

Artigo Original

Bohusch G, Acioli S, Rafael RMR, Mello AS, Roza J, Silva HCA

Fragilização da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea na atenção primária

Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200314

doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>

Fragilização da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea na atenção primária

Weakening of nurses practice delivering same day-access in primary care

Fragilización de práctica de la enfermería a consulta a demanda espontánea en atención primaria

Gláucia Bohusch^a <https://orcid.org/0000-0002-3529-7399>

Sonia Acioli^b <https://orcid.org/0000-0002-0772-8235>

Ricardo de Mattos Russo Rafael^b <https://orcid.org/0000-0003-1315-4271>

Alex Simões de Mello^b <https://orcid.org/0000-0003-2078-735X>

Juliana Roza^c <https://orcid.org/0000-0002-6615-3603>

Halene Cristina de Armada e Silva^d <https://orcid.org/0000-0001-7427-781X>

Como citar esse artigo:

Bohusch G, Acioli S, Rafael RMR, Mello AS, Roza J, Silva HCA. Fragilização da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea na atenção primária. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200314. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200314>

RESUMO

Objetivo: Analisar as fragilidades da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea nas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro.

Método: Estudo qualitativo realizado no Rio de Janeiro, em 2016, com 20 enfermeiros recrutados não intencionalmente. Aplicou-se o grupo focal e a observação simples, e os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo.

Resultados: O atendimento por demanda espontânea provoca tensões e sobrecarga no trabalho. O enfermeiro e o agente comunitário de saúde são os principais responsáveis pela organização do acesso.

Considerações finais: Constatou-se a incompreensão da prática da demanda espontânea como integrante da gestão do cuidado, além da polissemia relacionada ao termo. Enquanto para alguns as práticas de acolhimento significam maior autonomia, incorporando um escopo maior de ações referentes ao atendimento e ampliando a sua prática clínica; para outros,

^a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Colégio de Aplicação. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola de Enfermagem Anna Nery, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

^d Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

representam uma etapa que antecede a consulta médica e um elemento desorganizador da assistência.

Palavras-chave: Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Objective: To identify and analyze the weaknesses of the nurse's practice in meeting spontaneous demands in primary care units in the city of Rio de Janeiro.

Method: Qualitative study carried out in Rio de Janeiro, in 2016, with 20 nurses recruited unintentionally. The focus group and simple observation were applied, and data were subjected to thematic content analysis.

Results: The spontaneous demand service causes tensions and work overload. Nurses and community health agents are primarily responsible for organizing access.

Final considerations: There was a lack of understanding of the practice of spontaneous demand as part of care management, in addition to a polysemy related to the term. While for some, welcoming practices means greater autonomy, incorporating a larger scope of actions related to care and expanding their clinical practice; for others, they represent a stage that precedes medical consultation and a disorganizing element of care.

Keywords: Health knowledge, attitudes, practice. Health services needs and demand. Primary health care.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar las debilidades de la práctica de la enfermera para atender la demanda espontánea en las unidades de atención primaria de la ciudad de Rio de Janeiro.

Método: Estudio cualitativo realizado en Rio de Janeiro, en 2016, con 20 enfermeras reclutadas de manera no intencional. Se aplicó el grupo focal y la observación simple, y los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático.

Resultados: El servicio de demanda espontánea genera tensiones y sobrecarga de trabajo. La enfermera y el agente de salud de la comunidad son los principales responsables de organizar el acceso.

Consideraciones finales: Existía una falta de comprensión de la práctica de la demanda espontánea como parte de la gestión del cuidado, además de una polisemia relacionada con el término. Mientras que para algunos las prácticas de acogida significan una mayor autonomía, incorporando un mayor abanico de acciones relacionadas con el cuidado y ampliando su práctica clínica; para otros, representan una etapa que precede a la consulta médica y un elemento desorganizador de la atención.

Palabras clave: Conocimiento, actitudes y práctica en salud. Necesidades y demandas de servicios de salud. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as práticas do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde (APS) foram normatizadas e reorientadas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional da Atenção Básica⁽¹⁾, em conjunto com outras políticas de saúde como a Política de Acolhimento à Demanda Espontânea e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQAB)⁽²⁻³⁾. Essas políticas redefiniram o modelo de atenção à saúde,

pois induziram mudanças no processo de trabalho do enfermeiro e na organização do processo de trabalho das equipes de saúde.

A APS no município do Rio de Janeiro é orientada pelo modelo de atenção composto por Clínicas da Família, cujo objetivo são as ações de promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de doenças, tendo ocorrido um aumento na cobertura assistencial, realizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), de 3,5% em 2009 para 70% em 2017⁽⁴⁾. Dentre as propostas da gestão municipal, figurava a valorização do médico de família como especialidade prioritária na organização do processo de trabalho, além da forte indução para o aumento do acesso e da resolutividade das equipes de saúde, por meio de documentos normativos, adoção de novos indicadores e pagamento por desempenho⁽⁵⁾.

Na perspectiva de ampliação da porta de entrada, bem como da qualificação das respostas oferecidas à população pelas equipes da APS, sob a lógica do modelo da ESF, o enfermeiro foi convocado a modificar a sua prática e ampliar seu escopo de atuação clínica nos atendimentos aos usuários por demanda espontânea⁽⁵⁾.

Essa recondução nas práticas da APS do município apontava novos desafios aos enfermeiros, à medida que aproximava a gestão municipal e o Conselho Regional de Enfermagem, seção Rio de Janeiro. A parceria se consolidou e, em 2012, publicaram o Protocolo de Enfermagem da Atenção Primária do Município do Rio de Janeiro. O documento estabelecia normas e autorizava o enfermeiro a acompanhar usuários em condições de saúde crônicas, assim como permitia algumas ações relacionadas a enfermidades agudas⁽⁵⁾.

Sabe-se que a ampliação da prática clínica do enfermeiro pode impactar na resolutividade do cuidado e auxiliar no fortalecimento da referência usuário-enfermeiro, construindo maior credibilidade perante a população atendida. Cabe ressaltar que o aumento da autonomia clínica do enfermeiro não pressupõe a substituição do profissional médico pelo enfermeiro. Um modelo de atenção compartilhada entre enfermeiros e médicos de família tende a facilitar o acesso aos serviços e qualificar o cuidado dentro da especificidade de cada núcleo profissional⁽⁶⁾.

Reforça-se, ainda, a importância da cooperação entre as categorias, tendo em vista a integralidade do cuidado. A colaboração interprofissional tem o objetivo de aumentar a abrangência de atuação da equipe para a resolução dos problemas de saúde da população atendida; é essencial, em vista disso, que esta prática seja realizada por todos os membros da equipe e não somente por médicos e enfermeiros^(1,7).

No entanto, o enfermeiro da ESF, diante das necessidades da população, pode tornar-se o único profissional protagonista no acolhimento da demanda espontânea, ocasionando impedimentos ou gerando dificuldades para o desenvolvimento de outras atribuições exclusivas da sua competência profissional. Dentre os fatores potencializadores desse fenômeno, estão: 1) a falta frequente de médicos nas equipes; 2) a falta de capacitação profissional para os atendimentos de demandas clínicas; e 3) a pressão assistencial elevada com sobrecarga de trabalho⁽⁸⁻⁹⁾.

O atendimento à demanda espontânea é uma das práticas de enfermeiros e médicos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e, por vezes, tem limites pouco claros quanto às atribuições de cada núcleo profissional, o que se traduz na priorização e/ou direcionamento para consultas e procedimentos médicos⁽⁶⁾. Uma das causas dessa indefinição é a elevada escassez e rotatividade de médicos na APS. Porém, deve-se, igualmente, refletir sobre a necessidade de se implementar o acolhimento com o protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde; reorganizar os serviços a partir da problematização dos processos de trabalho; e ampliar dos espaços democráticos de discussão, escuta e decisões coletivas⁽⁸⁾.

O enfermeiro, que assume parte importante da carga de trabalho, principalmente em relação ao atributo da coordenação do cuidado, pode enfrentar acúmulo de atribuições e sobrecarga de trabalho⁽⁹⁾. Vale destacar que tal coordenação é responsabilidade de toda a equipe da APS e não somente do enfermeiro, sendo necessária, para a produção em saúde, a socialização entre os diversos saberes e práticas, a fim de intervir com maior efetividade nas situações complexas da área adscrita⁽⁷⁾.

No entanto, a indefinição na prática do acolhimento não é agravada apenas pela ausência do profissional médico, mas também é consequência de uma proposta de acolhimento que transversaliza o processo de trabalho, em que todos os trabalhadores, de forma colaborativa, devem acolher as demandas e necessidades dos usuários⁽⁷⁻⁸⁾.

As condições acima descritas podem levar os profissionais à pressão pelo atendimento rápido, à sobrecarga e ao sofrimento, os quais favorecem práticas focadas na queixa-conduta, com uma escuta menos sensível. Esses fatores tendem a levar o trabalhador à adoção de posturas defensivas frente às necessidades de saúde dos usuários⁽⁹⁾, prejudicando uma avaliação qualificada e pautada nos determinantes e condicionantes de saúde da população⁽⁷⁾.

Assim, foi traçada a seguinte questão norteadora para este estudo: Como se apresentam as fragilidades da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea nas unidades de Atenção Primária? Nesse sentido, ao lançar um olhar sobre a transformação

proposta pela APS, este estudo tem como objetivo analisar as fragilidades da prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea nas unidades de atenção primária do município do Rio de Janeiro.

MÉTODO

Delineou-se esta pesquisa como um estudo exploratório de abordagem qualitativa. O cenário foi composto por UAPS com ESF, situadas na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro/ RJ, inseridas na Área Programática 5.3. Esta é uma das 10 áreas programáticas do município do Rio de Janeiro que funcionam como regiões administrativas no setor saúde, obedecendo à lógica de distribuição dos serviços e níveis de atenção. A pesquisa tem inserção no projeto intitulado Práticas e Saberes dos Enfermeiros na Atenção Primária: diálogos com a educação popular em suas perspectivas teórico-metodológicas.

Para a realização do estudo, foi selecionado um enfermeiro de cada UAPS na Área Programática 5.3, totalizando 25 enfermeiros. A Área Programática 5.3 possui 25 UAPS, das quais 15 são Tipo A (Clínicas da Família), ou seja, possuem todo o território de atuação coberto por equipes de ESF, e 10 são Tipo B (Centros Municipais de Saúde), tendo parte do território coberto por equipes de ESF.

Dentre os 25 enfermeiros selecionados, 20 participaram do estudo. Os participantes foram recrutados de forma não intencional, escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro de uma equipe de ESF completa com todas as categorias profissionais; estar vinculado a uma equipe há pelo menos seis meses; ser o enfermeiro da equipe da sua UAPS com o maior número de famílias por equipe. Foram excluídos do estudo os enfermeiros que estavam sendo substituídos temporariamente por outro profissional; que estivessem em licença-saúde/férias; ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados.

Os dados foram coletados no período de maio a julho de 2018, por meio das técnicas de observação simples e grupo focal (GF)⁽¹⁰⁾. Os enfermeiros autorizaram serem observados durante um turno de trabalho correspondente a quatro horas. Foram acompanhados seis enfermeiros, totalizando 68 observações de consultas de enfermagem no atendimento à demanda espontânea, com duração média de 20 minutos por consulta. O material foi coletado e sistematizado por meio de um diário de campo registrado em caderno de notas.

Para a realização do GF, os 20 enfermeiros foram convidados previamente por contato telefônico, sendo acordado local e data para a realização dos grupos, de modo que não interferisse na rotina de trabalho dos participantes. Foram formados dois grupos com 10 participantes, para que estes pudessem expor suas opiniões e pontos de vista sobre a temática

do estudo. Os grupos foram realizados na sala de reunião de uma das UAPS onde permaneceram somente a pesquisadora e os entrevistados.

Os dois GF foram gravados em áudio e o debate foi guiado por perguntas com temas geradores sobre o objeto de estudo, sendo elas: O que vocês consideram demanda espontânea/livre/queixa aguda em suas práticas diárias como enfermeiros da APS? Quais as práticas do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea? Qual a relação entre as práticas voltadas para o atendimento à demanda espontânea e suas demais atribuições? Existe alguma relação?

Os dois grupos tiveram duração média de 50 minutos e ocorreram na sede do Conselho Distrital de Saúde na Área Programática 5.3. Durante a análise do material coletado nos GF, a equipe de pesquisa averiguou a saturação⁽¹⁰⁾ dos dados quando estes passaram a apresentar repetição. Com isso, não foi necessário marcar novos encontros com os sujeitos da pesquisa.

Na etapa da pré-análise, a gravação do conteúdo do GF foi transcrita e analisada, seguindo-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin⁽¹¹⁾. Na etapa de exploração do material, foram retomados o objeto de estudo e os objetivos da pesquisa e iniciou-se a codificação das Unidades de Registro (UR). Para o tratamento dos resultados, as UR, depois de identificadas, foram agrupadas, resultando em Unidades de Significação (US) ou temas⁽¹¹⁾.

Após o mapeamento e quantificação das UR, emergiram três categorias: Visões e sentidos da prática profissional no atendimento à demanda espontânea; Limites da prática profissional no atendimento à demanda espontânea; Transformações da prática: acesso e atendimento à demanda espontânea. No entanto, para este artigo, foi explorada apenas uma das categorias: Limites da prática profissional no atendimento à demanda espontânea.

Os enfermeiros foram denominados pela sigla GF 1 ou 2, conforme o grupo participante, seguida da sigla “Enf” e número arábico sequencial, segundo a ordem de participação.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo sido respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos descritas na Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob Parecer n° 2481797, e pela Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, mediante Parecer n° 2601693.

RESULTADOS

Do total de 20 enfermeiros que participaram do estudo, 95% eram mulheres, com média de 33 anos de idade. Notou-se que a maioria permanecia na mesma unidade e equipe desde que entrara na APS, tendo, em média, cinco anos de atuação no município.

Em relação à formação, 85% têm até 10 anos de formado(a); 70% realizaram a graduação de enfermagem em instituições privadas; 90% possuem especialização *lato sensu* na área da APS, tendo 72% desses cursos sido realizados em instituições privadas; 6% realizaram a especialização na modalidade residência em Saúde da Família; e 17% possuem, além de especialização *lato sensu*, formação *stricto sensu* na modalidade mestrado.

Durante o tratamento dos dados coletados por meio dos GF, emergiu a categoria nomeada “Limites da prática profissional no atendimento à demanda espontânea”, que apresentou 248 UR, constituindo 39,61% do total de UR do estudo. Os resultados coletados ao longo das observações, por meio do diário de campo, apoiaram os pesquisadores no decorrer da análise e condução dos GF.

Esta categoria apontou diversas situações relacionadas à demanda espontânea na APS que fragilizam o atendimento, as quais envolvem: o aumento do tempo de espera do usuário; o atendimento voltado para a queixa-conduta; o impacto na organização do serviço; a deficiência da participação multidisciplinar; a coordenação do cuidado; a sobrecarga do enfermeiro na APS, dentre outras.

Os entrevistados manifestaram que a chegada dos usuários por demanda espontânea é um fator desorganizador no processo de trabalho das UAPS:

[...] demanda espontânea gera impacto na organização do processo de trabalho (GF1- Enf 8).

[...] se o enfermeiro acolhe tudo na demanda espontânea, o paciente vai querer resolver tudo por demanda espontânea (GF1- Enf 12).

No entanto, verificaram-se visões discordantes dos profissionais no tocante ao acesso por demanda espontânea, como demonstrado na seguinte fala:

[...] O atendimento à demanda espontânea pelo enfermeiro é uma oportunidade de trabalhar a integralidade do cuidado [...] (GF2-Enf 4).

Nos GF, foi possível captar divergências nas falas dos enfermeiros acerca do papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no modelo de acolhimento/primeira escuta das Clínicas da Família. Um grupo de enfermeiros acredita que é responsabilidade dos ACS realizar a primeira escuta do usuário quando este chega na unidade de saúde. Outros enfermeiros não

concordam, pois entendem que os ACS não estão suficientemente capacitados para a realização da primeira escuta, avaliação de risco e estabelecimento da ordem de prioridade do atendimento.

Demanda espontânea é quando o ACS não consegue resolver no acolhimento e passa para o enfermeiro (GF1-Enf 5).

O ACS não tem capacitação específica para estar no acolhimento (GF1- Enf 1).

Não é responsabilidade do ACS classificar o risco do paciente (GF1- Enf 12).

Notaram-se diversos arranjos na organização da porta de entrada das unidades observadas, tendo como característica comum o fato de todos os usuários terem sido ouvidos pelo ACS ou pelo enfermeiro para, em seguida, ser determinado o tipo de atendimento que o usuário receberia.

Quanto ao processo de trabalho relativo à demanda espontânea, os entrevistados revelaram que, por vezes, o engessamento dos fluxos e a sobrecarga de trabalho dificultam o acesso dos usuários aos serviços de saúde, principalmente quando há o aumento da população adscrita e a não há a implantação proporcional de novas equipes de ESF pela gestão municipal. Além disso, relataram o impacto causado na organização do acesso devido à falta de profissionais na composição mínima das equipes (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS), conforme exposto nas falas abaixo:

A população adscrita está crescendo, mas o número de profissionais não está sendo compatível à demanda da população (GF1- Enf 10).

A falta de médicos nas equipes piora a organização da demanda espontânea (GF1- Enf 10).

Se as equipes estivessem completas, conseguiríamos fazer a primeira escuta/acolhimento no consultório (GF1- Enf 03).

Outro aspecto relevante foi a organização do acesso nas UAPS. A esse respeito, é importante salientar que, em determinados casos, alguns princípios da APS, em especial a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, podem ser prejudicados quando a primeira escuta e o atendimento não são realizados pela equipe de referência.

O acolhimento é feito por uma enfermeira para todas as equipes (GF1- Enf 5).

O acolhimento/primeira escuta da unidade é feito a partir da divisão dos pacientes por ordem de chegada pelo total de enfermeiras na unidade que estão no acolhimento/recepção (GF1- Enf 12).

Também foi possível identificar que o acolhimento à demanda espontânea realizado pelos enfermeiros, na visão dos usuários, configura uma barreira ao acesso médico, demonstrando um modelo de atenção médico-centrado. Na expressão a seguir, é possível observar alguns questionamentos em relação ao real propósito do acolhimento: este pode ser entendido como forma de servir ao gestor para diminuir a necessidade de contratação de médicos, ou como forma de benefício da categoria médica, mediante a redução de sua atuação neste local – interpretações que reduzem o real objetivo do acolhimento como local de organização dos serviços e processos de trabalho.

O paciente vê o enfermeiro no acolhimento/recepção como dificultador do acesso ao médico (GF1- Enf 11).

Cabe frisar que o desconhecimento de documentos normatizadores, como os protocolos clínicos assistenciais para a prática do enfermeiro no atendimento à demanda espontânea, pode afetar a consolidação das ações dos profissionais na APS e o fortalecimento da identidade profissional diante da população atendida.

É fundamental a identificação dos papéis e atribuições de cada membro da equipe no atendimento à demanda espontânea (GF1- Enf 11).

Os enfermeiros entrevistados revelaram as tensões diárias na organização do acesso e a dificuldade de cooperação dos colegas médicos na organização e retaguarda do acesso, o que, por origem, evoca a reflexão sobre o compartilhamento de saberes e práticas interprofissionais e a imperiosa necessidade de atuação em equipe, sobretudo na APS.

Há resistência médica em realizar o acolhimento na recepção; só vi uma vez um colega médico realizar o acolhimento durante a greve (GF2- Enf 2).

Lá na frente o médico e a enfermeira resolvem muito. A nossa reunião de equipe fica mais produtiva, pois lembramos dos pacientes que vieram por demanda espontânea. A paciente que tem hanseníase veio ontem e assim vamos organizando o cuidado longitudinal (GF1- Enf 9).

Durante os GF, evidenciou-se, ainda, o julgamento dos profissionais em relação à maneira e a postura com a qual os usuários buscam a unidade de saúde. Os participantes relataram posturas imediatistas e dúvidas dos usuários sobre quando acessar a unidade por meio da demanda espontânea ou programada.

Os usuários têm uma postura imediatista, querem medicação e exames (GF1- Enf 6).

Os usuários ainda têm muita dúvida em relação ao que é uma demanda espontânea (GF1- Enf 9).

As falas retratam a percepção dos enfermeiros da UAPS quanto à gestão municipal, e à própria equipe de ESF, que não conseguem garantir informação e acesso aos serviços oferecidos nas Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro pesquisadas.

Nesse sentido, fica explícita a permanência da lógica dicotômica entre demanda espontânea e programada, visto que, rotineiramente, as equipes organizam suas atividades de acordo com o risco de adoecer, contrariando a prática clínica com foco nas necessidades dos usuários.

DISCUSSÃO

A APS, proposta por Starfield⁽¹²⁾, pode ser avaliada pela existência de quatro atributos essenciais: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade, coordenação da atenção; e três atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

O processo de trabalho do acolhimento à demanda espontânea deve estar pautado em avaliar a necessidade de cuidados imediatos; prestar ou facilitar os primeiros cuidados; identificar vulnerabilidades individuais e coletivas; classificar o risco para definir prioridades de cuidado; organizar a disposição física de pacientes no serviço; e encaminhar os usuários para o cuidado de acordo com sua classificação⁽¹³⁾.

Observou-se neste estudo que, apesar de os enfermeiros indicarem a demanda espontânea como potente estratégia para alcançar os atributos da APS, refutam essa ideia quando vislumbram um processo de trabalho centrado nas ações programáticas e, por vezes, têm dificuldade de compreender o seu papel na organização do acesso.

Historicamente, no modelo tradicional de atenção (centro de saúde tradicional) no Brasil, houve priorização das ações programadas, orientadas pelos grupos de risco, e pouco espaço na organização do acesso para os usuários que apresentassem algum sofrimento agudo⁽¹⁴⁾. Criou-se uma dicotomia entre os tipos de atendimento— demanda espontânea e demanda programada —, o que, por vezes, gera conflitos nas equipes de saúde para a organização do acesso aos cuidados na APS.

A análise das falas dos enfermeiros também demonstrou que a demanda espontânea é considerada uma oportunidade de contato com os usuários que procuram a unidade de atenção primária, com vistas a colocar em prática os atributos essenciais da APS. Ao valorizarem esse encontro com o usuário, os enfermeiros potencializam a formação e manutenção do vínculo

com o usuário e ampliam a integralidade do cuidado à saúde, criando condições para superar antigas dicotomias do campo da Saúde Coletiva e da APS.

Ao mesmo tempo, os participantes compreendem a demanda espontânea como um fator desorganizador no processo de trabalho na ESF. Tal entendimento pode estar ligado não somente à dificuldade de compreensão da demanda espontânea como parte do processo da coordenação do cuidado sustentado pelos pilares da informação, da clínica e da administração/organização, mas também à ocorrência da “pressão” assistencial, oriunda do elevado volume de demanda espontânea que acarreta sobrecarga de trabalho. Somam-se a isso a falta de profissionais médicos na equipe mínima, as tensões relacionadas à organização do acesso e a falta de cooperação médica no atendimento.

Estudos realizados^(8-9,15) corroboram os achados acima, afirmando que a baixa cobertura populacional, o elevado número de pessoas cadastradas, a baixa resolutividade, a falta de ACS, a ineficácia da gestão, a escassez de ações programadas e a alta procura por demandas espontâneas são fatores que limitam o acesso da população e complicam o manejo assistencial pelas equipes de ESF⁽¹⁵⁾.

O atendimento na ESF, na maioria das vezes, decorre da demanda espontânea, a partir de necessidades individuais dos usuários, uma vez que os interesses são geralmente por consultas médicas, encaminhamentos às especialidades e distribuição de medicamentos. Deve-se mencionar, também, que o atendimento desejado pelos usuários se resume, em geral, a encontrar respostas ao adoecimento⁽¹⁵⁾, visto que veem na assistência uma forma de atender às suas necessidades, ainda fortemente centradas no modelo biomédico⁽¹⁴⁾. Assim, justifica-se a percepção do usuário de que o acolhimento à demanda espontânea, realizado pelo enfermeiro, constitui uma barreira que impede o seu acesso à consulta médica.

Tais aspectos revelam a necessidade de construção de espaços dialógicos com os usuários, a fim de promover o esclarecimento acerca dos atributos da APS, bem como abordar a organização e o acesso aos serviços, reforçando a importância da promoção da saúde e a prevenção de agravos.

No que tange à limitação da desvinculação do usuário de sua equipe, é fundamental que a equipe de referência realize a primeira escuta do usuário, o avalie e direcione para o cuidado conforme sua necessidade. Acredita-se que a valorização da dimensão subjetiva e relacional do cuidar fortalece o vínculo entre o enfermeiro e o usuário, estreita os laços e facilita a identificação conjunta dos problemas e soluções, pois aproxima os profissionais do contexto de vida dos usuários, melhorando, assim, a confiança e a satisfação dos usuários com os profissionais e a adesão ao plano de cuidados⁽¹⁶⁾. Dessa forma, o vínculo e a

longitudinalidade da equipe em relação à população adscrita é fator primordial para o alcance da resolutividade e confiança, além de potencializar a coordenação do cuidado dos usuários⁽⁷⁾.

Durante os GF e as observações no campo, alguns enfermeiros consideraram que cabe aos ACS realizarem o acolhimento dos usuários que chegam à unidade, enquanto outros apontaram que os ACS não têm capacitação para esse tipo de atividade.

Na reorganização das UAPS no município do Rio de Janeiro, as equipes foram encaixadas em um modelo de processo de trabalho padronizado, no qual um dos papéis do ACS é realizar o acolhimento/primeira escuta dos usuários na área de abrangência correspondente, dedicando em média três turnos na semana a essa atividade⁽⁴⁾. Sendo assim, observa-se que o acesso às UAPS tem início na primeira escuta realizada pelo ACS e pelo enfermeiro a todos os usuários que buscam atendimento.

Sabe-se que o ACS é um ator importante na equipe de saúde e no acolhimento, sendo uma de suas metas o reconhecimento dos riscos sociais da população assistida. Alguns autores⁽¹⁷⁾ afirmam que há uma crescente formalização da presença do ACS em atividades internas nas unidades de saúde, frequentemente incumbindo o ACS do acolhimento, em detrimento das visitas domiciliares no território.

Quando o acolhimento à demanda espontânea é entendido pela equipe multidisciplinar, como atitude, postura e tecnologia de saúde, percebe-se a possibilidade de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Nesse sentido, ocorre a otimização dos recursos e a ampliação da capacidade resolutiva na resposta às demandas individuais e, simultaneamente, às necessidades populacionais coletivas^(1,4), assim como o compartilhamento da carga de trabalho com os demais membros da equipe.

Contudo, verifica-se um desafio para a consolidação do modelo assistencial pautado na ESF, cuja centralidade das ações em saúde tende a ir ao encontro das necessidades dos sujeitos, ampliando as possibilidades terapêuticas. Sabe-se que, para a consolidação da APS como coordenadora e ordenadora do cuidado da rede de atenção, é necessário que os usuários tenham acesso facilitado e em tempo oportuno quando necessitam, de maneira que se estabeleça a legitimidade da unidade de saúde para a população adscrita^(3,18).

Nesse sentido, identificou-se nos discursos uma retomada da dicotomia entre clínica individual e clínica ampliada com base no contexto epidemiológico. Compreende-se que a clínica individual segue uma lógica centrada no profissional e em procedimentos, ao passo que a clínica ampliada contribui para uma abordagem do adoecimento e do sofrimento, por ser um instrumento teórico e prático que contempla a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde-doença⁽⁷⁾.

A APS deve garantir a provisão de um cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção⁽¹⁸⁾, configurando-se como a coordenação clínica, sendo a demanda espontânea um dos momentos de identificação do cuidado singular pautado nas necessidades de saúde dos sujeitos e de suas famílias⁽¹⁹⁾. Logo, a clínica ampliada deve ser o imperativo ético-político da organização dos serviços e da intervenção profissional⁽²⁰⁾.

Para isso, toda a equipe precisará repensar a organização do processo de trabalho e do acesso. Um dos passos para alcançar esse intento consiste em substituir as ações centradas no procedimento e nos profissionais por um processo de trabalho baseado nas necessidades dos usuários, fortalecendo, desse modo, a integralidade do cuidado nas ações em saúde⁽²⁰⁾.

Cabe destacar que apesar da existência de políticas orientadoras voltadas para a mudança do modelo assistencial, ainda existem no país estabelecimentos de saúde organizados de maneira burocratizada, nos quais os serviços oferecidos são organizados em agendas rígidas, centrados na consulta médica e com oferta limitada de atendimento^(13,17).

Em síntese, fazem-se necessárias estratégias de apoio e educação permanente para o aperfeiçoamento do acolhimento nas equipes de atenção primária, o que poderá transformar as situações do cotidiano em fontes de demandas pedagógicas, no intuito de ampliar a resolutividade, bem como qualificar a abordagem clínica dos casos e os fluxos da rede de atenção à saúde⁽¹²⁾.

Nesse contexto, embora o enfermeiro possua documentos norteadores para atendimento à demanda espontânea, estes são pensados na lógica da equipe multiprofissional; no entanto, é preciso que os instrumentos próprios da profissão de enfermagem sejam empregados, para o adequado embasamento na consulta de enfermagem, utilizando-se abordagens específicas da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), para que sejam reconhecidos, aprimorados e estabelecidos como prática profissional.

Independentemente da forma de acesso da demanda (espontânea ou programada), o essencial é que a consulta seja centrada nas necessidades do usuário e sensível ao contexto psicológico, familiar, comunitário e social dos sujeitos envolvidos, respeitando sua autonomia e favorecendo o autocuidado. Sendo assim, realiza-se o processo de enfermagem com o adequado embasamento teórico a fim de garantir a qualidade da assistência.

Na prática dos enfermeiros, constatou-se a incompreensão de que a demanda espontânea integra a gestão do cuidado; fragilidade no uso do processo de enfermagem; assim como uma importante polissemia relacionada aos conceitos de demanda espontânea, concepções que criaram paradoxos como o aumento da autonomia, com a incorporação e ampliação da prática clínica na APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os contextos e as fragilidades encontrados pelos enfermeiros para a operacionalização da demanda espontânea estão relacionados à: dicotomia entre as demandas programada e espontânea; organização fragmentada do acesso; desvinculação do usuário à sua equipe de referência; organização do processo de trabalho das equipes centrada na consulta médica; pouca compreensão da APS como ordenadora da rede de atenção à saúde; necessidade de fortalecimento da clínica ampliada no trabalho da equipe interdisciplinar; e à inconsistência no uso do processo de enfermagem.

Aponta-se como limitação do estudo a não inclusão das outras Áreas Programáticas do município do Rio de Janeiro. Logo, sugere-se que este estudo seja replicado aos enfermeiros das UAPS dessas outras áreas.

A contribuição deste estudo reside na proposição de uma reflexão com vistas a desconstruir a dicotomia entre demanda programada e demanda espontânea, no intuito de favorecer uma organização do acolhimento como instrumento de tecnologia em saúde, pautada nas necessidades de saúde dos usuários, com garantia de resolutividade pela equipe e não apenas pelo enfermeiro.

Ademais, o atendimento da demanda espontânea pelos enfermeiros, por meio da ampliação da prática clínica e aplicação da SAE, pode permitir melhor organização do processo de trabalho, consolidação do exercício profissional, raciocínio clínico, qualificação do cuidado, além de proporcionar eficácia no acesso dos usuários aos serviços de acordo com suas necessidades de saúde.

Portanto, torna-se premente a necessidade de aprimoramento da formação clínica do enfermeiro, desde a sua formação acadêmica até os processos de educação permanente nos serviços de saúde, e, principalmente, o reconhecimento da demanda espontânea como um instrumento operacionalizador do processo de trabalho e da qualificação dos serviços prestados pela ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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 SUS. Diário Oficial da União. 2017 set 12 [citado 2020 dez 14];154(183 Seção 1):68-76. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 dez 14]. v. 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial União. 2015 out 5 [citado 2020 dez 14];152(190 Seção 1): 668-9. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=05/10/2015&jornal=1&pagina=668&totalArquivos=908>
4. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018;23(6):1903-13. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
5. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (BR). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Enfermagem no cuidado dos ciclos de vida no contexto da atenção primária à saúde [Internet]. Rio de Janeiro; 2017 [citado 2020 dez 14]. Disponível em: https://issuu.com/asasrio/docs/protocoloenfermagem_ciclosdevida_or
6. Salci MA, Meirelles BHS, Silva DMGV. Primary care for diabetes mellitus patients from the perspective of the care model for chronic conditions. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2882. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.1474.2882>
7. Campos GWS. [Public health and collective health: field and core area for knowledge and practice]. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-30. Portuguese. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>
8. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM. Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2071-85. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800018>
9. Freitas PH, Beck CLC, Viero V, Fernandes MNS, Machado KL. Defensive strategies used by nurses in the Estratégia Saúde da Família to cope with distress. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25(4):e3050014. doi: <http://doi.org/10.1590/0104-07072016003050014>
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002 [citado 2020 dez 14]. Disponível em: https://repositorio.observatoriodocuidado.org/bitstream/handle/handle/2326/livro_starfield_atencao_primaria.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento a demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2020 dez 14]. v. 2. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_queixas_comuns_cab28v2.pdf
14. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc.* 2014;23(3):869-83. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300011>
15. Chávez GM, Viegas SMF, Roquini GR, Santos TR. Access, accessibility, and demand at the Family Health Strategy. *Esc Anna Nery.* 2020;24(4):e20190331. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0331>
16. Santos FPA, Acioli S, Rodrigues VP, Machado JC, Souza MS, Couto TA. Nurse care practices in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(6):1060-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>
17. Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do trabalho dos agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MH, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 369-405.
18. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary health care and the coordination of care in health regions: managers 'and users' perspective. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(4):1141-54. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232017224.28632016>
19. Leoneza I, Paz EPA, Guimarães RM, Castro AA. Access to family health unit from the hypertensive's perspective. *Rev Enferm UERJ.* 2017;25:e14442. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.14442>
20. Barbiani R, Nora CRD, Schaefer R. Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2721. doi: <http://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>

Contribuição de autoria:

Gláucia Bohusch - conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração de projeto, recursos, administração de projeto, validação, escrita-rascunho original, escrita- revisão e edição.

Sonia Acioli - conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, administração de projeto, recursos, supervisão, validação, escrita- rascunho original, escrita-revisão e edição.

Ricardo de Mattos Russo Rafael - validação, visualização, escrita- rascunho original e escrita-revisão e edição.

Alex Simões de Mello - visualização, escrita - rascunho original e escrita - revisão e edição.

Juliana Roza - visualização, escrita - rascunho original e escrita - revisão e edição.

Halene Cristina de Armada e Silva - visualização, escrita - rascunho original e escrita - revisão e edição.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

Autor correspondente:

Gláucia Bohusch

e-mail: glauciabohusch@gmail.com

Recebido: 14.08.2020

Aprovado: 12.01.2021

Editor associado:

Carlise Rigon Dalla Nora

Editor-chefe:

Maria da Graça Oliveira Crossetti

PREPRINT