



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEPSUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**DEMANDA ESPONTÂNEA E DEMANDA PROGRAMADA NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE CENTRO SOCIAL RURAL, ANTÔNIO OLINTO,  
PARANÁ**

**PEDRO BERNARDES VIEIRA ROSA**

---

**NATAL/RN**  
**2020**

---

---

DEMANDA ESPONTÂNEA E DEMANDA PROGRAMADA NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE CENTRO SOCIAL RURAL, ANTÔNIO OLINTO, PARANÁ

PEDRO BERNARDES VIEIRA ROSA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: DANIELE VIEIRA  
DANTAS

---

NATAL/RN  
2020

---

---

Agradeço especialmente ao meu supervisor no Programa Mais Médicos André Dória por ser sempre solícito, pronto a ajudar no que for possível e me beneficiar sempre com excelentes sugestões para melhorar a minha atuação na Estratégia da Saúde da Família.

---

---

Dedico esse trabalho à minha esposa Dallyt Weinhardt, por ter me apoiado em todo esse período de atuação no Programa Mais Médicos.

---

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	6
2. Relato de Microintervenção .....	7
3. Considerações finais .....	10

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Antônio Olinto apresenta duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma população de 7.500 pessoas. Trata-se do município mais rural do Paraná, com praticamente 90% de sua população residente em área rural. As duas equipes atuam em uma unidade urbana central com oito pequenas unidades rurais com atendimentos pontuais.

Logo ao chegar no município, notou-se que praticamente inexistia o conceito de demanda programada. Isso fazia com que a população tivesse que enfrentar filas bem cedo pela manhã na esperança de conseguir uma "ficha" para consulta. Iniciou-se as atividades no Programa Mais Médicos, em julho de 2019, no auge do inverno no sul do país e isso, especificamente, trouxe bastante sensibilidade para que se tentasse mudar essa realidade, mesmo antes da proposta da microintervenção pela especialização.

Considerado esse problema como vital, para que fosse possível programar consultas de usuários que necessitavam de reavaliação em datas específicas, sem risco de haver perda do vínculo. Isto foi considerado um desafio, uma vez que o conceito de demanda agendada ou programada era totalmente desconhecido pelas equipes. Embora houvesse resistência de um ou outro profissional, a maioria acolheu a ideia como nova e bem-vinda e que obviamente traria enormes benefícios à população, já que com a chegada de mais um médico havia também aumentado a disponibilidade de atendimentos. Anteriormente, o município contava apenas com um médico clínico concursado 20 horas semanais.

A esmagadora maioria dos usuários que vinham à unidade de saúde por volta de 7 horas da manhã e já não conseguiam uma ficha para atendimento, tendo que retornar no outro dia um pouco mais cedo para realizar nova tentativa. Essa situação impossibilitava quem mais necessitava de atendimento a ter acesso ao médico, em especial idosos que não tinham condições de levantar às 5h da manhã para aguardar em uma fila no frio em frente à Unidade Básica de Saúde (UBS), especialmente porque muitos necessitavam de vir de ônibus de regiões rurais extremamente afastadas da área urbana do município, sendo necessária uma intervenção para melhoria do acolhimento.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO

A partir da leitura sobre demanda espontânea e demanda programada no programa da saúde da família, traçou-se o objetivo de que 75% dos atendimentos médicos fossem de demanda programada e 25%, de demanda espontânea. Não obstante, esse objetivo era um ideal a ser alcançado ao longo de meses e que não poderia ser implementado imediatamente, caso contrário haveria prejuízo à população. Logo, julgou-se que o mais sensato para aquele momento seria justamente o inverso - 25% de demanda programada e 75% de demanda espontânea - até porque ainda não se conhecia a população e suas necessidades e os agendamentos seriam feitos ao longo do tempo.

Outra importante decisão inicial, foi de não implementar esse sistema em todas as unidades, já que os atendimentos médicos ocorrem em uma unidade central, majoritariamente, e em menor quantidade em cinco unidades rurais distribuídas pelo município.

Como a demanda era sobretudo maior nessa unidade central e ela apresentava sistema informatizado, decidiu-se que o mais sensato seria começar por ela. Nas unidades rurais, sempre possível atender toda a demanda espontânea do dia, e não raro eram atendimentos mais rápidos e simples, como renovações de receitas e pedidos de exames, já que a própria população já tinha conhecimento de que qualquer caso de maior complexidade deveria ser resolvido na unidade mista central, localizada na área urbana da cidade.

A funcionária que ficava responsável por "entregar as fichas" foi orientada a realizar o acolhimento e organizar a agendamento para atendimentos, conforme necessidade. Inicialmente essa agenda era feita em um caderno e em seguida, com a ajuda de um profissional de tecnologia da informação, foi possível implantar uma agenda eletrônica para facilitar e dar agilidade a todo processo.

No início, aproximadamente 16 atendimentos pessoas eram atendidas pelo médico em turnos de trabalho de quatro horas. Lentamente, ao passar das semanas, cada dia começou a ter pelo menos dois ou três usuários agendados, em geral, retornos para trazer exames, renovação de prescrições de medicação controlada e controle de doenças crônicas. Os próprios usuários foram peças-chave para a implantação da demanda programada, já que obviamente viram a grande vantagem nesse sistema e começaram a pedir para agendar a própria consulta.

Após alguns meses de implantação da demanda agendada, notou-se que as intermináveis filas em frente da UBS antes do início das atividades para demanda espontânea, vinham diminuindo e cada vez menos havia a presença de usuários idosos e com dificuldades, o que era parte do objetivo. Esses usuários começaram a ter suas consultas periódicas agendadas e, por

consequente, um acompanhamento muito melhor de suas necessidades de saúde.

Após três meses, conseguiu-se alcançar o objetivo intermediário de metade das 16 consultas por turno serem de demanda agendada e a outra metade de demanda espontânea. Especialmente na unidade mista central do município, notava-se que não conseguiria ir muito além disso, uma vez que também se realizava os atendimentos de urgência e emergência durante o período diurno. Portanto, considerou-se um grande sucesso ao alcançar que metade dos atendimentos nessa unidade fossem agendados e previamente programados.

Tendo ocorrido êxito na unidade central mista do município, que recebe a maior demanda de atendimentos, a equipe ficou confiante em partir para implantação também da demanda agendada nas unidades menores, localizadas na zona rural. Esses estabelecimentos em geral contam apenas com uma técnica de enfermagem para realizar todo o trabalho dos atendimentos. Neles, adotou-se uma agenda para cada local e, por não ter a responsabilidade de atendimentos de urgência e emergência, que eram extremamente esporádicos, finalmente, pode-se traçar o objetivo um pouco mais alto de atingir 75% de demanda agendada e 25% de demanda espontânea. Para isso, utilizaram-se os mesmos métodos utilizados anteriormente. Paulatinamente, foram realizados agendamentos e observando como evoluía a quantidade de atendimentos de demanda agendada por turno.

O resultado surpreendeu positivamente sendo bem melhor que o esperado. Após dois meses, conseguiu-se que 80% da demanda fosse agendada e apenas 20% fosse espontânea. O fato de serem unidades que abrangem o número limitado de população, em geral de 300 a 400 famílias, foi o fator determinante para esse êxito. Outro detalhe crucial foi a excelente atuação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que em visitas domiciliares identificavam os usuários que mais necessitavam de atendimento e comunicavam à técnica de enfermagem responsável pela unidade, para que procedesse o agendamento. Com o uso de internet, não raro, já na visita domiciliar, a ACS era capaz de se comunicar com a técnica e já fornecer ao usuário data e hora de sua consulta.

Para não dizer que tudo são flores, o pior problema enfrentado talvez tenha sido a falta de comprometimento de alguns usuários agendados. Para combater isso, os de demanda espontânea atendidos nos horários dos faltantes às consultas, não prejudicando assim o seguimento dos atendimentos daquele turno, ou em alguns casos, quando não havia usuários de demanda espontânea, aproveitava-se para uma pequena pausa entre os atendimentos, realizar algumas atividades burocráticas e planejamento de atividades educativas e grupos, como o de tabagistas e de hipertensos.

Novamente com a ajuda das ACS e técnica de enfermagem, orientou-se os usuários faltosos e tentava-se remarcar, apontar a importância do acompanhamento de saúde e manter o vínculo. Sendo assim, que a princípio pareceu o maior empecilho e problema da demanda agendada mostrou-se um forte instrumento de busca ativa em nas atividades diárias da ESF.

Para a equipe, essa mudança fez toda diferença pois se trata de um município rural em que não raro há pessoas que vivem muito afastadas e de difícil controle pela secretaria de saúde.

Outro problema era que em alguns casos os usuários se confundiam com a data e hora marcada. Nesses casos, o usuário é atendido como demanda espontânea em vez de solicitar que retornasse ao seu domicílio e viesse no horário correto, já que muitos percorriam quilômetros para chegar até a unidade de saúde.

Além disso, pode-se também observar uma melhora substancial na questão de vigilância epidemiológica do município, ao analisar a evolução dos dados com a responsável pelo serviço na secretaria de saúde. Como as ACS passaram a ser muito mais atuantes, dados epidemiológicos passaram a ser coletados com frequência muito maior, em uma região onde há certas doenças infecciosas raras como hantavirose e leptospirose.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Depois de realizar essa intervenção por mais de seis meses, com muita felicidade pode-se observar todos os efeitos benéficos e positivos para os usuários de minha área de abrangência no município de Antônio Olinto PR. O resultado e a popularidade da medida foram tão grandes e a outra equipe de ESF decidiu seguir os mesmos passos e também organizar seus atendimentos a partir de nossos excelentes resultados.

Embora se tenha enfrentado inicial desconfiança e descrença nessa microintervenção por parte de alguns membros da secretaria de saúde, com muita alegria, após alguns meses, a equipe foi parabenizada e reconhecido o mérito da mudança e como isso havia impactado em toda a população abrangida.

Como principal potencialidade, julga-se que sigam priorizando a organização do atendimento para manter a qualidade da atuação no âmbito da saúde, pois percebe-se que uma medida simples de ser implantada, faz uma enorme diferença no serviço de todos.

A principal dificuldade talvez seja a necessidade um funcionário atento disposto a acolher e trabalhar com afinco e bastante motivação, e também o comprometimento dos usuários em comparecerem com pontualidade e assiduidade às consultas como previamente agendadas.

Após uma avaliação crítica e reflexiva dessa experiência, conclui-se que os resultados e benefícios foram gigantescos devido a implantação da organização da demanda do zero e não simplesmente aprimorá-la e as modificações na qualidade de serviço de saúde pública da equipe foram enormes.

## 4. REFERÊNCIAS

## 5. APÉNDICE

## **6. ANEXOS**