



A DEMANDA ESPONTÂNEA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO INTEGRATIVA

SPONTANEOUS DEMAND IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN INTEGRATIVE REVIEW LA DEMANDA ESPONTÁNEA EN LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMILIA: UNA REVISIÓN INTEGRADORA

Isabela Tavares Amaral¹, Ana Lúcia Abrahão², Fernanda Rocha Pina³

RESUMO

Objetivo: analisar a produção científica que tratem sobre a demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família. **Método:** revisão integrativa, nos últimos 5 anos, nas bases de dados LILACS e BDNF, com vistas a responder a seguinte questão << Como se dá a integração da demanda espontânea às atividades programadas da Estratégia de Saúde da Família? >> Foram utilizadas combinações entre as palavras-chave: “demanda espontânea”, “atenção básica”, “estratégia Saúde da Família” e o descritor: “Atenção Primária à saúde”. Os dados foram tratados a partir da Técnica de Análise de Conteúdo na modalidade Análise Temática. **Resultados:** foram analisados sete artigos, todos encontrados na base LILACS. **Conclusão:** Foi percebida a escassez de material dos últimos cinco anos que discute a temática, sugere-se a continuidade de estudos voltados à demanda espontânea no cenário da Estratégia de Saúde da Família. **Descritores:** Estratégia Saúde da Família, Processos de enfermagem, Atenção Primária à saúde, Necessidades e Demanda de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

Objective: analyzing the scientific literature that approach about spontaneous demand in the Family Health Strategy. **Method:** an integrative review, in the last 5 years, the LILACS and BDNF databases, in order to answer the following question << How is the integration of spontaneous demand to the planned activities of the Family Health Strategy? >> Combinations were used between descriptors, "spontaneous demand", "primary care", "Family Health Strategy" and the descriptor: "Primary Health Care". The data were analyzed from the Content Analysis Technique in thematic analysis mode. **Results:** seven articles were analyzed, all found in the LILACS database. **Conclusion:** it was perceived shortages of material of the last five years discussing the issue; it suggests the continuity of research turned to spontaneous demand in the scenario of the Family Health Strategy. **Descriptors:** Family Health Strategy, Nursing process, Primary Health Care, Health Services Needs and Demand.

RESUMEN

Objetivo: analizar la literatura científica que trata sobre la demanda espontánea en la Estrategia de Salud de la Familia. **Método:** una revisión integradora, en los últimos 5 años, las bases de datos LILACS y BDNF, con el fin de responder a la siguiente pregunta << ¿Cómo es la integración de la demanda espontánea de las actividades previstas de la Estrategia de Salud de la Familia? >> Las combinaciones se utilizaron entre los descriptores, "demanda espontánea", "atención primaria", "Estrategia de Salud de la Familia" y el descriptor: "Atención Primaria a la Salud". Los datos fueron analizados por la Técnica de Análisis de Conteúdo en el modo de Análisis Temático. **Resultados:** se analizaron siete artículos, todos se encuentran en la base de datos LILACS. **Conclusión:** se percibe escasez de material de los últimos cinco años que habla acerca del tema, sugiere la continuidad de la investigación a la demanda espontánea en el escenario de la Estrategia Salud de la Familia. **Descritores:** Estrategia Salud de la Familia, Proceso de Enfermería, Atención Primaria de la Salud, Necesidades y la Demanda de Servicios de Salud.

¹Enfermeira Especializada em Saúde da Família, Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello, Mestranda, Programa de Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: isabela.t.amaral@gmail.com; ²Enfermeira, Doutora em Saúde Coletiva, Professora Titular, Diretora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense/EEAAC/UFF. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: abrahaoana@gmail.com; ³Enfermeira Especializada em Saúde da Família, Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello. Niterói (RJ), Brasil. E-mail: enfermeira.fernanda@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família/ESF vem sendo alvo de muitos investimentos do Ministério da Saúde para ampliação e manutenção de seu processo de implantação no território nacional, desde 1994. A estratégia- hoje apresentada como política nacional, mas inicialmente pensada como um programa- foi criada com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária, no redirecionamento do modelo assistencial vigente (a saber; o modelo biomédico ou médico assistencialista), contrapondo-se a este modelo tradicional, focado na doença, baseado no modelo flexneriano (que divide o todo em partes para poder compreendê-lo), caracterizado por ações majoritariamente intervencionistas baseado na abordagem queixa-conduta durante as consultas.

Por estar respondendo a tantas expectativas econômicas e sociais, torna-se relevante a discussão de todo e qualquer componente do processo de trabalho dos profissionais que atuam neste cenário, onde a territorialização, o estabelecimento de vínculo, e o cuidado integral ao indivíduo imperam como margens de orientação às ações desenvolvidas no processo de cuidar.

Diferentemente da medicina familiar vigente em muitos países da Europa, no Canadá e na Oceania, a ESF do Brasil pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como base para a construção da integralidade do cuidado na atenção primária à saúde.¹ Neste trabalho foi destacada a questão da demanda espontânea como desafio na organização do processo de trabalho na estratégia.

A simultaneidade da existência da demanda espontânea e de atividades programadas na Estratégia de Saúde da Família está prevista na própria Política Nacional de Atenção Básica², porém muitas vezes, o não manejo correto da demanda espontânea configura grande entrave para implantação da estratégia como ela se propõe a ser, uma vez que sua priorização acaba por estimular a cultura histórica popular de procurar pelos serviços de saúde apenas na presença da agudização dos problemas (geralmente crônicos) de saúde e muitas vezes, acaba por reproduzir em unidades básicas, um cenário de pronto-atendimento, além de gerar significativa redução nos níveis de qualidade das ações programadas. Nesse sentido, o excesso de demanda se contrapõe a qualidade da assistência de enfermagem na estratégia.³

Percebe-se que não está havendo mudança na matriz original de modelo biomédico no

processo de trabalho de serviços da média e alta complexidade, não havendo priorização das reais necessidades dos sujeitos. Ou seja, se o redirecionamento de modelo assistencial partir da atenção básica nela se estacionar, sem que esse processo seja expandido para a rede, teremos um processo inacabado que jamais dará conta de suprir a busca por serviços dos usuários na rede de atenção à saúde.

A demanda espontânea é apenas um dos desafios que fazem parte da rotina de trabalho na ESF, de todas as unidades que se dispõe a organizar o processo de trabalho de forma a por em prática todas as diretrizes dessa política nacional, sem infringir a integralidade do processo de cuidado que a mesma preconiza.

A Política Nacional de Atenção Básica ressalta a questão da demanda como uma necessidade que deve ser integrada às atividades programadas das unidades básicas de saúde.² A prática na ESF é permeada por contradições e contraposições que nos exige reflexão contínua dos processos de trabalho que nela se configuram para que não caiamos no erro de reproduzir o modelo para o qual ela foi pensada para se opor. Assim, esse estudo tem como objetivo:

- Analisar a produção científica que tratem sobre a demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo revisão integrativa,^{4,5} a partir das seguintes etapas:

- 1) Delimitação da questão da pesquisa
- 2) Escolha dos critérios de inclusão e exclusão, e dos termos de busca para o Levantamento do material bibliográfico
- 3) Eleição das bases de dados e seleção do material (através primeiramente da Leitura exploratória e posteriormente de Leitura seletiva), organizando-o de acordo com os critérios de inclusão e exclusão segundo o conteúdo de interesse para a presente pesquisa;
- 4) Análise sistemática dos estudos
- 5) Discussão dos resultados encontrados
- 6) Síntese do conhecimento a partir da Revisão Integrativa

A busca foi realizada no terceiro trimestre do ano de 2014, nas bases de dados bases Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) utilizando as seguintes combinações com palavras-chave: “demanda espontânea” [and] “estratégia saúde da família”, “demanda espontânea” [and]

Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR.

“atenção básica” e da palavra chave com descritor: “demanda espontânea” [and] “Atenção Primária à saúde”.

Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações do tipo artigos, que tivessem sido publicadas nos últimos cinco anos, disponíveis na íntegra em língua portuguesa. Logo após, obteve-se um total de 11 artigos, todos resultantes da base de dados LILACS. Após leitura na íntegra, foram excluídas todas as publicações cujo conteúdo não atendesse às perspectivas da presente pesquisa, além das publicações repetidas, restando apenas sete artigos, selecionados para análise no presente estudo.

Os artigos selecionados foram analisados com auxílio de um instrumento, que avaliou dados referentes à identificação do artigo, características metodológicas do estudo, autor, local de desenvolvimento da pesquisa, ano e periódico de publicação de publicação, formação dos autores, principais resultados e nível de evidência científica, assim definidos:

No nível 1, as evidências são provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2,

A demanda espontânea na estratégia de saúde da família...

evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado; nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.^{7:43}

Ressalta-se que este estudo abrangeu estudos sobre unidades básicas de saúde de um modo geral, independente de serem no modelo tradicional (sem equipes de saúde da família), ou unidades tipo A (unidades que funcionam apenas com Estratégia de Saúde da Família).

RESULTADOS

As informações que somam para configurar o perfil dos artigos podem ser observadas sucintamente na figura 1, que configura a etapa de avaliação sistemática dos estudos.

Título do Artigo	Código do Artigo	Local do desenvolvimento da pesquisa	Método de pesquisa
As Ações do Serviço de Saúde Voltadas para o Âmbito Individual e Pouco Coletivo	A	Marília, São Paulo	Pesquisa de natureza qualitativa exploratória
Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária	B	Betim, Minas Gerais	Estudo descritivo transversal de abordagem quanti-quali
Acolhimento e (des)medicalizaçõesocial: um desafio para as equipes de saúde da família	C	Não Informado	Ensaio
Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS.	D	Juiz de Fora, Minas Gerais	Pesquisa qualitativa
Acesso restrito e focalizado ao Programa Saúde da Família em Alagoninhas, Bahia, Brasil: demanda organizada para grupos populacionais específicos X demanda espontânea	E	Alagoinhas, Bahia	pesquisa de abordagem qualitativa
Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos	F	Aracaju, Belo Horizonte, Florianópolis e Vitória.	Estudo de caso, abordagem não informada
Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários	G	Manhuaçu- Minas Gerais	Estudo de caso qualitativo

Figura 1. Distribuição dos artigos segundo ano de publicação, local e método de pesquisa.

Houve apenas pesquisas obtidas nos anos de 2010, 2012 e 2013. Quanto aos locais de desenvolvimento da pesquisa, há representações das regiões Sul, Sudeste e Nordeste do Brasil, com destaque para o

estado de Minas Gerais. Além disso, pode-se dizer que houve maior predominância da abordagem qualitativa nas pesquisas avaliadas.

Código do Artigo	Ano de Publicação	Periódico	Nível de evidência científica	Formação dos autores
A	2012	Revista Brasileira de educação médica	6	Não informado
B	2012	Ciência & Saúde Coletiva	6	Não informado
C	2010	Ciência & Saúde Coletiva	7	Autor 1: médico Autores 2 e 3 : não informados
D	2012	Rev APS	6	Autor 1: Mestre em saúde coletiva Autor 2: não informado
E	2010	Revista Baiana de Saúde Pública	6	Autores 1 e 2: enfermeiras
F	2012	Ciência & Saúde Coletiva	6	Não informado
G	2013	Texto e contexto Enferm.	6	Autor 1: não informado Autor 2: Doutor em filosofia da enfermagem.

Figura 2. Distribuição dos artigos segundo Periódicos e nível de evidência científica e formação dos autores.

Os artigos em sua totalidade encontraram-se na base de dados Lilacs, com predominância de 42,8% de artigos no periódico Ciência e Saúde Coletiva.

Com relação à formação dos autores, embora muitos tenham sido categorizados como não informados, pôde-se verificar que a maioria destes que não informam diretamente

a formação, são ligados a departamentos de faculdades de Medicina, o que nos possibilita a inferir maioria médica na classificação “não informado”.

Quanto aos principais resultados encontrados nos artigos analisados, segue abaixo o quadro que sintetiza esses resultados:

Código do Artigo	Síntese dos principais resultados encontrados
A	Constatou-se que independentemente da categoria entrevistada (profissionais de saúde, usuários e estudantes de medicina e enfermagem) e da área onde se encontra a unidade de saúde da família, a compreensão que os entrevistados têm acerca do modelo de atenção é o modelo puramente médico-assistencial privatista, que faz transparecer o predomínio das ações curativas, operadas diretamente pelo médico e oferecidas na demanda espontânea.
B	Dentre as razões mais comuns de busca por cuidados quase 20% das consultas ocorreram por motivos administrativos. Sexo feminino e aumento da idade determinaram maior número de motivos para consultar. Conclui-se que conhecer os motivos de consulta por gênero e idade pode ajudar as equipes na elaboração de possibilidades para o enfrentamento dos problemas de saúde apresentados no acolhimento.
C	Sugere-se mudanças em rotinas, agendas e atividades profissionais individuais e coletivas, terapêuticas e de promoção à saúde, de modo que as equipes possam acolher seus usuários minimizando o processo de medicalização. A pesquisa conclui a favor de experimentações do Acolhimento como estratégia para se lidar com a demanda espontânea, sempre observando seu potencial medicalizador.
D	Na estruturação da porta de entrada dos serviços pesquisados, se mantém burocracias que funcionam como obstáculos ao acesso dos usuários aos serviços e reforçam o modelo de atendimento centrado na consulta médica. Para os profissionais, a excessiva demanda espontânea é resultado da pressão da população por atendimento médico e da desestruturação dos processos de trabalho das equipes.
E	O acesso aos serviços se dá de forma restrita e focalizada em ações programáticas para certos grupos populacionais, configurando um modelo pautado em procedimentos e caracterizado por uma demanda espontânea, que se mostra reprimida em suas necessidades de saúde. O acesso universal a Saúde da Família não tem sido efetivado em sua plenitude, o que leva aos usuários a busca pelo atendimento por meio da demanda espontânea, configurando-se em ações pontuais e fragmentadas.
F	O estudo aponta para uma tendência a um balanço entre atendimento à demanda programada e espontânea, contribuindo para a execução de práticas centradas nas pessoas. O estudo aponta ainda para o insuficiente envolvimento com atividades na comunidade que restringe as possibilidades de produção do cuidado às práticas convencionais e comprometem a mudança de modelo assistencial.
G	O estudo aponta que as demandas são resultados dos fatores sociais, individuais e culturais. Os atendimentos ocorrem a partir da demanda espontânea dos usuários e, segundo os profissionais, o interesse que se apresenta nesses atendimentos é principalmente por consulta médica, encaminhamento para especialistas e distribuição gratuita de medicamentos.

Figura 3. Síntese dos principais resultados encontrados nos artigos analisados.

Constatou-se ainda que cinco dos sete artigos tratavam da demanda espontânea, enquanto os outros dois focaram a questão do processo de trabalho e do modelo de atenção nas unidades de saúde da família, em alguns momentos, perpassando a questão da

Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR.

demanda. Isso nos faz refletir sobre a necessidade de continuidade de avanços nas pesquisas referentes a essa temática, visto a indiscutível relevância da estratégia para consolidação plena do Sistema Único de Saúde, e levando-se em conta que a demanda espontânea tem potencial para configurar um fator que some na qualidade do acolhimento, ou que trave o processo de trabalho das equipes, a ponto de reduzir a qualidade dos serviços prestados.

Os dados encontrados durante leitura do material obtido na íntegra, e após leitura crítica e interpretativa, foram tratados segundo a análise temática de Bardin, que tem como objetivo ir além das incertezas e enriquecer, de alguma forma, os dados coletados.⁸

DISCUSSÃO

Após o reconhecimento das unidades de significação que se repetiram ao longo dos textos, essas foram organizadas em categorias para discussão da temática em questão. A análise do material obtido apontou para duas direções principais: a integração da demanda espontânea com as atividades programadas da ESF interfere na qualidade do atendimento ofertado pelas equipes e a questão da demanda espontânea nos remete ao ato de reforçar o modelo biomédico de atenção à saúde.

♦ A demanda espontânea e a qualidade do atendimento na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Sabe-se que foi visando à reforma no modelo de atenção à saúde, que a ESF, inicialmente criada como um programa consolidou-se como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil. Nesse sentido, cabe refletir até que ponto este Programa foi criado na visão de complementar a Rede de assistência à saúde no sistema ou foi criado na ideia de suplementar a rede em suas deficiências, quando se mostra que sua criação se deu a partir da demanda por serviços de saúde levantadas após o advento do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), além de que, nessa época, o SUS estava em uma fase incipiente e ainda não era capaz de dar conta dessas necessidades de saúde da população.⁹ Vê-se então, que a questão da demanda se coloca desde a criação do Programa Saúde da Família, e faz parte de sua proposta de atuação.

Consta-se na leitura dos artigos que o dar conta da demanda espontânea, de alguma maneira está diretamente ligado ao alcance

A demanda espontânea na estratégia de saúde da família...

da Integralidade do cuidado na ESF. Há uma associação de ampliação do cuidado e a atenção Integral que a ESF propicia, com a capacidade de atendimento das demandas programadas e espontâneas, além da característica essencial do programa de ser também capaz de produzir atividades clínicas voltadas as pessoas nas mais diversas faixa etárias, e com as mais distintas necessidades em saúde, comportando encontros construtivos focados em ações curativistas bem como visando a promoção da saúde tanto em ações individuais como coletivas.¹⁰ É preciso compreender que articular a demanda espontânea aos procedimentos preventivos pode ser considerado uma das dimensões da integralidade.¹¹

Apropriando-nos da ideia do trabalho vivo em ato¹² sendo este, o produto de qualquer abordagem do profissional de saúde ao usuário, entende-se que neste encontro existe “um jogo de expectativas e produções (...) no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização.”^{12:308}

Torna-se de extrema relevância a valorização deste encontro- profissional e usuário- independentemente da origem (programada ou não) destes momentos. Os artigos mostram que a existência da garantia do atendimento da demanda espontânea está diretamente relacionada à qualidade do atendimento da unidade de saúde, uma vez que, levando em conta o que já foi discutido anteriormente, a demanda espontânea reflete a ampliação do acesso aos serviços, potencializa a questão do encontro profissional-usuário e permite a concretização da humanização no acolhimento, entendendo que a burocratização limita humanização.

Estudo de demanda foi realizado por meio do uso da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2), em três unidades de saúde da família do município de Betim, MG.¹³ A partir de então foi constatado que praticamente 30 %das consultas eram originadas por sintomas clínicos relativos a problemas gerais ou inespecíficos (como febre, cefaleia, prurido). Aliás, a cefaléia foi tida como terceiro motivo de consulta mais frequente, estando atrás apenas da prescrição de medicação e dos motivos relacionados a resultados de exames. Entretanto, praticamente 20% das consultas de demanda, originavam-se por questões administrativas. Sendo assim cabe aqui, portanto, a seguinte questão: onde se localizam de fato os nós que sobrecarregam as salas de espera das unidades

Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR.

de saúde. Será que de fato esses nós se originam simplesmente do processo de adoecimento da população?

Outros achados interessantes trazidos por estes autores com relação ao perfil de demanda realizada naquele município, é que o sexo feminino foi bruscamente predominante na busca por atendimento, chegando a 8,2 mulheres para cada homem atendido na faixa dos 30-39 anos de idade, e que segunda e sexta-feira são os dias em que os usuários tendem a demandar mais consultas.¹³

Independente do perfil de demanda atendida em uma unidade de saúde qualquer encontro entre profissional e usuário tem grande potencial para consolidação do trabalho na saúde da família, uma vez que nesses encontros é que serão estabelecidos o vínculo, a confiança e a co-responsabilização necessárias ao cumprimento das propostas da Estratégia.

♦ A demanda espontânea e o modelo biomédico

Cinco dos sete artigos levantados associam de alguma forma a demanda com a reprodução do modelo biomédico, voltado para medicalização do usuário, centrado na consulta médica orientada pelo modelo queixa-conduta e perpetuação da construção social de que um bom atendimento é aquele onde a tecnologia dura é explorada (exames são solicitados e medicações são prescritas). Nesse sentido, ressalta-se o seguinte fato:

A medicalização social é um processo sociocultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e técnicas de cuidado autóctones (...) constata-se que ao reorganizar o contato dos serviços de APS com os usuários e suas demandas, a estratégia do Acolhimento tem um potencial de ativar o processo de medicalização social numa dimensão microssocial e local.^{14:3616}

Como nos faz refletir, cabe indagar o que representa no processo de medicalização social, a ampliação do acesso aos serviços de saúde através da expansão da rede de atenção primária com o fortalecimento da ESF; ainda, que apesar da ideia da concretização da Integralidade almejada pelos serviços de saúde de haver uma conciliação de atividades curativas e preventivas no mesmo local,¹⁵ pode-se observar que “as ações desenvolvidas de acordo com as demandas nos serviços estão focadas predominantemente no modelo curativo”.^{15:61}

A demanda espontânea na estratégia de saúde da família...

Sabe-se que muitas atribuições são requeridas dos profissionais atuantes nas equipes de saúde da família, porém, ainda que a primeira instância uma abordagem queixa-conduta pareça a forma mais rápida de se resolver as demandas espontâneas do serviço, é construtivo pensar se a longo prazo, essa ação de reforçar o modelo medicalizante só continuará a gerar mais demandas movidas a busca por tecnologias duras, totalmente dependentes do profissional de saúde, despida de capacidade de autocuidado. Até que ponto isso será sustentável?

Reforçando nossa discussão, outro estudo revelou ainda, a ocorrência de consultas extremamente rápidas, chegando a atingir uma duração em torno de cinco minutos/usuário, o que estabelece relações distantes entre os profissionais e os usuários.¹⁶ Neste cenário, os trabalhadores limitavam-se geralmente ao problema do momento, não levando em conta os outros problemas que não estavam sendo postos de maneira explícita no processo de atenção. A reprodução desse fato mecaniza os encontros entre profissional de saúde e usuários, reduzindo seu potencial de mudança nas práticas assistenciais e contradiz tudo o que está posto na Política Nacional de Atenção Básica, quando em seus preceitos, defende a consideração do sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, objetivando produzir a atenção integral.²

É importante ainda ressaltar que embora haja certa ênfase na profissão médica, a medicalização não se limita a ela, mas leva em conta o processo presente em todas as áreas da saúde que acaba por categorizar sofrimentos e sintomas em forma de diagnósticos, além de oferecer explicações naturalizadas e terapias reducionistas ante a tão grande complexidade dos problemas.¹⁴

Por outro lado, podemos perceber, que muitas vezes, a consulta sob modelo queixa-conduta e a questão da medicalização é requerida pelos próprios usuários, sendo visto por eles, muitas vezes até mesmo, como sinal de qualidade, como mostra uma pesquisa onde os usuários das unidades estudadas afirmaram que é necessária a existência de disponibilidade de médicos e de remédios para que haja solução para as urgências.¹⁵ O modelo biomédico está tão incutido no imaginário social, que os entrevistados chegam a sugerir a possibilidade de atendimento 24 horas, para evitar a superlotação dos hospitais, e a inclusão de médicos especialistas nas unidades de saúde, e nesse caso eles justificam a necessidade alegando a grande demanda.

Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR.

Apesar de em muitos cenários de prática, a demanda ser vista como um peso na rotina de trabalho dos profissionais de saúde¹⁷ constatou-se que é um “peso” do qual não podemos pensar em maneiras mais ágeis de nos livrarmos do mesmo, mas em formas inteligentes de potencializar sua força para realização de transformação no modelo assistencial, e na forma de cuidar de si do próprio usuário. Nesse sentido, vale lembrar que “nem todas as necessidades se convertem em demandas, mas todas as demandas se referem a algum tipo de necessidade que requer intervenção”¹⁸, e esse fato não pode ser ignorado.

♦ **Síntese do conhecimento a partir da Revisão Integrativa**

A capacidade das equipes de organizarem seu processo de trabalho por meio de atividades planejadas, a partir do conhecimento das necessidades de saúde de sua população, é fator crucial para conseguirmos lidar com as demandas da melhor forma possível.^{9,13,15,17}

A realização do Acolhimento como preconiza a Política Nacional de Humanização, emerge não só como solução, mas como forma de prevenir que as demandas espontâneas se tornem um entrave no processo de trabalho da equipe. Até por que elas não têm que ser vista dessa maneira. Desde a criação do PSF houve uma desvalorização da demanda espontânea, orientando as equipes a centralizar suas ações nos programas de saúde.¹⁴ Este modelo, aliás, às vezes se torna tão flexineriano, ou seja, fragmenta tanto a assistência e o indivíduo quanto o próprio modelo biomédico ou médico assistencialista. Só que fragmenta na lógica de classificar prioridades de agenda e atividades para doenças de importância social e coletiva.

Constata-se ainda que “ao reorganizar o contato dos serviços de APS com os usuários e suas demandas, a estratégia do Acolhimento tem um potencial de ativar o processo de medicalização social numa dimensão microssocial e local”.^{14:3616}

Existe um “ciclo permanente de ensinar e aprender”^{19:2890} no dia a dia dos profissionais de saúde, que, se incorporados de forma consciente, fecundaria certamente um processo de potencialização e emancipação no cuidado realizado na Estratégia de Saúde da Família. O que, ao longo do tempo, reduziria a tensão gerada pelo excesso de demandas espontâneas. Nesse sentido, apesar dos profissionais de saúde de unidades de atenção primária, muitas vezes, afirmarem que o usuário não reconhece os serviços oferecidos pela unidade além das consultas médicas, não

A demanda espontânea na estratégia de saúde da família...

costuma haver nenhuma atividade voltada ao esclarecimento da população sobre os propósitos da ESF. Essa seria uma boa solução para darmos passos mais largos em direção a circulação de usuários do sistema único de saúde, pois é dispondo de informação através da ampliação da participação popular e viabilização da concretização do controle social, que construiremos cidadãos que contribuirão para o desenvolvimento e implementação da ESF em sua plenitude.⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há escassez de material dos últimos 5 anos e se levando em conta tão grande importância para concretização do SUS, sugere-se a continuidade de estudos mais voltados à questão da demanda espontânea no cenário da ESF, embora a demanda espontânea possa ser vista por muitos ângulos diferentes, é preciso compreendê-la em seu potencial gerador de vínculo e ampliador de acesso aos serviços de saúde.

Os artigos mostraram três aspectos de como lidar com a demanda, com vistas a otimizar o processo de trabalho das equipes: participação popular, organização do processo de trabalho pela equipe e realização do acolhimento.

Trabalhar na ESF é sempre a busca por um equilíbrio no direcionamento de ações, pois assim como se pode estabelecer uma prioridade entre ações de promoção da saúde e ações curativas de acompanhamento e tratamento dos agravos já instituídos; também não se pode ignorar as demandas espontâneas priorizando apenas as atividades programadas.

Cada equipe de saúde da família deverá saber a melhor maneira de administrar as suas demandas, o que não significa que os atendimentos não agendados não possam ser feitos dentro de fluxos pré-estabelecidos na unidade de saúde. Cada unidade, e mais especificamente cada equipe, a partir do diagnóstico das necessidades de saúde de sua população, será capaz, mais do que qualquer órgão do Estado de gerir seu processo de trabalho da maneira mais efetiva possível, tornando a demanda espontânea, apenas mais uma porta de entrada do usuário, idealmente não a principal, deixando assim de se tornar mais um entrave no trabalho das equipes, mais um “peso” na rotina dos profissionais, por que a demanda espontânea, em seu mais profundo sentido, consiste na busca por um encontro do usuário com o profissional, e todo o encontro tem potencial para instaurar cuidado integral a depender do modo de como ele acontece.

REFERÊNCIAS

1. Souza MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2009 Sept/Oct [cited 2013 July 08];14(1):1325-1335. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a02v14s1.pdf>
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília [cited 2014 June 20]. 2012. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
3. Caixeta, CRBC. Consulta de Enfermagem em Saúde da Família [Trabalho de Conclusão de curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família]. Uberaba: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009 [cited 2014 May 10]. Available from: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/bibliotecas/imagens/2260.pdf>
4. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto context-enferm [Internet]. 2008 Oct/Dec [cited 2014 May 10];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
5. Minayo MC, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública [Internet]. 1993 Jul/Sep [cited 2014 July 8];9(3):239-262. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>
6. Nicolau MFA. A Dialética do Começo na Ciência da Lógica de Hegel: o Ser-aí (*Dasein*) como Resultado da Dialética Ser-nada-devir. Filosofia Argum [Internet]. 2010 [cited 2013 Jul 15];2(4). Available from: <http://www.dvprppg.ufc.br/argumentos/index.php/argumentos/search/search>
7. Stillwell SB, Overholt EF, Melnyk BM, Williamson KM. Searching for the Evidence Strategies to help you conduct a successful search. AJN online [Internet] 2010 May [cited Jul 12 2015];110(5):41-47. Available from: http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream.com/PermaLink/NCNJ/A/NCNJ_546_156_2010_08_23_SADFJO_165_SDC216.pdf
8. Mozzato AR, Grzybovski D. Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. RAC- Eletrônica [Internet]. 2011 Jul/Aug [cited 2013 Jul 5];15(4):731-747. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4.pdf>
9. Souza MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? (BA): Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia; 2010 [cited 2014 Sept 20]. Available from: http://www.alass.org/cont/priv/calass/docs/2011/Sesion_S/sesion30/03-09_sesion30_1-pt.pdf
[agem/files/2011/07/DISSERTA%C3%87%C3%83O-MELISSA-ALMEIDA-SILVA2.pdf](http://www.alass.org/files/2011/07/DISSERTA%C3%87%C3%83O-MELISSA-ALMEIDA-SILVA2.pdf)
10. Santos AM, Giovanella LM, Mendonça MHM, Andrade CLT, Martins MIC, Cunha MS. Práticas assistenciais das Equipes de Saúde da Família em quatro grandes centros urbanos. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 July 05];17(10):2687-2702. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/18.pdf>
11. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 Sep/Oct [cited 2014 July 1];20(5):1411-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>
12. Merhy, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 1999 [cited 2014 July 1];4(2):305-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf>
13. Landsberg GAP, Savassi LCM, Sousa AB, Freitas JMR, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 July 03];17(11):3025-36. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012001100019&script=sci_arttext
14. Tesser Charles Dalcanale, Neto, Paulo Poli, Campos, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010 [cited 2013 July 14];15(3):3615-3624,. Available from: <http://pt.scribd.com/doc/261627478/Acolhimento-e-Desmedicalizacao-Social#scribd>
15. Costa, MCG, Ramalhão CL, Pettersenl AG, Pio JAT, Barbare S, Melo VFA et al. As Ações do Serviço de Saúde Voltadas para o Âmbito Individual e Pouco Coletivo. Rev bras educ méd [Internet]. 2012 [cited 2014 July 1];36(1):57-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a08.pdf>
16. Lima WCMB, Assis MMA. Acesso restrito e focalizado ao programa de saúde em Alagoinhas, Bahia, Brasil. Demanda organizada

Amaral IT, Abrahão AL, Pina FR.

A demanda espontânea na estratégia de saúde da família...

para grupos populacionais específicos X demanda espontânea. Rev baiana saúde pública [Internet]. 2010 July/Sept [cited 2014 July 1];34(3):439-449. Available from: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/28/28>.

17. Faria RC, Campos EMS. Demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do Modelo assistencial do SUS. Rev APS [Internet]. 2012 Apr/June [cited 2014 Jul 1]; 15(2):148-157. Available from: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/viewFile/1475/626>.

18. Santos TVC, Penna CMM. Demandas cotidianas na Atenção Primária: o olhar de profissionais da saúde e usuários. Texto contexto-enferm [Internet]. 2013 Jan/Mar [cited 2014 Aug 12];22(1):149-56. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000100018&script=sci_arttext&tlng=pt

19. Fernandes MC, Santiago JCS, Rodrigues DP, Queiroz MVO, Silva LMS, Moreira TMM. Reflexão acerca das práticas educativas como instrumento de gestão participativa. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2014 Aug [cited 2014 Aug 03];8(8):2889-95. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6599/pdf_5977

Submissão: 25/02/2015

Aceito: 02/06/2015

Publicado: 01/08/2015

Correspondência

Isabela Tavares Amaral
Av. Trinta e um de Março, S/N
Bairro Catumbi
CEP 20251-330 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil