



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

EDUARDO PERILLO MENDES DE VASCONCELLOS

TRABALHANDO ENTRE A DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NO  
MUNICÍPIO DE POMPÉIA-SP

SÃO PAULO  
2018

EDUARDO PERILLO MENDES DE VASCONCELLOS

TRABALHANDO ENTRE A DEMANDA ESPONTÂNEA E PROGRAMADA NO  
MUNICÍPIO DE POMPÉIA-SP

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: CAROLINA TEIXEIRA ZAPAROLI

SÃO PAULO  
2018

## **Introdução**

A unidade de saúde Dr Elyσιο Prado Moreira localiza-se na cidade de Pompeia/SP, município com população estimada de cerca de 21600 pessoas (IBGE, 2017).

No município de Pompeia, existem sete unidades de saúde da Família, uma Santa Casa de Misericórdia, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades (Dr. José Trballi Camargo), um Centro de Fisioterapia (Comendador Nivaldo Bueno Brasil) e uma central de medicamentos. A Unidade de Saúde Elyσιο Prado Moreira é constituída por duas Equipes de Saúde da Família (ESF) sendo responsável por cerca de 5040 pessoas, abrangendo tanto território rural quanto urbano. A demanda da unidade é classificada como espontânea e programada.

A demanda espontânea é aqui traduzida como qualquer atendimento que não foi previamente planejado. A demanda programada por sua vez direciona as demandas da população, tendo como eixos a promoção de saúde e a prevenção de agravos.

Na unidade Dr Elyσιο Prado Moreira, a demanda programada atende à saúde do homem; pré-natal, **puericultura**; atendimento do programa de hipertensos e diabéticos; visitas domiciliares; pequenos procedimentos cirúrgicos e saúde mental. Diversos profissionais compõe o atendimento programado de modo integrado. Assim, médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e nutricionistas se revezam no atendimento a pacientes de modo planejado.

Na equipe, a demanda espontânea exacerbada bem como sua imprevisibilidade de entrada tem sido reconhecida como principal desafio à unidade e traz consequências deletérias aos Programas da Saúde da Família, além de dificultar o processo de trabalho.

Desta forma, diante da necessidade reorganizar o processo de trabalho da equipe, este trabalho objetiva identificar as causas do aumento da demanda espontânea, bem como desfiar encaminhamentos que possam auxiliar o planejamento da demanda espontânea, conservando os princípios éticos do SUS: universalidade, integralidade e equidade.

## **Objetivos (Geral e Específicos)**

Objetivo geral: subsidiar o processo de reorganização do trabalho da equipe da unidade de saúde Dr Elysio Prado Moreira, através de uma roda de conversa ou nos espaços já existentes de reunião de equipe.

Objetivos específicos:

- ♦ Descrever o processo de trabalho da unidade Dr Elysio Prado Moreira;
- ♦ Identificar as causas que elevam a demanda espontânea;
- ♦ Identificar os motivos que determinam a imprevisibilidade de chegada da demanda espontânea;
- ♦ Discutir o acolhimento do serviço em equipe;
- ♦ Avaliar como a demanda espontânea recai sob a qualidade da demanda programada;
- ♦ Estabelecer estratégias para garantir o atendimento dos serviços

## **Método**

### **Metodologia**

**Local:** Unidade de Saúde da Família Dr Elyσιο Prado Moreira. Município de Pompéia-SP

**Público alvo: Profissionais da Saúde**

### **Desenvolvimento de ações**

Na USF Dr Elyσιο Prado Moreira, a grande demanda espontânea, bem como sua imprevisibilidade de chegada foram identificados como o principal problema da unidade, dificultando os processos de trabalho e a efetivação dos princípios do SUS. Dessa forma, foi realizada uma pauta permanente na reunião de equipe.

Assim, em cada reunião de equipe, além das pautas e informes cotidianos, a equipe da unidade discute uma pauta acúmulo ligada direta ou indiretamente a demanda espontânea elevada e a imprevisibilidade da chegada dos pacientes a unidade.

As questões que nortearam os objetivos do trabalho serão discutidas a cada reunião de equipe com a seguinte cronologia:

1ª reunião: quais suas funções durante a rotina semanal da unidade?

2ª reunião: a demanda espontânea está elevada, baixa ou normal? Se está aumentada, por que? Por que o paciente não chega no horário destinado a demanda espontânea?

3ª reunião: quais são as dificuldades do acolhimento?

4ª reunião: como o atendimento programado está sendo afetado pelo aumento da demanda espontânea?

5ª reunião: os encaminhamentos propostos ao longo das reuniões estão sendo implantados?

6ª reunião: Houve benefícios e/ou prejuízos no processo de trabalho? Como os encaminhamentos alteraram o processo de trabalho de cada um na unidade?

7ª reunião: apresentação dos dados e avaliação de equipe.

As pautas sobre o tema serão realizadas após os informes ordinários de cada reunião.

O tempo estimado é de duas semanas para cada questão do roteiro, variando conforme a própria realização das reuniões de equipe.

O tempo de discussão de cada questão do cronograma será de 20 minutos a 1 hora.

### **Monitoramento e avaliação**

O monitoramento será feito por meio da apresentação do diagnóstico situacional da unidade de saúde e durante a 5ª reunião de equipe - os encaminhamentos propostos ao longo das reuniões estão sendo implantados?

A avaliação será realizada na 6ª reunião de equipe e contará com a opinião de todos os funcionários da unidade, presentes na reunião.

### **Cronograma:**

Data: 09/03 -16/03/18

1ª reunião: quais suas funções durante a rotina semanal da unidade?

Resultados parciais disponíveis

Data: 04/05 -11/05/18

2ª reunião: a demanda espontânea está elevada, baixa ou normal? Se está aumentada, por que?

Por que o paciente não chega no horário destinado a demanda espontânea?

Resultados parciais disponíveis

Data: 08/06 - 06/07/18

3ª reunião: quais são as dificuldades do acolhimento?

Resultados parciais disponíveis

Data: 27/07 - 03/08/18

4ª reunião: O atendimento programado está sendo afetado pelo aumento da demanda espontânea? Se sim, como?

Monitoramento

Data: 03/08 - 17/08/18

Apresentação do diagnóstico situacional. Os dados utilizados para o diagnóstico situacional serão compilados a partir das discussões em reunião de equipe e dados da demanda da unidade.

Data: 17/08 - 24/08/18

5ª Reunião de equipe com a seguinte pauta: os encaminhamentos propostos ao longo das reuniões estão sendo implantados?

Avaliação

Data: 24/08 - 31/08/18

6ª reunião: Apresentação do trabalho a equipe.

Mote da reunião: houve benefícios e/ou prejuízos? Como os encaminhamentos alteraram o processo de trabalho de cada um na unidade?

31/08 - 14/09/18: Conclusão do Projeto de intervenção

## Resultados Esperados

### Discussão dos Resultados obtidos e esperados

1ª reunião: 09/03 - 16/03/18

#### Quais suas funções durante a rotina semanal da unidade?

Justificativa - no intuito de reorganizar o processo de trabalho de uma unidade, há a necessidade de conhecermos as funções das diversas categorias do ambiente de trabalho. Trata-se do preâmbulo da discussão, uma forma de conhecer a rotina dos profissionais inseridos na atenção primária.

Durante a reunião, os funcionários da unidade comentaram sobre suas funções na unidade de saúde da família. Participaram cinco agentes comunitárias de saúde, um enfermeiro, dois médicos, um técnico de enfermagem, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar odontológico, um auxiliar de limpeza e um auxiliar administrativa.

Nesta primeira reunião, não houve encaminhamentos e as falas foram agrupadas conforme a categoria dos profissionais da unidade, conforme disposto a seguir:

**Agente de saúde:** monitorar as demandas da unidade; realizar busca ativa de casos; conhecer as condições de vida dos pacientes mais vulneráveis; realizar busca ativa de pacientes com dengue, e realizar bloqueio em casos de surto; acompanhar o tratamento de pacientes com tuberculose; avaliar necessidade da intervenção da vigilância sanitária, ou de orientações do agente de endemias; andar cinco quilômetros por dia.

**Auxiliar de enfermagem e técnico de enfermagem:** realizar coleta de sangue as 4ª feiras pela manhã; administrar medicamentos na unidade; realizar curativos diários na unidade e a domicílios; participar da organização dos insumos da unidade; realizar acolhimento; trabalhar em livre demanda em relação a vacinas e papanicolau (com observação da enfermeira da unidade); administrar inalção; auxiliar em pequenos procedimentos; realizar teste do pezinho; realizar esterilização do material.

**Enfermeira:** realizar acolhimento e triagem; realizar coleta de sangue; administração de medicamentos; curativos; visitas domiciliares; realizar burocracia administrativa com processos de alto-custo e administrativos; solicitar exames complementares; prescrever medicamentos; participar dos programas de saúde (pré-natal, puericultura, hipertensos, diabéticos) realizar encaminhamentos, junto ao médico; coordenar ações realizados pelos agentes comunitários de saúde; gerenciamento de insumos; realizar testes rápidos sob consulta agendada (como teste de HIV, sífilis e hepatite) e o teste de gravidez; realizar notificação compulsória.

**Médico:** realizar consultas clínicas em demanda espontânea e programada dentro dos programas de saúde da família (diabetes, hipertensão, pré-natal, puericultura, saúde mental e outras doenças crônicas), além de realizar visitas domiciliares e realizar procedimentos na unidade de saúde da família. Quando necessário, encaminhamento para média complexidade ou serviços de referência. Coordenar, junto a enfermeira da unidade, as atividades das agentes comunitárias de saúde. Participar de espaços comunitários como escolas e realizar palestras em grupo. Realizar notificação consultória.

**Dentista:** trabalhar com a demanda espontânea e programada. Encomendar próteses e exames dentários, quando necessário; realizar visita domiciliar; participar da organização de insumos.

**Auxiliar odontológico:** auxiliar nas consultas e procedimentos; organizar a agenda da dentista; esterilizar o material necessário.

**Auxiliar administrativa:** realizar o cartão SUS -com um documento e comprovante de endereço; realizar atualização cadastral; organizar a agenda da unidade; orientar sobre a triagem, respeitando o paciente; orientar sobre o local onde são feitos os exames e horários; alertar sobre possíveis intercorrências; solicitar água da unidade.

**Auxiliar de limpeza:** realizar a limpeza da unidade; gerenciar insumos de limpeza; coletar de lixo; limpar material de possíveis intercorrências; limpar panos e lençóis; assegurar cozinha e banheiros limpos.

2ª reunião: Data: 04/05 -11/05/18

### **Quais os motivos da demanda espontânea elevada e da imprevisibilidade da chegada da demanda espontânea a unidade?**

Presentes: um enfermeiro; dois médicos; um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar recepcionista.

O número de atendimentos da demanda espontânea foi caracterizado como elevado por todos os funcionários presentes, a fala mais exemplificadora da demanda espontânea exagerada foi dada pelo Funcionário 1: "(...) a rotina aqui é corrida, são 60 pacientes de demanda espontânea, 20 para cada médico e mais 20 para enfermeira").

Durante a reunião, evidencia-se um desequilíbrio entre demanda espontânea e demanda programada "nós atendemos 20 pacientes em demanda espontânea, e na maioria das vezes cinco ou seis pacientes dos programas de saúde preconizados" (Funcionário 2).

A necessidade de trabalhar o modelo de acolhimento/triagem, bem como de lidar com as dificuldades das reclamações durante o acolhimento foram colocados por três funcionários: "muitos pacientes da demanda espontânea deveriam ser agendados, porque não tem critérios de urgência, não são agudos. Muitos vem só para receber explicação dos resultados dos exames, mesmo com resultados normais" (Funcionário 3); "a principal dificuldade do acolhimento é que alguns pacientes tem acesso rápido a gestão da secretaria de saúde. Se diz que não vai atender, eles reclamam e nós que vamos ser cobrados, depois de alguns minutinhos" (Funcionário 4).

Outra dificuldade identificada é o horário de chegada do paciente, visualizada pela fala do Funcionário 5: "(...) o chato é o horário que chega o paciente. Eles chegam próximo do horário do almoço, não deixam os doutores almoçarem a atrasam os pacientes agendados". Segundo os funcionários, a imprevisibilidade de chegada dos pacientes se dá por dois motivos principais:

1. Inexistência de um Pronto-Atendimento na cidade "(...) dependendo do horário que o paciente fica doente, o único lugar que ele pode vir é aqui" (funcionário 5);
2. Inexistência de um canal de comunicação com a santa casa ("o problema é que os pacientes que vão a santa casa da cidade, se não são emergência, são reencaminhados a unidade, sem se importar com a nossa demanda programada").

Durante a discussão, foi colocada a necessidade de estudar os motivos que levam os pacientes a demanda espontânea. ("tem que ver quantos são queixas agudas; quantos são graves; quantas são pra resultado de exames de rotina, enfim, estudar porque o paciente procura o posto" (Funcionário 6).

Um funcionário demonstrou que a demanda espontânea pode se dar por falha da estratégia preventiva "...essa demanda espontânea cheia mostra também um trabalho da que beira um regime de pronto- atendimento de baixa complexidade, se tem dor, toma um analgésico, mas porque tem a dor, e como prevenir. Um paciente em crise hipertensiva, significa pouca eficácia no controle da hipertensão. O mesmo vale para crises de enxaqueca, se ocorrem com muita frequência, vale a pena fazer profilaxia para evitar as crises álgicas, o que diminuiria a demanda espontânea" (Funcionário 7).

Outros funcionários colocaram o déficit profissional frente ao crescimento da população adscrita da unidade "eu acho que a gente está sobrecarregado, porque a população da cresceu muito, o número de pacientes é muito alto para esta equipe" (Funcionário 8);

Um funcionário expôs a sensação de aumento da prevalência das doenças na população "acho que o povo está sem trabalhar, mais ansioso, sofrendo mais e adoecendo mais também" (Funcionário 5); por fim, um funcionário lembrou a existência de super-



frequentadores das unidades “o número de atendimentos é alto, mas tem alguns pacientes que vêm muito. Parece que trabalha aqui” (Funcionário 9).

## Encaminhamentos

1. Horário limite da chegada dos pacientes na demanda espontânea: 10 horas para pacientes moradores da zona urbana.

Pacientes que chegarem após esse horário, passariam por triagem, caso não seja uma queixa aguda, preferencialmente serão agendados em outros dias. Caso haja critério de urgência, o paciente seria atendido consoante o preconizado no caderno de saúde número 28:

- atendimento imediato

- atendimento prioritário.

- atendimento no dia.

Os pacientes julgados com queixas agudas, mas não prioritárias, nem imediatas serão atendidos em encaixe, preferencialmente após o atendimento da demanda programada.

Idosos frágeis, gestante e residentes de áreas rurais serão atendidos ou agendados de forma preferencial.

2. Os exames solicitados sem critério de urgência, serão deixados na unidade pelo paciente. O médico e a enfermeira irão avaliá-lo até o próximo dia útil. Caso haja alguma alteração nos exames, será marcada consulta, no intervalo de tempo indicado pelos médicos da unidade.

3. Realizar estudos sobre o perfil da demanda espontânea do local (diagnóstico situacional anterior ao projeto de intervenção) Anexo A.

4. Será realizado um ofício dos médicos sobre o tempo mínimo de atendimento, o que recai necessariamente sobre o número de atendimentos atendidos por dia (anexo B).

5. Comunicar ao departamento de higiene e saúde um espaço para discussão do fluxo dos pacientes na Santa Casa e nas unidades.

6. Os pacientes super utilizados da unidade serão mapeados e discutidos junto ao NASF.

3ª reunião: Data: 08/06 - 06/07/18

## **Como trabalhar com acolhimento?**

Nesta reunião, os funcionários foram instruídos a refletirem sobre as dificuldades do acolhimento e a estudar o caderno de saúde número 28, bem como outros materiais encontrados, desde que apresentem suas fontes.

Participaram da reunião: dois médicos, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar de enfermagem e um agente comunitário de saúde.

Durante a discussão, o termo acolhimento foi lembrado pelo Funcionário 1 “como uma postura ética que envolveria um tripé: escuta ativa; compartilhamento de saberes e angústias; e oferta dos atendimentos da unidade”

As duas principais dificuldades expostas pelos funcionários é baixa resolutividade do acolhimento e a autonomia limitada para agendar o paciente que não apresente critério de urgência. (“...a gente tenta resolver, mas a maioria quer pedido de exames, quer passar com o médico e reclama muito se não passa”).

As queixas mais comuns foram catalogadas segundo o modelo de acolhimento do caderno 28 de saúde: atendimento imediato; prioritário; no dia.

Na discussão, para dirimir possíveis dúvidas, procuramos exemplificar diversas situações clínicas e classificá-las segundo o modelo preconizado.

**Atendimento imediato (alto risco de vida):** exemplos - alergia associado a dispneia (choque anafilático); dificuldade respiratória grave (os sinais de esforço respiratória foram lembrados); convulsão, dor severa (acima de 8 em escala analógica da dor); alterações da pressão (pressão sistólica acima de 180 mmHg ou acima 120 mmHg da pressão diastólica, acompanhada de sintomas); cefaleia com alterações dos sinais vitais ou com alteração do estado de consciência; alterações de glicemia (glicemia capilar menor que 50 mg/dl ou glicemia capilar acima de 600 mg/dl apresentando outros sintomas, como dor abdominal, alteração da consciência dispneia); sinais de desidratação grave (alteração da consciência, sonolência; diminuição de diurese, mucosas secas e outros); perda de acuidade visual aguda; intoxicações agudas; risco de suicídio.

**Atendimento prioritário (risco moderado):** exemplos - dor severa (como cólica nefrética, dor dentária, dor abdominal); febre ativa; pressão sistólica acima de 180 mmHg ou diastólica 120 mmHg de forma assintomática; crise asmática leve; crise de pânico; paciente vítima de abuso; trauma recente; gestante com dor abdominal; glicemia acima de 600 mg/dl sem outros sintomas; sinais de desidratação moderada; paciente em vigência de vômitos; tontura ou vertigem em curso no momento da triagem; queimaduras de grande media extensão; corpo estranho no olho; intoxicação alcoólica aguda.

**Atendimento no dia (risco baixo ou ausência de risco com vulnerabilidade importante):** exemplos - glicemia capilar maior que 300 mg/dl sem outros sintomas; tosse sem outros comemorativos; sinais de desidratação leve; disuria, não acompanha de febre ou de diminuição da pressão; lesões de pele agudas; constipação abdominal não acompanha de dor forte; dismenorrea em vigência; amigdalite sem vigência de febre; dorsalgias; conjuntivites.

#### **Encaminhamento:**

Acordamos que não haveria tempo de espera nos casos de atendimento imediato; no casos prioritários, o tempo de espera seria de até 30 min; nos casos de baixo risco, enquanto o tempo de espera seria de no máximo 2 horas.

4ª reunião: Data: 27/07 - 03/08/18

### **Como o atendimento programado está sendo afetado pelo aumento da demanda espontânea?**

Nesta reunião, os funcionários colocam que a demanda espontânea elevada traz sobrecarga de trabalho o que prejudica a capacidade profissional de trabalhar com a demanda programada. Essa percepção é explicitada na fala do funcionário 1:

“Quando tem muitos pacientes, a gente fica cansado. Se isto acontece todo dia, é natural que a gente erre mais; procure fazer um exame menos exigente, para ir mais rápido e sobrar algum tempo para respirar”.

A partir da fala do funcionário 2 e 3, percebe-se que não só a demanda espontânea elevada, mas também o horário de chegada às unidades tem representado uma grande dificuldade de trabalhar adequadamente com os pacientes agendados, uma vez que dificulta o planejamento do atendimento da demanda programada:

Funcionário 3: “do jeito que está não tem regra de horário de chegada do paciente a tarde, que é quando atendemos os pacientes dos programas de saúde, então não sabemos quantos pacientes tem, nem quanto tempo destinar a cada paciente”.

Funcionário 4: “se você sabe que tem 40 min com o paciente e durante este tempo não vai aparecer outros pacientes, nem vão reclamar do tempo de espera, você fica tranquilo para pesquisar bem o prontuário, dá pra ver há quantos meses o paciente não faz exames; tem tempo de desenvolver mais a anamnese, perguntando sobre parâmetros alimentares, orientando a dieta; orientando sobre possíveis angustias do paciente; sobre os riscos dos antiinflamatórios e pode desenvolver mais o exame físico, por exemplo medindo a cintura

abdominal, avaliando a sensibilidade vibratória com o diapasão e com monofilamentos, o que em pacientes diabéticos, é extremamente útil”.

Ainda sobre o desenvolvimento dos programas, percebe-se a preocupação de uma demanda programada mal manejada, o que repercute na demanda espontânea como círculo vicioso, quanto maior a demanda espontânea, pior a qualidade da demanda programada, o que por sua vez, aumenta a demanda espontânea. Essa reflexão aparece de uma exemplificada na fala do funcionário 5: “se a gente não faz um bom trabalho com hipertensos e diabéticos, é esperado que tenhamos mais demanda espontânea, porque uma glicemia descontrolada pode gerar úlceras infectadas; aumento de curativos; pode causar uma cistite, uma candidíase, aumenta a chance de AVC, o que aumentaria ainda mais nossa demanda de visitas domiciliares”

Por fim, a partir da fala do funcionário 6, percebe-se que o aumento da demanda espontânea, bem como sua imprevisibilidade de chegada, são fatores que encurtam o tempo de consulta dos pacientes dos programas de saúde, prejudicando inclusive a alimentação de dados do e-sus sobre marcadores alimentares, bem como outros parâmetros essenciais para avaliar os programas de saúde da família.

“... outro problema da demanda espontânea cheia é que não sobra tempo de fazer várias funções que em tese seriam nossas, como alimentar os programas do e-sus sobre marcadores alimentares, número de consultas de puericultura; a caracterização de pacientes diabéticos insulino-dependentes, tudo isso, e ainda tem notificação compulsória, processos administrativos, de alto custo, que também são nossas funções”.

#### **Encaminhamento:**

Os pacientes da demanda programada serão agendados com intervalo de tempo pré-definido para os programas de saúde. Acordamos:

- 30 min para hipertensos e diabéticos;
- 40 min para pré-natal;
- 30 min de puericultura;
- uma hora para cada pequenos procedimentos cirúrgicos;
- 20 min para limpeza de ouvidos

## Referências

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2017. Disponível em:  
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/pompeia/panorama>> Acesso em 27 mai 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à demanda espontânea na APS. Cadernos de Atenção Básica, no 28, volume 1. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010.

INOJOSA, R M, Acolhimento: A qualificação do encontro entre profissionais de saúde e usuários. X Congresso INternacional de CLAD sobre a Reforma o Estado e da Adminstração Pública, Santiago, Chile, 18 .2005.

PAULINO, J. P. Demanda Espontânea x Demanda Programada: Lidando com a procura maior que a oferta. 2014. 25. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.