perguntas nortearam este estudo, avaliando o conhecimento prévio dos profissionais sobre a temática, a realização do acolhimento, os principais motivos de procura dos usuários, a programação de ações como educação permanente e os principais desafios nas unidades de saúde onde atuavam. Para registrar as informações, foi utilizado um gravador eletrônico da marca *Sony*, modelo ICD-PX333.

Os dados foram digitados, organizados e armazenados em planilha do programa *Google Docs*, cujas entrevistas foram transcritas com auxílio do programa *TranscribeMe (META AI)*. Para assegurar o anonimato e sigilo dos participantes foram utilizadas siglas acompanhadas do número de entrevista, assim sendo: EN1 e EN2 para a categoria (enfermeiros); M1 e M2 (médicos); P1 e P2 (psicólogos); OD1 e OD2 (odontólogo).

A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin, entendida como um conjunto de técnicas que busca a compreensão dos sentidos manifestados pelos sujeitos participantes da pesquisa. Assim, ao utilizar a AC, esta pesquisa buscou captar percepções e significados de forma detalhada e estruturada. A AC foi definida em três etapas interdependentes: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 48 profissionais, sendo 37 (78%) do sexo feminino e 11 (22%) do sexo masculino. Em relação à categoria profissional, 15 (31,25%) são cirurgiões-dentistas, 18 (37,5%) são enfermeiros, 10 (20,83%) são psicólogos e 5 (10,41%) são médicos. Os profissionais tinham faixa etária em média correspondente a 29 anos de idade e, a maioria (47,9%), possuía de 1 a 2 anos de formação na área. Sobre a formação com pós-graduação, um total de 10 (20,83%) afirmaram possuir pós-graduação/ especialização.

Da análise dos dados emergiram-se 4 categorias temáticas, que foram organizadas em: (I) Demanda espontânea: o significado por profissionais de saúde; (II) Demanda espontânea e demanda programada: desafios no acesso ao serviço; (III) Demanda espontânea: formas de organização do processo de trabalho; (IV) Impacto da demanda espontânea: desafios para os profissionais da ESF.

Demanda espontânea: o significado por profissionais de saúde

A Atenção Primária em Saúde é a porta de entrada preferencial do usuário e sua principal referência à Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa preferência se dá pela característica da APS: universalidade, acessibilidade, vínculo,

continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social⁷.

A partir dos relatos dos profissionais, identificou-se que o contexto das demandas espontâneas perpassa pelo motivo da busca pelo atendimento na ESF, pela disponibilidade de recursos e pelo direito à saúde. Ao serem questionados sobre o significado de demanda espontânea, muitos participantes referiram como um acolhimento das necessidades dos usuários, sejam individuais ou coletivas na ESF, que se apresentam em busca de uma solução, como identificado por EN6: *“Demanda espontânea são todos os pacientes que vêm por conta própria em busca de algo. Seja esclarecer alguma dúvida, em busca de atendimento, desde o mais simples até um procedimento, sei lá”*. (EN6)

Segundo a Política Nacional de Humanização, o acolhimento é uma diretriz que reconhece o protagonismo do usuário, promovendo uma construção humanizada do SUS, com uma postura política, ética e estética⁸. Ainda nesse contexto, destaca-se o protagonismo do usuário da ESF, ao observar nos relatos dos participantes que o usuário é capaz de identificar suas próprias necessidades de saúde e apresentá-las como demandas à equipe de saúde. Essa reflexão sobre seu processo de saúde-doença contribui significativamente para aprimorar o acolhimento e a escuta qualificada por parte da equipe. Além disso, essa abordagem favorece reflexões e discussões que podem levar à adequação dos serviços e ao cuidado oferecido aos usuários e à comunidade⁵.

O acolhimento da demanda espontânea não se limita apenas a receber, mas também se constitui em uma ferramenta que compõe o processo de trabalho, responsável por organizar a rede de cuidados em saúde como forma de garantir acesso nos diversos sistemas em saúde. Assim, a promoção da saúde, prevenção de doenças, reabilitação e cura, baseando-se nos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS^{19, 20}.

Observaram também nas narrativas dos profissionais outras percepções acerca das demandas espontâneas, tal como a ESF ser ordenadora da RAS e estratégia fundamental para a efetivação dos princípios constitucionais do SUS.

“Porque a unidade de saúde é referência, né? É norteadora da rede de atenção à saúde no geral. Então, eu acho que precisa ser acolhido aqui para entender se tem necessidade, por exemplo de fazer uma referência, ou encaminhamento. Acho que nesse sentido. Ou se o cuidado pode ser realizado aqui mesmo na unidade.” (P1).

A Atenção Básica, através das ESF, tem como objetivo principal do Sistema Único de Saúde resolver 80% dos problemas da população. Sendo assim, a compreensão do acolhimento vai além da triagem ou classificação de risco com base apenas na queixa. É necessária a escuta qualificada e o direcionamento às ações de saúde, sendo considerada uma ferramenta efetiva de tecnologia leve que possibilita o acesso aos serviços de saúde e fortalecimento do vínculo entre profissional de saúde e usuário além da priorização do cuidado de acordo com a necessidades e não de acordo com a ordem de chegada^{2,21}.

Na percepção dos profissionais de saúde, as concepções de demanda espontânea também são expressas em significados que as determinam pelas condições de vida, saúde, de adoecimento agudo ou crônico e que se apresentam de forma espontânea pelo usuário. Assim, consideram que as demandas que chegam na ESF devem ser acolhidas. *“A demanda espontânea na atenção primária são os agravos, são os atendimentos agudos, principalmente, que não tem um agendamento prévio”* (EN1).

Sendo o acolhimento reconhecido como uma ferramenta com o propósito do cuidado entre profissional e usuário, pode também ser utilizada em sua maior parte para trabalhar demandas pontuais de urgências e medicalocêntricas, perdendo o formato do cuidado longitudinal⁹.

A superlotação é um problema majoritário dos serviços de urgência e emergência hospitalar derivado de encaminhamento indiscriminado de usuários, bem como o desconhecimento dos usuários sobre as formas de atenção²². Entretanto, as concepções dos profissionais de saúde sobre a demanda espontânea e programada na ESF, apontam para os desafios em relação ao acesso e sobre o aumento do número de pacientes que comparecem às unidades básicas de saúde, no turno matutino, gerando aumento na demanda e novos desafios para os profissionais da APS.

Para a OD1 as filas pela manhã são constantemente grandes, com uma média de 35 pacientes para cada equipe, considerando que em sua unidade há 3 equipes, o que resulta em um atendimento médio de 105 pessoas durante o período da manhã. “Aqui a gente tem uma demanda espontânea muito grande muito, muito grande que vêm 35 pacientes por equipe, de manhã já tem uma fila enorme”(OD01). Já no relato de M5 traz a ambivalência entre a DE e DP na atenção primária, e reconhece como a superlotação afeta o tempo de atendimento impactando na qualidade da assistência.

“O negócio é que justamente porque a agenda é superlotada, que a gente atende pacientes de 20 a 20 minutos, de 15 em 15 minutos (...) Então assim, tem a parte do acolhimento de pacientes que já vem com queixa aguda, junta com os pacientes de trabalho continuado, que é a atenção primária.” (M5).

Os pacientes procuram na ESF a vinculação e responsabilização das equipes de saúde pelo cuidado continuado¹. A falta de informação dos usuários sobre os serviços prestados na APS e de conhecimento sobre os fluxos e prioridade de atendimento faz com que os pacientes procurem o serviço com um caráter de imediatismo sob as suas necessidades, sobrecarregando o serviço. A esse respeito, a percepção de M5 reforça sobre o desconhecimento da população sobre os demais serviços da rede de assistência à saúde, inclusive sobre as demandas pelo atendimento de urgência e emergência.

“Mas assim, eu entendo que a APS é uma porta de entrada, sim, é a primeira porta de entrada pra saúde. Só que chegou um ponto que as pessoas não estão, primeiro, que a população eu acho que ainda não entende o que é atendimento de urgência e emergência e o que é atendimento de procedimentos eletivos, ambulatoriais.” (M5).

Como uma maneira de reorganizar o processo de trabalho com a alta demanda espontânea de atendimentos, o EN1 destaca que, frequentemente, é necessário solicitar ao usuário que retorne no dia seguinte, especialmente nos horários destinados à escuta qualificada, devido à sobrecarga observada na demanda de atendimentos.

“No acolhimento aqui, voltando para essa questão do acolhimento, normalmente a gente atende mais de 20 pacientes no acolhimento aqui pela manhã e às vezes ao longo do dia ainda vem chegando outros pacientes que a gente tenta dar uma resposta no dia, mas às vezes é preciso pedir para voltar no outro dia porque realmente tem uma super demanda aqui.” (EN1)

Nota-se um crescimento significativo na demanda recebida pelo serviço, o que tem tornado a resposta a essa demanda um grande desafio. O excesso de usuários cadastrados no território pode ser um fator que aumenta os desafios dos profissionais da APS. Segundo a Portaria nº 2436/2017 do Ministério da Saúde, o número de pessoas adscritas por equipe deve ser, no máximo 3.500 pessoas, considerando as situações de vulnerabilidade do território, assim como a maior vulnerabilidade ao menor número da quantidade de usuários por equipe. Isso

significa que a sobrecarga exposta pelos entrevistados deve ser vista pela gestão municipal que tem o dever de reorganizar e ampliar a cobertura assistencial¹⁰.

Apesar disso, com o aumento da demanda, é necessário buscar estratégias para gerir o cuidado e manter os princípios de equidade e resolutividade. Pode-se observar que estratégias foram adotadas para reduzir o tempo de espera e a alta pressão pelo atendimento assistencial, e para isso é imprescindível que toda a equipe se envolva no processo, com o objetivo de proporcionar soluções eficazes às demandas.

“Só que lá tá crescendo muito. Tá chegando muita demanda. E aí pra conseguir dar conta de tudo tem uma médica que ajuda fazendo as escutas. Mas eu acabo tendo que ir fazer logo depois do fluxo. Ou quando passa pela enfermeira, ou quando passa pelas médicas.” (P2)

As equipes incorporaram, na sua rotina de trabalho, estratégias de acolhimento aos usuários, dispositivo tecnológico que pode melhor orientar a acessibilidade e promover o vínculo entre usuários e equipe. O trabalho compartilhado com a equipe foi uma estratégia adotada, onde o compartilhamento do cuidado gera benefícios ao serviço, tais como a otimização do tempo, redução da fragmentação do cuidado, potencialização do vínculo do profissional e usuário e promoção de autonomia e empoderamento dos usuários¹¹.

Nesse sentido, o trabalho em equipe interprofissional envolve o compartilhamento de valores, conhecimentos, objetivos e perspectivas. Na APS, essa colaboração se traduz na construção de um processo dinâmico que fortalece a identidade da equipe. Esse processo impacta diretamente o planejamento das ações, a elaboração de planos de cuidado e a compreensão do território em que atuam, resultando em uma colaboração mais flexível e eficaz na resolução de problemas¹².

Os desafios impostos pela enorme procura dos usuários, através da demanda espontânea, causam sobrecarga pela pressão assistencial e apresentam entraves para a resolutividade, acesso e equidade.

Demanda espontânea: formas de organização do processo de trabalho

A PNH é descrita como uma estratégia entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, ou seja, entre atenção e gestão. Nesse sentido, essa política propõe medidas para criar novas práticas gerenciais e de produção de saúde, com novas formas de organização dos serviços no plano da Saúde Coletiva, viabilizando a clínica ampliada, construção de processos em saúde nas relações entre serviços e a comunidade de forma conjunta, participativa, negociada¹¹.

Nesse contexto, o modelo “*carve out*” é uma estratégia de organização programada e espontânea, em que metade das consultas são agendadas e a outra metade é reservada para a demanda livre, visando o equilíbrio entre os dois tipos de demanda².

A organização do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família no atendimento à Demanda Espontânea (DE) é caracterizada por uma separação entre ações administrativas e assistenciais, curativas, ações promocionais e preventivas. É importante reconhecer que o estudo, por ser qualitativo, trouxe limitações que podem influenciar a generalização e interpretação dos resultados. A primeira limitação é representada pelo tipo de amostragem, apesar de contar com 48 profissionais, esses são residentes de um determinado município de Minas Gerais, o que significa que as percepções coletadas são contextuais a esse grupo. Além disso, o tipo de estudo, a coleta de dados, a interpretação são limitações que interferem no resultado. Com isso, é crucial que futuras pesquisas possam explorar esses desafios com diferentes abordagens, como a inclusão de profissionais não residentes e até mesmo estudos

com métodos mistos (qualitativos e quantitativos) para fornecer uma compreensão mais abrangente do tema.

O depoimento de EN7 aponta a forma como é organizada a demanda programada para garantir o acolhimento e o atendimento, e na articulação entre demanda espontânea (DE) e demanda programática (DP). *“Na segunda-feira, a minha agenda eletrônica funciona pra visita domiciliar, atividades administrativas ou reunião de equipe. (...) Na terça-feira, exame citopatológico. Na quarta foi a puericultura, na quinta e sexta pré-natal”* EN7.

Apesar de alguns profissionais priorizarem a organização da agenda para a demanda programada, pode-se notar que na APS há também profissionais que adotam outras maneiras para articular a demanda espontânea e a demanda programada sem que haja prejuízos no atendimento. O participante EN8 afirmou não separar dias específicos para cada público, com o objetivo de facilitar o acesso do usuário ao serviço que ele necessita.

“Por isso que eu deixo a agenda aberta, para atender de forma mais abrangente. Porque eu acredito que quando se separa por exemplo, um dia para atender coleta de citopatológico, tem mulheres que tem um ciclo menstrual irregular e naquele dia agendado ela estava menstruada. Ou seja, é um dia perdido.” (EN8)

Para a organização dos processos de trabalho é necessário que gestores e profissionais de saúde organizem formas de lidar com as necessidades de saúde da população adscrita, sendo necessária a avaliação sobre o acesso da população aos serviços de saúde e aos fatores que favorecem ou dificultam o acesso dos usuários aos cuidados¹³.

Outra forma de organização foi apontada por P4, como uma ferramenta importante para a efetividade das suas atividades. O matriciamento e a discussão de casos com a equipe multiprofissional são atividades fundamentais para planejamento da demanda programada. *“A minha agenda sou eu que mexo, nenhuma outra pessoa da equipe tem acesso. (...) eu só pego o caso depois de um matriciamento ou de uma discussão de caso, então sou eu que organizo mesmo como fica”* (P4).

Ainda a respeito da organização, destaca-se a classificação de risco utilizada na APS como estratégia para atendimento, tomando como especificidade da categoria profissional, odontologia, em que foi observado que a agenda de demanda programada é organizada conforme a agenda de demanda espontânea. É utilizado um sistema de classificação de risco para definir a ordem de atendimentos.

“Aqui o acolhimento acontece em dois horários do dia que a gente separa para as demandas espontâneas. Primeiro às 07:30h da manhã e às 13:30h da tarde. Nós fazemos o mesmo protocolo, classifica para ver quais são os critérios de prioridade desse paciente.” (OD6).

Considerada umas das estratégias da PNH, a classificação de risco é realizada por profissional da saúde por meio da utilização de protocolos técnicos que possibilitam a identificação dos pacientes que precisam de tratamento imediato, avaliando o agravo à saúde, o potencial de risco e/ou o grau de sofrimento. Permitindo, assim, providenciar com agilidade o atendimento adequado para cada caso¹⁴.

O acolhimento com classificação de risco pode ter seus benefícios potencializados na APS por tratar-se de um modelo de maior vínculo entre os profissionais da saúde com os usuários e por seu papel de coordenação da atenção¹³.

Entretanto, observa-se a ocorrência de diversos desafios, tais como: o trabalho segmentado, dificuldade de articulação com outros pontos da rede de atenção, falta de preparo dos profissionais, aumento da demanda por atendimento e consequente desumanização na assistência, processo de acolhimento com classificação de risco de baixa qualidade e um

ambiente de trabalho e assistência hostis. A superlotação gera por consequência atendimentos mais rápidos e pouco resolutivos. Sem tempo, a escuta qualificada não acontece e leva ao comprometimento tanto da saúde do paciente quanto do profissional¹⁵.

Para P5, o atendimento compartilhado entre médico, enfermeiro, dentista e psicólogo é uma forma importante de se conhecer o paciente, selecionar a prioridade para atendimento com a equipe de saúde multidisciplinar. *“Então, a gente tem uma agenda padronizada, né?! Geralmente são direcionados, os pacientes da demanda espontânea(...) e também fazemos o atendimento compartilhado com o médico da equipe, com a enfermeira ou o dentista” (P5).*

Para a garantia de um dos princípios do SUS, a integralidade do cuidado propõe uma estratégia do atendimento compartilhado, que consiste em um atendimento interdisciplinar, entre profissionais de diferentes categorias, com objetivo de entender de maneira mais integral o processo saúde/doença, e assim ter uma abordagem mais resolutiva para os casos atendidos¹⁶.

Tal prática permite ampliação das estratégias de oferta de cuidado qualificado em saúde, o compartilhamento entre diferentes especialidades, possibilitando a complementaridade de saberes na condução e resolução dos casos assistidos. Originalmente, a prática do atendimento compartilhado vem do campo da saúde mental, mas, tem se difundido para outras esferas do saber, sendo considerada uma atividade interprofissional e interdisciplinar¹⁶.

É inegável que a formação interprofissional e a prática do atendimento compartilhado podem contribuir para melhorar o acesso universal e qualidade da atenção à saúde. Entretanto, a implementação da prática interprofissional se constitui como um desafio a ser superado, isso porque a polissemia e imprecisão conceitual no estudo das temáticas colabora o fortalecimento do modelo predominante, que são o de profissionais que “continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos”, causando forte fragmentação do trabalho em saúde e o do tribalismo das profissões¹².

Impactos da demanda espontânea: desafios para os profissionais da ESF

A população, ao acessar os serviços, coloca nas suas demandas um caráter de resolutividade imediata, sendo possível identificar diversos fatores que impactam diretamente a programação dos profissionais da ESF. Por meio das entrevistas, muitos participantes colocaram em evidência o imediatismo dos usuários e suas “urgências” pessoais, que em sua maioria não são classificadas como imediatas, como apontado por EN13 e OD12. “A questão da demanda espontânea é a seguinte: Chega muita gente que não é urgente exigindo atendimento, no entanto, essa situação atrapalha o fluxo, e muitas vezes, os pacientes não entendem o que é e gera aquela situação desconfortável” (EN13), “Eu acho a população um pouco imediatista, às vezes tem um pouco de dificuldade de ouvir não”. (OD12)

Essa discrepância entre a elegibilidade colocada pelos usuários e pelos profissionais sobre os critérios de urgência e emergência também foi verificada em diversos estudos realizados acerca da temática. Fica evidente que os usuários, em virtude da facilidade de acesso por meio do uso inadequado dos critérios de urgência, encontram na ESF a solução “*mais rápida e fácil*” para sua condição¹⁷

Nesta realidade, realizar ações de educação em saúde para informação da população quanto ao uso de protocolos na ESF pode melhorar a conscientização e aceitação da população quanto aos critérios de prioridade no atendimento pela ESF. Nesta perspectiva, P7 demonstra que a educação em saúde se faz importante para auxiliar a população nessa missão de promoção de conhecimentos, sobre a caracterização do que é uma demanda espontânea, do que é uma urgência e o papel dos profissionais nessa organização. “Fazer educação em saúde, do que é uma demanda espontânea, do que é uma urgência, do que não é, o que é que pode ser consulta agendada, os papéis de cada profissional na equipe” (P7).

Assim, a educação em saúde é considerada importante ferramenta de organização do processo de trabalho no contexto da APS. Com estratégias de prevenção, promoção em saúde e participação social, a educação em saúde torna-se primordial para enfrentamento dos desafios relatados pelos profissionais¹⁸.

Na rotina de funcionamento da ESF a coexistência da demanda espontânea com a demanda programada representa um desafio para o desenvolvimento das atividades promulgadas como fundamentais pela ESF. Para EN9, a alta demanda de atendimentos compromete a realização de atividades de educação em saúde, grupo e planejamento de ações, pois o tempo necessário para dedicação dessas atividades é atravessado pela DE.

“A demanda aqui é bem extensa e acaba tendo esse comprometimento da realização de educação de saúde, de grupos porque consome muito o tempo e para a gente poder fazer essas educações a gente precisa ter planejamento, se organizar, acontecem os nossos grupos só que o que eu percebo é que a demanda espontânea, ela acaba consumindo um tempo que a gente poderia se dedicar mais.” (EN9).

Atividades como promoção de saúde, prevenção e reabilitação, que demandam dos profissionais de saúde as habilidades, conhecimentos, competências, dedicação, bem como uma organização e disponibilidade de tempo, estudos apontam que muitas vezes estas atividades são prejudicadas, tornando-se de difícil execução devido ao elevado número de atendimentos gerados pelas demandas espontâneas¹⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo evidenciam que a alta demanda espontânea é um desafio significativo para as equipes da ESF. Essa condição sobrecarrega as equipes e gera impacto negativo na organização do trabalho. O fato de muitos pacientes buscarem atendimento sem agendamento prévio tem gerado grandes filas de espera e insatisfação na equipe, comprometendo a qualidade do atendimento, já que os profissionais não conseguem dedicar o tempo necessário no atendimento de cada usuário.

A sobrecarga de trabalho também é agravada pela combinação de atendimentos espontâneos e programados, criando um desequilíbrio na distribuição das tarefas. Embora estratégias como a classificação de risco e o acolhimento compartilhado sejam utilizados para melhorar essa organização, a fragmentação do trabalho e a carência de profissionais, déficit de conhecimentos dos protocolos e serviços prestados na ESF dificultam a aplicação dessas soluções de modo eficaz. Outro fator importante é que a sobrecarga de trabalho causa estresse e desgaste emocional nas equipes de saúde, afetando o ambiente de trabalho e levando ao esgotamento profissional. Isso pode aumentar a rotatividade dos trabalhadores e, consequentemente, dificultar a organização e impactar na eficácia dos serviços.

Além disso, a alta demanda espontânea prejudica o vínculo entre profissionais e usuários, já que os trabalhadores não têm tempo para estabelecer uma relação mais próxima e contínua com os pacientes. Essa situação compromete a confiança e a continuidade do cuidado, essenciais para o sucesso do atendimento.

A educação em saúde também desempenha um papel crucial, pois informar a população sobre como utilizar os serviços de saúde, de maneira adequada, pode ajudar a reduzir a demanda espontânea desnecessária. Isso não apenas melhora a experiência do usuário, mas também permite que os profissionais se concentrem em casos que realmente necessitam de atenção imediata.

Conclui-se que a alta demanda espontânea exige uma gestão mais eficiente dos recursos e processos da APS, com um foco maior no equilíbrio das demandas, no treinamento contínuo

das equipes e no suporte adequado aos profissionais, garantindo a qualidade do atendimento sem comprometer a saúde dos trabalhadores ou a satisfação dos usuários.

É importante reconhecer que o estudo por ser qualitativo trouxe limitações que podem influenciar a generalização e interpretação dos resultados. A primeira limitação é representada pelo tipo de amostragem, apesar de contar com 48 profissionais, esses residentes de um determinado município de Minas Gerais, o que significa que as percepções coletadas, são contextuais a esse grupo. Além disso, o tipo de estudo, a coleta de dados e a interpretação são limitações que interferem no resultado, com isso, é crucial que futuras pesquisas possam explorar esses desafios com diferentes abordagens, como a inclusão de profissionais não residentes e até mesmo estudos com métodos mistos (qualitativos e quantitativos) para fornecerem uma compreensão mais abrangente do tema.

Considera-se importante a realização de novos estudos a fim de contribuir para elaboração de novas estratégias e criação de políticas efetivas que visem o atendimento às demandas espontânea e programada de forma eficiente e equitativa, bem como, a construção de uma rede assistencial mais equilibrada com enfoque na diminuição da sobrecarga profissional e dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Chávez GM, Rennó HMS, Viegas SMDF. A inter-relação da demanda e acessibilidade na Estratégia Saúde da Família. Rev. Physis. 2020;30(3):e300320. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300320>
2. Moura RA de, Henriques BD, Ferreira DC, Caçador BS. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. Rev. Physis. 2022;32(1):e320103. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320103>
3. Pires LAS, Azevedo-Marques JM de, Duarte NSM, Moscovici L. Acesso Avançado em uma Unidade de Saúde da Família do interior do estado de São Paulo: um relato de experiência. Rev. Saúde debate. 2019;43(121):605–13. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912124>
4. Morelato CS, Dorneles LL, Martins VP, Góes FSN, Lettiere Viana A, Brunello MEF, et al. Receiving spontaneous demand in Primary Care: nurses' learning needs. Rev Bras Enferm. 2021;74(2):e20200317. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0317>
5. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. ed.; 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v. 1).
6. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, p.229. (obra original publicada em 1977).
7. Brasil. Ministério da Saúde. 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). Brasília: 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

9. Camelo MS, Lima LR de, Volpe CRG, Santos WS, Rehem TCMSB. Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Rev. Acta paul enferm* . 2016;29(4):463–8. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201600063>
10. Chávez GM, Viegas SM da F, Roquini GR, Santos TR. Acesso, acessibilidade e demanda na estratégia saúde da família. *Rev. Esc Anna Nery*. 2020;24(4):e20190331.doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0331>
11. Silveira R de P, Mattioni FC, Rollo RM, Darsie C, Meneses MN, Rocha CMF. Acolhimento da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde: a atuação das enfermeiras no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev. CLCS*. 2024;17(10):e11769. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-262>.
12. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. DOI: 10.1590/1807-57622017.0827
13. Sombra Neto LL, Melo Ívina ML, Meireles MMS, Lima GG de. Demanda espontânea na Atenção Primária: avaliação de médicos. *Rev. Cadernos ESP*. 13º de junho de 2022;16(2):34-9. DOI: <https://doi.org/10.54620/cadesp.v16i2.789>
14. Silva, L. A.P Da *et al*. Acolhimento com classificação de risco na atenção básica e nos serviços de urgência: principais conceitos e diretrizes. *Anais IV CONBRACIS*. Campina Grande: Realize Editora, 2020.
15. Sampaio RA, Rodrigues AM, Nunes FC, Naghettini AV. Desafios no acolhimento com classificação de risco sob a ótica dos enfermeiros. *Rev. Cogitare Enferm* 2022;27:e80194. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80194>
16. Meireles FG de J, Pereira MM da S, Skubincan T de C, Paineiras-Domingos LL. Atendimento compartilhado como estratégia de matriciamento: relato de experiências de fonoaudiólogas residentes na atenção primária em saúde. *Prát. Cuid. Rev. Saude Colet*. 28º de outubro de 2022 ;3:e13247.
17. Amarante, L. C. de S; Mialhe, C.G; Guerra, L.M et al. Motivos apresentados por usuários para a utilização inadequada de Unidades de Pronto Atendimento. *Rev. de Salud Pública*. v. 22, n. 4, pp. 440-446. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.54092>>. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n4.54092>.
18. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021; 25: e200806. doi: <https://doi.org/10.1590/interface.200806>