

# *Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção*

I<sup>1</sup> Ricardo Amorim de Moura, <sup>2</sup> Bruno David Henriques, <sup>3</sup> Débora Carvalho Ferreira,

<sup>4</sup> Beatriz Santana Caçador I

**Resumo:** A Estratégia Saúde da Família como estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde 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 exploratória com abordagem qualitativa realizada em um município do interior do estado de Minas Gerais, através de entrevista aberta orientada por questões disparadoras com 15 médicos da ESF. Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2018, sendo 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 programadas. Concluiu-se que é de suma importância reorganizar o processo de trabalho de acordo com as necessidades da comunidade adscrita, equilibrando o atendimento entre demanda espontânea e programada, garantindo acesso ao usuário.

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

<sup>1</sup> Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, Brasil (ricardo.amorim.moura@gmail.com).  
ORCID: 0000-0003-0315-7911

<sup>2</sup> Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, Brasil (brunoenfer@yahoo.com.br).  
ORCID: 0000-0002-6844-6661

<sup>3</sup> Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, Brasil (deb.cf@hotmail.com).  
ORCID: 0000-0003-3348-3267

<sup>4</sup> Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Viçosa-MG, Brasil (byacacador@gmail.com).  
ORCID: 0000-0003-4463-3611

Recebido em: 04/01/2021  
Aprovado em: 22/03/2021  
Revisado em: 13/12/2021

## Introdução

O significado da palavra “demanda”, de acordo com o Dicionário Aurélio (2004), vem do ato de buscar, dirigir-se para. Assim, a demanda espontânea (DE) pode ser entendida como a pessoa que procura por ajuda em caso de necessidade. Diante de um contexto de demanda, surge a proposta do acolhimento, trazida pela Política Nacional de Humanização (PNH, 2006) como uma alternativa para reorganizar e harmonizar as relações entre a equipe de saúde e o usuário. Desta forma, buscar formas de acolher a demanda, organizar o processo de trabalho e redirecionar o modelo biomédico de saúde fazem parte do cotidiano do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) (BARALDI; SOUTO, 2010).

O acolhimento envolve arranjos institucionais de difícil execução, propondo trabalhar a DE, ampliar o acesso e concretizar a missão constitucional da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), de ser a principal “porta de entrada” do usuário (COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) almeja o equilíbrio entre o acolhimento da DE e da Demanda Programada (DP) (MENDES, 2012). Nesse contexto, garantir o acesso, organizar o processo de trabalho e administrar a pressão assistencial fazem parte da rotina do médico de Família e Comunidade (MFC), sendo fundamental criar estratégias para vencer os desafios diários 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 Atenção Primária a Saúde 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; LOPES, 2019, p. 38).

O acesso avançado, ou acesso aberto, surge como uma proposta de não postergar o atendimento, reduzindo o tempo de espera do usuário, com o lema “faça hoje o trabalho de hoje” (CIRINO *et al.*, 2020). Como forma de avaliar a qualidade do acesso, usam-se como medidas, o acesso oportuno (o cliente consegue resolver sua necessidade o mais rápido possível) e a continuidade do cuidado (o cliente terá um profissional de referência para contactar em caso de necessidade) (BALASUBRAMANIAN *et al.*, 2014; ROCHA; BOCCHI; GODOY, 2016; PEREIRA, 2018).

Wollmann *et al.* (2014) apresentam ferramentas que auxiliam no enfrentamento de desafios encontrados na APS, como: a ressignificação da agenda, tornando-a aberta e acessível à comunidade; a organização dos fluxos de atendimento; a ampliação do horário de atendimento; o envolvimento e a sensibilização de todos os membros da equipe sobre a importância de adequar os serviços prestados de acordo com as necessidades da comunidade adscrita. Outro trabalho relatou a importância da participação de todos os membros da equipe na construção coletiva de um processo de trabalho que melhore o atendimento a DE e amplie o acesso (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

Devido à própria realidade do primeiro autor deste artigo, que é médico e tinha inquietações sobre a forma como a organização do processo de trabalho (acolhimento à DE) afetava sua rotina, e também por perceber que a grande maioria da literatura no que se tange à percepção sobre a DE traz uma percepção do usuário e/ou do enfermeiro e/ou de toda a equipe que compõe a ESF (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, técnico em saúde bucal, dentista), os profissionais médicos foram escolhidos como grupo de estudo.

No sentido de contribuir para um desenvolvimento longitudinal e integral nos serviços básicos de saúde, este estudo tem como objetivo compreender a percepção dos médicos que trabalham na ESF num município do interior do estado de Minas Gerais sobre o atendimento à DE em seu cotidiano de trabalho. Portanto, espera-se que a partir desta reflexão ocorra um aprimoramento dos processos de trabalho individual e em equipe.

## Método

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo e exploratório, pois através deste desenho é possível almejar o entendimento da percepção humana, suas angústias, suas relações e sua subjetividade sobre a realidade que a circunda (FERREIRA; SILVA, 2012). O cenário foi um município do interior do estado de Minas Gerais com população estimada de 79.388 habitantes e teve como participantes os 15 profissionais médicos de todas as ESFs do município. As coletas foram agendadas por telefone e realizadas no consultório médico da ESF, onde cada médico atuava, nos meses de agosto e setembro de 2018. A identificação de cada entrevistado foi realizada mediante o uso da letra “M” e a numeração foi descrita de acordo com a ordem cronológica da coleta. O entrevistador foi único, masculino,

médico, mestrando de um Programa de Ciências da Saúde, que já conhecia a maioria dos entrevistados. Os dados foram levantados por meio entrevista aberta orientada pela questão disparadora: “*Qual a sua percepção como médico sobre o atendimento da Demanda Espontânea na sua ESF?*”.

Antes de iniciar a entrevista com cada profissional, houve uma explicação sobre a pesquisa e sobre o caráter voluntário da participação. Caso o médico estivesse de acordo com a participação, solicitou-se a leitura e posterior assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal Viçosa (CEPH-UFV), conforme protocolo n° 038734/2018, CAAE: 88052318.8.0000.5153, seguindo as orientações da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

As entrevistas duraram em média sete minutos, foram gravadas em mídias digitais, transcritas e analisadas sob a ótica da análise de conteúdo (BARDIN, 2011). Através deste, emergiram categorias das falas dos profissionais que convergiram para o tema de acolhimento e o equilíbrio entre DE e DP na rotina da ESF.

## Resultados e Discussão

Os 15 médicos entrevistados apresentavam faixa etária entre 26 e 68 anos de idade, a maioria havia finalizado a graduação em Medicina recentemente. A tabela a seguir apresenta os dados em relação ao perfil dos entrevistados.

**Tabela 1.** Perfil dos médicos participantes que trabalham num município do interior do estado de Minas Gerais, 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 Médica e MFC	64	13
M4	Feminino	26	8	-	8	2

continua...

Entrevistado	Gênero	Idade (anos)	Tempo de graduação em medicina (meses)	Especialização	Tempo de trabalho na APS (meses)	Tempo de trabalho da ESF atual (meses)
M5	Feminino	30	26	Preceptoria de residência médica (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

Após a realização das entrevistas com os médicos, emergiram do material coletado categorias temáticas relevantes para a discussão, as quais, para este artigo, foram assim elencadas: Categoria I: A importância do acolhimento; e Categoria II: O acesso: demanda espontânea x demanda programada.

## A importância do acolhimento

As entrevistas com os médicos que trabalham nas ESFs foram iniciadas no dia 22 de agosto de 2018. No mês anterior, a gestão desse município do interior de Minas Gerais realizou um encontro com os colaboradores da área da saúde, discutindo a rede de saúde municipal e o processo de trabalho das ESFs com ênfase no acolhimento. Um dos objetivos desse encontro foi conceituar o acolhimento e sensibilizar os participantes da sua importância como ferramenta primordial de trabalho.

[...] então, houve uma mudança recente agora, em relação ao acolhimento dos pacientes [...] (M14).

O acolhimento surgiu como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS, instituído pelo Ministério da Saúde em 2003. A PNH propõe 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. Essas diretrizes incluem: acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador e defesa dos direitos dos usuários (BARBOSA *et al.*, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

Nesse contexto, o acolhimento é uma ferramenta importante para a efetividade das atividades na unidade e também é uma tecnologia leve, harmonizando o encontro entre profissional de saúde e usuário (SILVA *et al.*, 2018). Ademais, este também é realizado através de 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. É possível priorizar cuidado de acordo com as necessidades, e não com a ordem de chegada (SPERONI; MENEZES, 2014), como relatado abaixo:

[...] 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 dispender mais atenção aqueles que mais precisam[...] (M15).

Entende-se que as demandas de saúde são construídas socialmente, ou seja, não há uma essência imutável, e embora a infraestrutura física e o processo organizacional das ESF apresentem funções e atributos similares, é possível que existam peculiaridades de acordo com inúmeros fatores, como: o local onde a ESF está inserida e as características da comunidade adscrita (BRASIL, 2013; ALMEIDA; SANTOS, 2016; GARUZI *et al.*, 2014).

Cada ESF apresenta uma pressão assistencial distinta, necessitando de competências profissionais singulares de acordo com o local onde a comunidade está inserida, sendo 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 *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

[...] eu faço zona rural, o atendimento na zona rural, lá não tem jeito, lá é DE 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).

Cada membro da equipe terá suas responsabilidades definidas de acordo com o cargo que executa na ESF, porém o acolhimento deve ser executado por todos, respeitando as limitações e competências profissionais individuais (PNAB, 2017).

[...] 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).

A forma como muitos usuários e outros profissionais da equipe não entendem o funcionamento da ESF centralizando suas demandas no profissional médico pode ser justificada por uma cultura alicerçada em um modelo de assistência médica fragmentado, que ainda prioriza ações curativas em detrimento a ações que envolvam prevenção e promoção à saúde (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

Diante da fala a seguir, entende-se que um desafio para concretizar o acolhimento é incentivar o protagonismo de cada ator da equipe. O modelo hegemônico com centralidade na prática médica, em geral, fragiliza este processo que envolve as responsabilidades e o desenvolvimento das competências dos outros profissionais (COSTA *et al.*, 2016; BAUER; BODENHEIMER, 2017; CAMELO *et al.*, 2016).

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

O depoimento abaixo relata a triagem como sendo parte do cotidiano de trabalho da equipe, porém o conceito de acolhimento é mais amplo, abrangendo uma escuta qualificada de maneira a atender às necessidades do usuário. É importante que os integrantes da ESF não interpretem acolhimento como sinônimo de triagem, na qual, de forma limitada, a necessidade do usuário seria julgada apenas através de classificações de risco (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

[...] 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 a DE [...] (M6).

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 (CAMELO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2018).

[...] 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 e 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. Buscam-se, assim, meios de descobrir as fortalezas e fragilidades que permeiam a equipe, com o intuito de uni-la, trazendo à superfície ideias e sugestões compartilhadas, para que a execução do acolhimento aconteça de maneira genuína, beneficiando todos os envolvidos.

### **O acesso: demanda espontânea x demanda programada**

O acolhimento à DE está ligado ao fornecimento de acesso ao usuário e são muitos os desafios que os profissionais da APS encontram para efetivá-lo (PIRES *et al.*, 2016). Como uma maneira de reorganizar o processo de trabalho e ampliar o acesso, surge o acesso avançado, modelo originário dos Estados Unidos que apresenta o lema de “faça hoje o trabalho de hoje”, segundo qual o usuário busca a ESF como porta de entrada por qualquer demanda (seja urgente ou eletiva), sendo acolhido e tendo sua necessidade atendida no mesmo dia ou no máximo em 48 horas (CIRINO *et al.*, 2020, ABOU-MALHAM *et al.*, 2017).

[...] Eu entendo que eu preciso manter essa DE 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).

[...] atendimento a DE a gente encarou como a prioridade da equipe [...] (M15).

Equilibrar a oferta e demanda, reduzindo o tempo de espera, é um desafio para os profissionais da APS, muitas vezes sobrecarregados por uma alta pressão assistencial (SANT'ANA, 2017; TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018).

[...] a impressão que eu tenho é que existe um grande desafio, que é o tempo de espera algo que a gente tem trabalhado pra tentar minimizar [...] (M15).

A ESF como porta de entrada necessita adequar a prestação de serviço à necessidade da população, com equidade, identificando os mais vulneráveis e assim fortalecendo a estratégia como um serviço essencial (RÊGO *et al.*, 2018; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

[...] 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).

[...] eu acho que atendimento deve ser prioridade de quem precisa mais no momento [...] (M3).

O modelo de acesso denominado “*carve out*” é um modelo que diferencia DP e DE, em que metade das consultas são agendadas e a outra metade é reservada para a demanda livre, almejando o equilíbrio, entre os dois tipos de demanda, com agendas de consulta para médicos e enfermeiros (SANT’ANA, 2017).

[...] eu acho que a DE é essencial todos os dias de segunda a sexta lá no posto, eu acho que o PSF ele deve funcionar tanto com a DP quanto com a DE [...] (M3).

Alguns entrevistados relataram a existência de uma agenda engessada que priorizava a DP, como descrito abaixo:

[...] eu cheguei aqui no posto e já tinha todo um sistema montado de consultas agendadas apenas [...] (M4).

[...] quando eu cheguei a agenda, era uma agenda fechada [...] (M7).

Porém, através de estratégias que envolvam todos os profissionais de saúde da ESF como a realização de capacitações, reuniões de equipe periódicas, pode haver uma alteração desta agenda, resultando em ampliação do acesso (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018), como demonstram os relatos que se seguem:

[...] durante a semana o atendimento a DE era bem precário porque eles limitavam o número de consultas destinadas a estes pacientes; aí eu conversei com a equipe e a gente fez algumas reuniões; foi um processo muito difícil, a princípio eu tive muita resistência de todos eles [...] eu considero que teve uma melhora muito grande no atendimento da DE aqui na unidade depois que aconteceu isso (a conversa com a equipe) [...] (M2).

[...] eu penso que existe muita resistência da própria equipe, pra fazer a mudança, coincidentemente hoje a gente começou a conversar sobre isso pra gente tentar mudar porque teve uma reunião sobre o SUS na sexta feira e parece que finalmente convenceu o pessoal a mudar [...] (M4).

[...] porque a gente (equipe) foi aprendendo a trabalhar e aí aprendendo com o erro, um erro ali na recepção, um erro do acolhimento, um erro até dentro daqui no manejo, na consulta médica. [...] e estruturando isso de uma forma que hoje, a gente consegue trabalhar de uma maneira muito positiva [...] (M7).

A efetivação de um acesso de qualidade, tem como um fator desfavorável o entendimento por alguns profissionais de saúde que atendimentos que envolvam atividades com grupos operativos e atividades preventivas coletivas são mais importantes que, atender e entender as necessidades individuais de um usuário quando ele busca a ESF buscando ajuda (TESSER; NORMAN; VIDAL, 2018; STARFIELD *et al.*, 2008).

[...] se você fosse fazer a DP dando prioridade pra grupos de doenças de alta prevalência, eu acho que talvez teria mais impacto que a DE [...] (M8).

[...] atendimento de gestante tem que ser programado, tem que ter o grupo [...] a saúde mental que eu acredito que seja a maior demanda, eu acho que tem que ter um grupo [...] (M3).

[...] na parte da tarde é mais os grupos mesmos, gestantes, hipertensos, diabéticos [...] (M11).

É necessário esclarecer esse conceito da DE, realizando capacitações com os profissionais de saúde, com objetivo de conscientizá-los da importância em garantir o acesso ao usuário através do atendimento a DE (SANTANA, 2011). Equívocos em relação ao conceito de DE, são observadas nos relatos abaixo:

[...] eu vejo a DE como mais uma questão de assistência, assistencialismo, não vejo que tem algum efeito, algum impacto na saúde da população, alguma projeção, nada disso [...] (M8).

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

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

A ampliação do acesso, a continuidade do cuidado e o atendimento de forma integral favorecem a redução de custos e de atendimento desnecessário em serviços secundários, além de proporcionar o vínculo entre usuários e profissionais de saúde fortalecendo a adesão ao tratamento e a resolubilidade na APS (REGO *et al.* 2018).

[...] Em relação a palavra percepção é isso que eu tenho visto da minha unidade, dos colegas que eu conheço também, eu vejo que quando não tem o atendimento da DE 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 DE não é atendida, eles vão sobrecarregar a atenção secundária... (M3).

Diante das falas anteriores, há uma percepção de que o atendimento a DE e a ampliação do acesso são temas complexos e que há necessidade de encontrar estratégias individuais e coletivas para a concretização. Esse desafio envolve a organização do processo de trabalho, sensibilização e engajamento da equipe, sendo um processo coletivo, por isso é de suma importância a participação de todos com intuito de fornecer um atendimento de qualidade ao usuário.

## Considerações finais

A articulação da gestão municipal identificou uma lacuna na APS local e incentivou a prática do acolhimento com intuito de reorganização do processo de trabalho e ampliação do acesso, influenciando a percepção dos médicos em relação ao acolhimento e atendimento à DE. O entendimento sobre o conceito de acolhimento de maneira ampla e homogênea entre os profissionais de saúde, não interpretando-o de maneira reducionista como uma triagem é fundamental para sua efetividade.

Diante da localização das ESFs em territórios que abrangem zona urbana e zona rural, é necessário realizar o diagnóstico situacional, de maneira a quantificar e identificar os perfis dos usuários que estão adscritos e, a partir desse entendimento, criar estratégias de trabalho direcionadas para realizar um melhor acolhimento.

O estudo mostrou que os médicos que trabalhavam na APS apresentavam competências distintas e personalidades singulares, entendendo que o processo de trabalho é realizado por uma equipe. Sendo assim, criar maneiras de capacitar a todos os envolvidos é essencial para a reorganização do processo de trabalho.

A assistência ao usuário, fundamentado no modelo biomédico, gera fragmentação no cuidado, sendo importante estimular o trabalho multiprofissional para fortalecer as competências de cada profissional e facilitar o acesso, evitando sobrecarga individual e melhorando o processo de trabalho.

Os profissionais da APS enfrentam inúmeros desafios cotidianos para a realização de seus trabalhos, sendo a prática do acolhimento uma ferramenta primordial para a harmonização das relações entre profissionais de saúde e usuário. Portanto, é fundamental identificar as fragilidades e fortalezas dos membros da equipe, de maneira a construir um processo de trabalho coeso, garantindo acesso oportuno e continuidade do cuidado ao usuário para o fortalecimento da APS.<sup>1</sup>

## Referências

- ABOU-MALHAM, S. *et al.* What are the factors influencing implementation of advanced access in family medicine units? A cross-case comparison of four early adopters in Quebec. *International journal of family medicine*, v. 2017. Disponível em: < <https://www.hindawi.com/journals/ijfm/2017/1595406/> >. Acesso em: 24 jul. 2020.
- 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.scielo.org/article/rsp/2016.v50/80/pt/>>. Acesso em: 10 abr. 2019.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/csc/2016.v21n5/1499-1510/pt> >. Acesso em: 25 jun. 2020.
- 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](https://people.umass.edu/hbalasub/HCMS_SebastianDai_Accepted.pdf)>. Acesso em: 30 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: 10 dez. 2018.
- 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: 26 maio 2019.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições, v. 70, 2011.
- BAUER, L.; BODENHEIMER, T. Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook*, v. 65, n. 5, p. 624-632, 2017. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0029655416302391>>. Acesso em: 28 jun. 2020.
- 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: 22 jun. 2018.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Acolhimento à demanda espontânea*. Cadernos de Atenção Básica, n. 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. v. 1, p. 13. Disponível em: < [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_demanda\\_espontanea\\_cab28v1.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf) >. Acesso em: 28 jun. 2020.

- CAMELO, M. S. *et al.* Acolhimento na atenção primária à saúde na ótica de enfermeiros. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 29, n. 4, p. 463-468, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v29n4/1982-0194-ape-29-04-0463.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2020.
- 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: 15 abr. 2019.
- CIRINO, F. M. S. B. *et al.* O Acesso Avançado como estratégia de organização da agenda e de ampliação do acesso em uma Unidade Básica de Saúde de Estratégia Saúde da Família, município de Diadema, São Paulo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 15, n. 42, p. 2111-2111, 2020. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2111/1537>>. Acesso em: 22 jul. 2020.
- COSTA, U. S. 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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100304&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Saúde em debate*, v. 39, p. 514-524, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042015000200514&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S010311042015000200514&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 13 abr. 2019.
- 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.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n11/3087-3098/pt>>. Acesso em: 15 out. 2018.
- GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 35, p. 144-149, 2014.
- GUSSO G.; LOPES, J. M. C. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- HOLANDA FERREIRA, A. B. *et al.* *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. São Paulo: Positivo, 2004.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família*. Brasília: OPAS, 2012.
- OLIVEIRA, A. P. C. *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1165.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2020.

PENNA, C. M. de M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. 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. Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v18n4a04.pdf>> Acesso em: 20 jun. 2020.

PEREIRA, N. V. da 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: 27 jan. 2019.

PIRES, D. E. P. *et al.* Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2016. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2020.

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: 27 jan. 2019.

SANTANA, A. M. Pesquisa operativa para adequação das agendas num serviço de Atenção Primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1459>>. Acesso em: 25 jun. 2020.

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://rbmf.org.br/rbmfc/article/view/163>>. Acesso em: 26 maio 2019.

SILVA, T. F. *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. *Saúde em Debate*, v. 42, n. SPE4, p. 249-260, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0249.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

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](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: 27 maio 2019.

STARFIELD, B. *et al.* The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*, 2008. Disponível em: <<https://jech.bmj.com/content/jech/62/7/580.full.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2020.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primária à Saúde brasileira: situação, problemas e estratégias de superação. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 361-378, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2018.v42nspe1/361-378/pt>>. Acesso em: 23 jun. 2020.

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](http://arquivos.leonardof.med.br/SaudeCuritiba_CartilhaAcessoAvancado_2014-06-05.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2019.

## Nota

<sup>1</sup> R. A. de Moura foi responsável revisão de literatura e a coleta de dados, concepção do artigo, discussão dos resultados e redação final. B. D. Henriques, D. C. Ferreira e B. S. Caçador participaram igualmente da concepção do artigo, discussão dos resultados e redação final.

## *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 is recent in the history of the Unified Health System, demanding many challenges. This study aims to understand the physician's perception in the context of family health in relation to meeting spontaneous demand. This exploratory research uses a qualitative approach carried out in a city in the interior of the state of Minas Gerais, through an open interview guided by triggering questions with 15 doctors from the ESF. Data were collected in August and September 2018, and analyzed according to Bardin's content analysis method. The results pointed to two thematic axes of analysis: the importance of welcoming and the balance of access between spontaneous and programmed demands. It was concluded that it is extremely important to reorganize the work process according to the needs of the ascribed community, balancing the service between spontaneous and scheduled demand, guaranteeing user access.

► **Keywords:** Primary Health Care. User Embrace. Health Services Accessibility.

