



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**ATENDIMENTOS POR DEMANDA ESPONTÂNEA (DE) E DEMANDA AGENDADA
(DA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ESTADO DO MARANHÃO**

MAYLSON KLISMAN IRINEU LOPES



Documento assinado digitalmente

JUDITH RAFAELLE OLIVEIRA PINHO

Data: 14/08/2025 08:57:31-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

MAYLSON KLISMAN IRINEU LOPES

**ATENDIMENTOS POR DEMANDA ESPONTÂNEA (DE) E DEMANDA AGENDADA
(DA) NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO ESTADO DO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Examinadora do Curso de Enfermagem
da Universidade Federal do Maranhão, como
requisito para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Judith Rafaelle
Oliveira Pinho.

SÃO LUÍS - MA

2025

Maylson Klisman Irineu Lopes

Atendimentos por Demanda Espontânea e Demanda Agendada na Atenção Primária à Saúde
no Estado do Maranhão (2014–2024)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
banca Examinadora do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal do
Maranhão, como requisito para obtenção do
grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em ____ de _____ de 2025.

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Judith Rafaelle Oliveira Pinho. (Orientadora)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof.^a Dra^a Silvia Cristianne Nava Lopes, (Membro)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Prof. Dr. Marcos Ronad Mota Cavalcante. (Membro)

Universidade Federal do Maranhão – UFMA

São Luís – MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Lopes, Maylson Klisman Irineu.

ATENDIMENTOS POR DEMANDA ESPONTÂNEA DE E DEMANDA
AGENDADA DA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE APS NO ESTADO DO
MARANHÃO / Maylson Klisman Irineu Lopes. - 2025.
23 f.

Orientador(a): Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2025.

1. Atenção Primária À Saúde. 2. Agendamento de
Consultas. 3. . Indicadores de Gestão. 4. Indicadores de
Serviços. 5. . Sistema Único de Saúde. I. Pinho, Judith
Rafaelle Oliveira. II. Título.

Agradecimentos

Quero Agradecer primeiramente a Deus por me dar a oportunidade de poder viver esse momento tão especial que é a conclusão do curso bacharelado em enfermagem, pois alcançar tal feito mesmo sendo de origem humilde pra mim já é uma enorme conquista, principalmente por ser o primeiro filho formado por uma universidade pública.

Estar aqui hoje é algo tão emocionante e gratificante que é difícil descrever em palavras tais sentimentos. Quero também agradecer a minha orientadora professora doutora Judith Rafaelle Oliveira Pinho, que prontamente se disponibilizou para me direcionar nessa jornada tão árdua que foi a construção desse trabalho.

Quero agradecer também a minha mãe, Maria Edivania, aos meus irmãos, Masterson, Maykson, Madson que sempre me incentivaram a continuar nessa luta e não desistir desse sonho até alcançá-lo. A minha namorada Gizele rios que me acompanha e me incentiva desde o início da produção desse trabalho e que sempre me motivava a continuar com ânimo e fé.

Aos meus amigos da graduação José Elias, Kleydson, Carla Ruth, Emanuele de Jesus, Immily Cristine, Eduardo Costa, Fernanda Beatriz, Emanuelle Cristina, Paola Morais, Adriel Vinicius, Aline Goncalves, Laina Camila, que foram, nesses anos, a minha segunda família, pois passávamos mais tempo na universidade do que em casa com os nossos familiares onde tínhamos nossos momentos de convivência e descontração e por vezes me puxavam a orelha quando necessário, sem a companhia de vocês acredito que não conseguiria chegar até o final desse curso.

Não poderia esquecer de todos os professores e funcionários dessa universidade, pois foi graças a vocês que nós conseguimos chegar aonde estamos, aos enfermeiros e todos os profissionais que de alguma forma fizeram parte do processo de aprendizagem e da minha formação profissional, muitíssimo obrigado a todos. Gratidão!

"Em tudo dai graças, porque esta é a vontade de
Deus em Cristo Jesus para convosco."1

Tessalonicenses 5:18

Resumo

Este trabalho teve como objetivo analisar a dinâmica entre os atendimentos por demanda espontânea e demanda agendada na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Maranhão, entre os anos de 2014 e 2024, destacando suas implicações e para a organização do acesso e o Processo de Trabalho em Enfermagem. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, com análise de dados secundários provenientes de sistemas oficiais de informação em saúde SISAB e E-gestor. Os resultados revelaram uma inversão no perfil de acesso, com crescimento contínuo da DE a partir de 2020, superando a DA em 2024. Observou-se forte correlação positiva entre a cobertura da APS e o aumento da DE ($r = 0,877$; $p = 0,0004$), além de correlação negativa com a DA ($r = -0,877$; $p = 0,0004$). Vale destacar que, nesse período, os dados de cobertura referem-se à cobertura potencial, o que pode não refletir a efetiva capacidade de atendimento das equipes. Os achados apontam fragilidades na organização da agenda e no planejamento das ações programadas, gerando sobrecarga no acolhimento e comprometimento da longitudinalidade do cuidado. Conclui-se que a expansão da cobertura da APS deve ser acompanhada de estratégias qualificadas de gestão do acesso, com valorização do cuidado agendado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Agendamento de Consultas. Indicadores de Gestão. Indicadores de Serviços. Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	JUSTIFICATIVA	9
3.	OBJETIVOS	10
4.	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
4.1-	A Atenção Primária em Saúde	10
4.2	Estratégia Saúde da Família e o Vínculo.....	10
4.3	Demanda espontânea e demanda programada	12
5.	METODOLOGIA.....	15
6.	RESULTADOS	16
7.	DISCUSSÃO	18
8.	CONCLUSÃO	20
	REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

O sistema único de saúde (SUS), foi criado após a implementação da nova Constituição Federal (CF), baseando-se nos seus artigos 196 à 200 (BRASIL, 1988, art. 196-200). Que trata do direito constitucional à saúde e diz que é dever do estado promover essa assistência (BRASIL, 1990, art. 2º). A partir da necessidade de melhorias relacionadas à promoção da saúde, prevenção, assistência hospitalar, recuperação e reabilitação em saúde.

Além disso, movimentos que reivindicavam esse direito organizados pela pressão popular e também através de várias conferências de saúde realizadas em todo o mundo e com a participação do Brasil, onde a principal delas foi a conferência de Alma Ata. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2023) a Declaração de Alma-Ata foi assinada em 12 de setembro de 1978 na então União Soviética, marcando um compromisso global com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive com apoio financeiro às regiões em desenvolvimento (Brasil 2023).

O Sistema Único de Saúde (SUS) organiza-se em diferentes níveis de complexidade: baixa, média e alta, distribuídos entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária. Cada nível é estruturado conforme as necessidades de saúde da população e orientado pelos determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam o processo saúde-doença. Essa organização visa garantir a integralidade do cuidado, assegurando que os usuários tenham acesso a serviços resolutivos em todos os pontos da rede de atenção, conforme previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, que estabelece como diretriz do SUS a organização da atenção em níveis de complexidade crescente (Brasil, 1988; Brasil, 1990).

Com o propósito de substituir o antigo modelo de gestão e atenção à saúde e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida da população brasileira, foi instituído, por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema é fundamentado em princípios e diretrizes que norteiam sua organização e funcionamento, entre os quais se destacam: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização, participação social, resolutividade, ordenação da rede, população adscrita, longitudinalidade do cuidado e intersetorialidade (BRASIL, 1990).

A atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado

integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017, p. 34).

A Atenção Básica, que aqui nesse trabalho chamaremos de Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a APS tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2020)

Com o objetivo de garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, e incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares (Brasil, 2017, p. 11).

Baseados nos princípios do sistema único de saúde e levando em consideração os seguintes conceitos utilizados na assistência em saúde na APS: Assistência por demanda agendada (DA) “Consiste no atendimento ao usuário com necessidade de ações programáticas individuais, direcionadas para os ciclos de vida, doenças e agravos prioritários e que necessitam de acompanhamento contínuo (consulta agendada programada; cuidado continuado; e consulta agendada)” (Brasil, 2021, p. 18).

Atenção Assistência por demanda espontânea (DE) “O acolhimento à demanda espontânea na Básica pode se constituir como: mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. (Brasil, 2013)

Entendemos que as demandas e necessidades de saúde são construídas socialmente, ou seja, não têm uma essência imutável e não devem ser naturalizadas. Dessa forma, é restritivo falar em “reais necessidades de saúde da população”, pois isso parte da premissa de que é possível definir as verdadeiras necessidades de saúde, quando, de fato, estas são construções produzidas na dinâmica social (LUZ, 2006; CAMARGO JR., 2005; CECÍLIO, 2001 apud

BRASIL, 2013).

Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo” (Brasil, 2017, p. 67).

O presente estudo tem grande relevância pois visa produzir dados e informações referentes a assistência em saúde na APS no estado do maranhão.

2. JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela necessidade de compreender como a forma de acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Maranhão tem se reorganizado ao longo dos anos, uma vez que houve a expansão das equipes de APS (Brasil, 2020).

Conforme Starfield (2002), sistemas de saúde com APS forte são mais efetivos quando se baseiam no acesso regulado, no vínculo longitudinal e na coordenação do cuidado. O crescimento da DE, embora represente uma ampliação do acesso imediato, pode indicar falhas na estruturação das agendas, na gestão das equipes e no acompanhamento de condições crônicas, como hipertensão e diabetes, o que compromete a efetividade das ações em saúde.

A cobertura populacional, por si só, não assegura qualidade na assistência se não for acompanhada por ações estruturadas de qualificação do acesso, planejamento das agendas e fortalecimento do vínculo com os usuários (Giovanella, et al, 2021)

Além disso, a escuta qualificada da demanda espontânea, quando bem estruturada, pode representar uma oportunidade estratégica para acolhimento e vínculo. No entanto, sem o equilíbrio com a demanda agendada, o excesso de DE sobrecarrega os profissionais — especialmente da Enfermagem — e compromete a gestão do cuidado (Ceccim e Ferla, 2008)

Para a Enfermagem, esse cenário impõe desafios éticos e operacionais, exigindo atuação simultânea no acolhimento, escuta, triagem e seguimento de grupos prioritários.

Assim, este estudo justifica-se pela produção de evidências locais, baseadas em dados reais, que expõem uma mudança no perfil de acesso à APS e contribuem para o aprimoramento da gestão, da regulação do acesso e da organização do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O conhecimento gerado tem potencial para orientar ações de qualificação da atenção e valorizar a APS como eixo estruturante do SUS no Maranhão.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o número de atendimentos de demanda espontânea e demanda agendada no Estado do maranhão no período entre 2014 e 2024

3.2 Objetivos Específicos

Identificar a proporção de atendimentos por demanda espontânea no maranhão;

Estimar a proporção de atendimentos de demanda agendada e;

Correlacionar o número de atendimentos de demanda espontânea e demanda agendada no estado do maranhão com a expansão da cobertura da atenção primária.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1- A Atenção Primária em Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica, ocupa um papel estratégico na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo reconhecida como a principal porta de entrada para os usuários e o ponto central de articulação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isso significa que é na APS que se inicia a maior parte dos atendimentos, sendo ela responsável por acolher a população, identificar suas necessidades de saúde e garantir a continuidade e a integralidade do cuidado (Brasil, 2017; Starfield, 2002).

Além disso, a APS coordena o fluxo dos usuários entre os diferentes níveis de atenção, organizando o acesso a serviços de maior complexidade quando necessário, ao mesmo tempo em que busca resolver a maior parte dos problemas de saúde de forma resolutiva e próxima da realidade local (Brasil, 2017).

4.2 Estratégia Saúde da família e o vínculo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa a principal forma de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, sendo parte essencial da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF tem como objetivo “reorganizar a prática da atenção básica em novas bases e substituir o modelo tradicional, centrado no atendimento individual e hospitalocêntrico” (Brasil, 2017, p. 34).

As equipes da ESF atuam com base em um território definido, com responsabilização por uma população adscrita, desenvolvendo ações de promoção da saúde, prevenção de

agravos, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde, de forma contínua e integral. A composição mínima dessas equipes inclui médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser ampliada com o apoio de equipes de saúde bucal e de outras estratégias (Brasil, 2017).

Um dos princípios fundamentais para o sucesso da ESF é o vínculo entre profissionais de saúde e usuários. Esse vínculo é construído com base na confiança, na continuidade do cuidado e na escuta qualificada, sendo considerado um dos fatores que favorecem a adesão ao tratamento, a corresponsabilização e o aumento da resolutividade da atenção (Starfield, 2002). Segundo Mendes et al. (2020, p. 5), “a construção do vínculo possibilita o conhecimento mútuo, a humanização do atendimento e o reconhecimento das necessidades reais da população”.

A avaliação da efetividade das ações da ESF pode ser realizada por meio de indicadores de desempenho. Entre os principais, destacam-se:

- Cobertura da Estratégia Saúde da Família: Expressa a proporção da população assistida por equipes de saúde da família em relação à população total, sendo um dos principais indicadores de acesso à APS (e-Gestor AB, 2024).
- Proporção entre atendimentos por demanda espontânea e demanda agendada: Permite analisar o grau de organização do processo de trabalho e da capacidade de planejamento da equipe, além de refletir o modo como o acesso está estruturado (Nascimento et al., 2025).
- Número de visitas domiciliares realizadas: Indica o compromisso das equipes com a vigilância ativa e o cuidado próximo, especialmente de pessoas com dificuldade de locomoção ou condições crônicas.
- Taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): Reflete a efetividade da APS na prevenção de complicações de agravos crônicos e evitáveis. Segundo Macinko et al. (2006), quanto menor a taxa de ICSAP, maior a resolubilidade da APS.
- Acompanhamento de condições crônicas (hipertensão, diabetes, tuberculose, etc.): Indica a capacidade da equipe em realizar cuidado longitudinal, acompanhamento contínuo e vigilância em saúde.

Portanto, a ESF se destaca não apenas por seu modelo de cuidado territorializado, mas também pela centralidade no vínculo com os usuários e pelo uso de indicadores que orientam a qualificação do processo de trabalho. O fortalecimento dessas dimensões é essencial para

alcançar uma APS forte, resolutiva e centrada nas necessidades da população.

4.3 Demanda espontânea e demanda programada

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), os atendimentos podem ser classificados, principalmente, como de demanda espontânea ou demanda programada, ambos essenciais para a garantia do cuidado integral e contínuo à população (Giovanella et al., 2021). Na organização da Atenção Primária à Saúde (APS), a demanda espontânea representa uma das principais formas de acesso dos usuários aos serviços de saúde, sendo caracterizada pela busca de atendimento sem necessidade de agendamento prévio. Essa procura ocorre, geralmente, por iniciativa do próprio indivíduo, diante de sintomas agudos, queixas súbitas, solicitação de exames, renovação de receitas, entre outras necessidades percebidas (Brasil, 2021; Nascimento et al., 2025).

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a demanda espontânea “corresponde à procura do serviço de saúde pelo usuário por iniciativa própria, sem agendamento, por sentir-se necessitado de atenção à sua saúde” (Brasil, 2012, p. 21). O acolhimento à demanda espontânea deve ser organizado de forma a garantir o acesso oportuno e humanizado, articulando-se aos demais componentes do cuidado.

A abordagem adequada exige que a equipe de saúde esteja preparada para escutar, avaliar o grau de risco e vulnerabilidade, além de oferecer condutas resolutivas ou, quando necessário, encaminhamentos adequados. Ainda conforme o Caderno de Atenção Básica nº 28, esse tipo de atendimento deve ser compreendido não apenas como um momento pontual, mas como uma porta de entrada qualificada que contribui para a integralidade e a continuidade do cuidado na APS (Brasil, 2012).

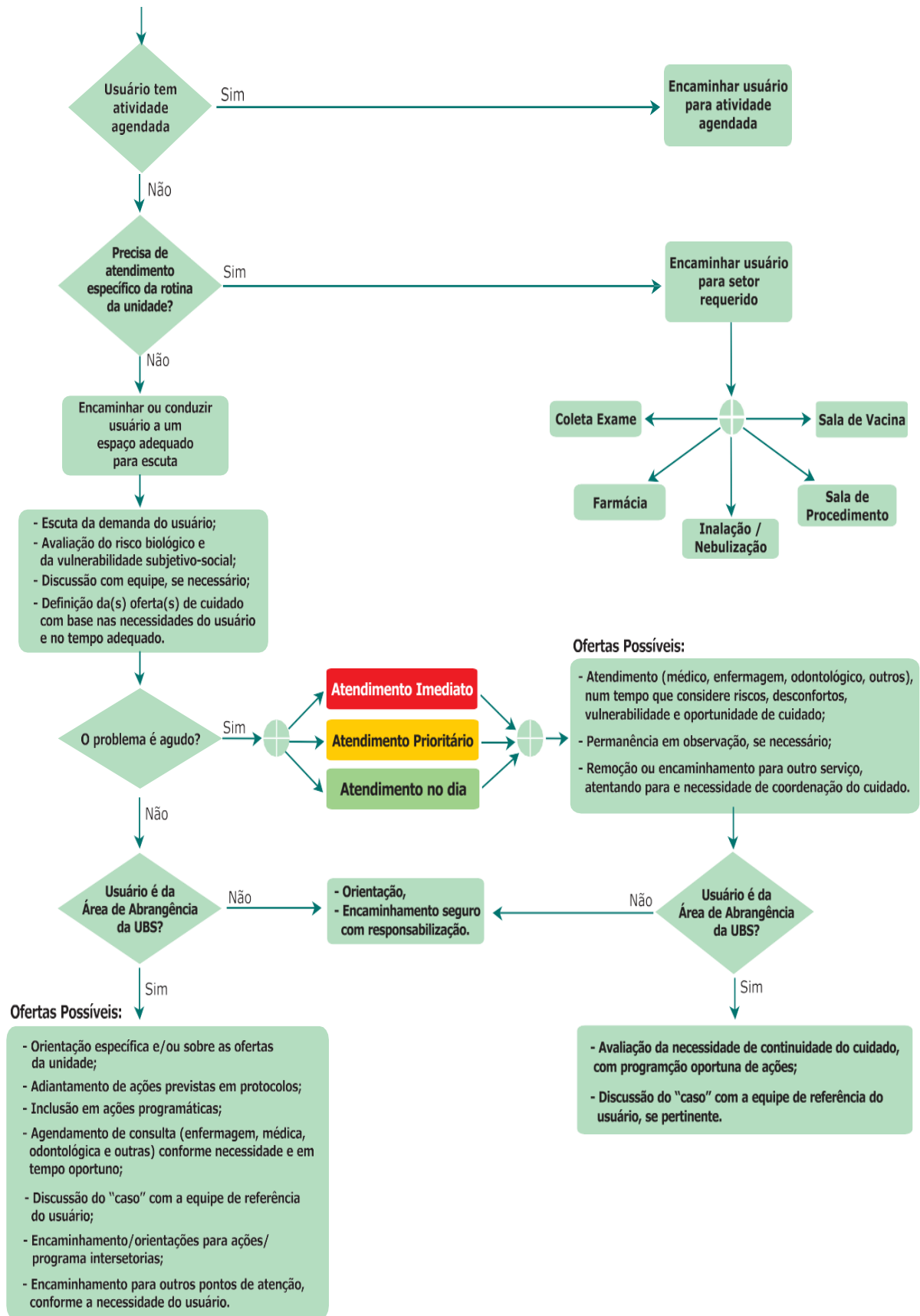
A demanda programada, também denominada demanda agendada ou planejada, refere-se aos atendimentos previamente organizados pela equipe de saúde com base nas necessidades identificadas no território e no perfil epidemiológico da população adscrita. Esse tipo de atendimento visa garantir o acompanhamento sistemático e contínuo de indivíduos e grupos, como gestantes, crianças, idosos e pessoas com condições crônicas como hipertensão e diabetes. (Brasil, 2017)

De acordo com o Ministério da Saúde (2012), a demanda programada compreende os atendimentos “voltados à realização de ações planejadas com base na identificação das necessidades dos usuários, como grupos específicos, condições crônicas ou ações de saúde coletiva” (Brasil, 2012, p. 21).

A organização da demanda programada fortalece os princípios da Atenção Primária à

Saúde (APS), especialmente a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde organize sua agenda com base em ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde. Conforme orienta o Ministério da Saúde (2019), a programação das ações viabiliza o acompanhamento longitudinal dos usuários, favorecendo o controle de agravos e o vínculo entre equipe e comunidade, como pode ser visto na figura a seguir.

Figura 1: Fluxograma do processo de acolhimento da demanda espontânea na UBS



Fonte: Cadernos de Atenção Básica, n.º 28, pag. 28 volume 1 (Brasil, 2013).

5. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo ecológico, “Estudo ecológico é aquele em que os dados analisados se referem a grupos de indivíduos, e não a indivíduos isolados. Os dados de exposição e desfecho são agregados por unidades como cidades, estados, países, períodos ou grupos etários” (Medronho et al., 2009).

Foram coletados e analisados dados referentes a demanda espontânea e a demanda agendada na APS no estado do maranhão entre os períodos de 2014 à 2024 em bases de dados secundários. As fonte dos dados coletados dessa pesquisa foram o SISAB (Sistema de informação em saúde para a atenção básica) e EGESTOR (e- Gestor Atenção Primária à Saúde).

Foram coletados os dados da assistência relacionada à saúde na APS por demandas agendadas e por demanda espontânea no sistema eletrônico da secretaria de atenção primária a saúde – SAPS/MS, sendo utilizados filtros para direcionamento e refinamento da pesquisa como: Competência/Ano, Tipo de Produção, tipo de atendimento.

A fonte primária desses dados pode ser consultada nos documentos: Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (PRODUÇÃO) e Novo método de cálculo do indicador Cobertura populacional estimada na Atenção Básica (Brasil, 2021a; Brasil, 2021b).

O filtro competência foi preenchido com os dados referentes a todos os meses de cada ano de 2014 a 2024, o tipo de produção foi atendimento por demanda espontânea e por demanda agendada, tipo de atendimento foi Demanda espontânea, escuta inicial/orientações Demanda espontânea consulta no dia, Demanda espontânea atendimento urgência. Consultas agendadas, programação/cuidado continuado.

Posteriormente foram digitados e tabelados esses dados para a ferramenta Microsoft Excel® 2013 e os dados foram compilados e analisados tanto a proporção e sua correlação com a assistência da APS no maranhão, foi realizado também a análise na ferramenta Stata® (Statistical Software for Data Science) para análise de correlação de Pearson.

É importante ressaltar que parte das informações de cobertura da assistência à saúde prestada a população do estado do maranhão na atenção primária, foram obtidas da seguinte forma: no período de 2014 a 2020 dados reais da cobertura da assistência e de 2021 a 2024 os dados são referentes a cobertura potencial. Já em relação aos atendimentos por demanda espontânea e demanda agendadas obtidas através do sistema SISAB, todos os dados são de atendimentos reais.

O presente trabalho não foi submetido ao comitê de ética por se tratar de uma pesquisa que utilizam informações de domínio público e pesquisa com banco de dados sem a

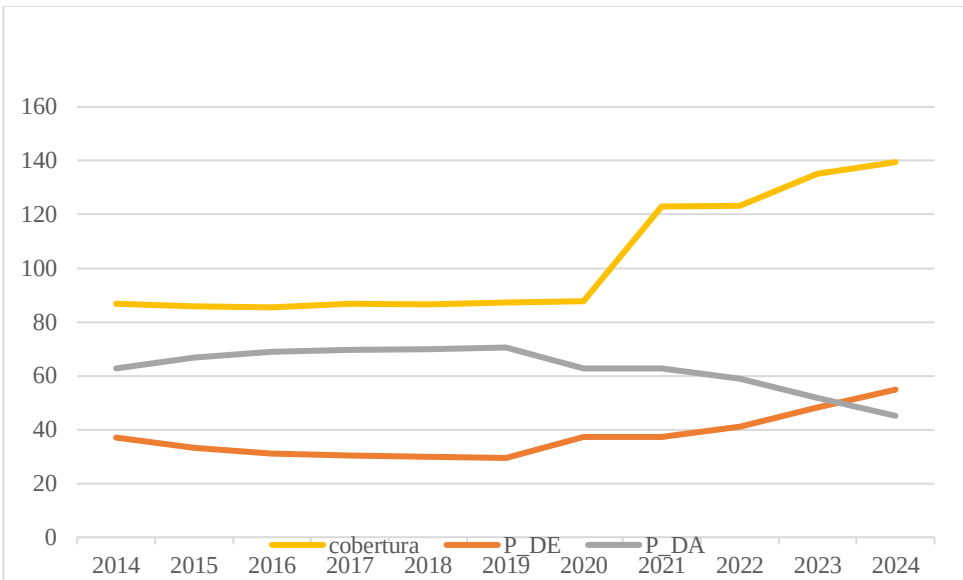
possibilidade de identificação individual.

6. RESULTADOS

Nesse trabalho foram produzidos e analisados dados referentes a assistência em saúde por demanda espontânea e demanda agendada no estado do maranhão nos períodos de 2014 a 2024, tendo como resultados os dados mostrados no gráfico e na tabela abaixo, evidenciando o percentual de atendimentos (DE) e (DA). Também foi feito o percentual da cobertura da assistência em saúde na APS, foi realizado a análise da correlação entre (DE) e (DA) e a cobertura de APS.

Os dados coletados mostram um ponto de inversão na proporção de demanda espontânea (DE) e demanda agendada (DA) na APS no estado do Maranhão, conforme pode ser observado na figura1. As análises da proporção da DE e DA e sua correlação com a cobertura de APS podem ser observadas nas tabelas 1 e 2, respectivamente.

Figura 1: Proporção de demanda espontânea, demanda agendada e cobertura de APS. Maranhão. 2025.



Fonte: elaborado pelo autor (2025)

Tabela 1: Proporção de DE e DA por ano de análise. Maranhão. 2025.

Ano	Cobertura	%	%
		DE*	DA**
2014	86.79	37.15	62.84
2015	85.79	33.19	66.80
2016	85.46	31.10	68.89
2017	86.82	30.38	69.61
2018	86.57	29.99	70.01
2019	87.37	29.47	70.52
2020	87.75	37.17	62.82
2021	123.06	37.16	62.83
2022	123.33	41.00	58.99
2023	135.02	48.20	51.79
2024	139.45	54.86	45.13
*Demanda Espontânea			
**Demanda Agendada			

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

Tabela 2: Análise da correlação entre Cobertura e proporção de DE e DA. Maranhão. 2025.

Variáveis	Correlação	P-valor
DE	0,877	0,0004
DA	-0,877	0,0004

Fonte: elaborado pelo autor (2025)

7. DISCUSSÃO

Entre 2014 e 2024, observou-se uma mudança significativa no padrão de acesso aos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) no Maranhão. No início da série, predominava a demanda agendada, representando mais de 62.84% dos atendimentos. No entanto, a partir de 2020, essa tendência começa a se inverter, culminando em 2024 com a demanda espontânea sendo 54,86% do total de atendimentos.

Esse comportamento se mostra estatisticamente relevante, como evidenciado na Tabela 2, que aponta uma forte correlação positiva entre a cobertura da APS e o aumento da DE ($r = 0,877$; $p = 0,0004$), e correlação negativa entre a cobertura e a DA ($r = -0,877$; $p = 0,0004$). Isso indica que, quanto maior a cobertura da APS, maior tem sido a proporção de atendimentos por demanda espontânea, contrariando a lógica esperada de que a ampliação da cobertura favorecerá o agendamento organizado e o cuidado longitudinal.

Uma possível explicação para esse fenômeno é que o aumento da cobertura pode ter ocorrido sem o fortalecimento proporcional da estrutura de agendamento e acompanhamento contínuo, ou seja, a expansão da APS pode ter priorizado a ampliação do acesso territorial e numérico, mas sem consolidar o vínculo e o planejamento do cuidado. Tal realidade é especialmente preocupante no Maranhão, estado que historicamente enfrenta desafios como déficit de profissionais, precarização do trabalho em saúde e limitações na infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Como destaca Mendes (2012, p. 57), “a expansão quantitativa da ESF não tem sido, necessariamente, acompanhada da melhoria da qualidade do cuidado, da qualificação da gestão e da consolidação dos atributos essenciais da atenção primária, como o acesso, o vínculo, a integralidade e a coordenação”.

Além disso, a predominância da DE pode refletir fragilidades na gestão do processo de trabalho, resultando em uma APS mais voltada ao atendimento de agravos imediatos, em detrimento da promoção e prevenção em saúde. Para a Enfermagem, esse cenário impõe desafios significativos, pois o enfermeiro, muitas vezes responsável pelo acolhimento e organização da porta de entrada, precisa equilibrar a escuta qualificada com a demanda de alta rotatividade e, ao mesmo tempo, manter a continuidade do cuidado para grupos prioritários, como gestantes, hipertensos e diabéticos (Brasil, 2022).

Outro aspecto relevante é que a demanda espontânea excessiva pode sobrecarregar os profissionais e dificultar a implementação das Linhas de Cuidado e Protocolos Clínicos, pilares da atenção qualificada. Em contrapartida, a escuta da DE é também um espaço potente de acolhimento e de fortalecimento do vínculo, sendo necessário que a gestão da APS desenvolva

estratégias integradas de regulação do acesso, de forma que a DE não concorra com a DA, mas que ambas sejam complementares dentro de uma lógica de cuidado integral (Brasil, 2020).

Estudos anteriores apontam que a organização do acesso é um dos principais componentes da qualidade percebida na APS (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA et al., 2021). Assim, o cenário observado no Maranhão exige não apenas ampliação de cobertura, mas sobretudo qualificação do acesso, com fortalecimento da escuta ativa, equipe multiprofissional resolutiva e sistemas eficazes de agendamento e monitoramento.

Vale destacar que, entre os anos de 2020 e 2024, os dados de cobertura apresentados referem-se à cobertura potencial da Atenção Primária à Saúde (APS) no Maranhão, e não à cobertura populacional real. A cobertura potencial corresponde ao cálculo teórico baseado na capacidade instalada das equipes de Saúde da Família ou de Atenção Primária, considerando o número estimado de pessoas que poderiam ser acompanhadas, independentemente do efetivo cadastramento ou acesso regular dos usuários (Brasil, 2023).

Essa distinção é importante porque a cobertura potencial, embora útil para estimativas operacionais, não necessariamente reflete o uso efetivo dos serviços pela população, podendo superestimar a capacidade resolutiva real do sistema de saúde. No Maranhão, por exemplo, o índice salta de 87,75% em 2020 para 139,45% em 2024, sugerindo uma expansão significativa na estrutura de equipes, mas sem garantia de que essa expansão tenha sido acompanhada por organização do cuidado ou fortalecimento da agenda programada.

Assim, o aumento da proporção de demanda espontânea (DE) nos anos recentes pode estar parcialmente relacionado ao descompasso entre a capacidade teórica e a operacionalização do cuidado, ou seja, mesmo com a estrutura formal ampliada, os usuários continuam recorrendo majoritariamente à DE por dificuldade de acesso organizado, ausência de vínculo ou indisponibilidade de horários agendados.

Diante desse cenário, torna-se essencial que a gestão da APS no Maranhão vá além da ampliação numérica de equipes, investindo na qualificação do acesso, fortalecimento do vínculo, implementação efetiva das agendas programadas e suporte à atuação das equipes multiprofissionais. A Enfermagem, como eixo estratégico do cuidado na APS, deve ser valorizada na organização do acolhimento e na construção de um modelo que integre DE e DA como estratégias complementares de atenção integral.

8. CONCLUSÃO

O presente trabalho permitiu analisar, de forma crítica, a distribuição e evolução dos atendimentos por demanda espontânea e demanda agendada na Atenção Primária à Saúde (APS) no estado do Maranhão, destacando uma inversão significativa no perfil da procura pelos serviços de saúde entre os anos de 2014 a 2024. Os dados revelam que, nos anos mais recentes, a demanda espontânea passou a predominar sobre a agendada, alcançando 54,86% do total de atendimentos em 2024.

A correlação estatisticamente significativa entre o aumento da cobertura da APS e a maior proporção de DE, bem como a redução da DA, evidencia um cenário em que a expansão estrutural não tem garantido a organização efetiva do cuidado programado. Essa situação é particularmente relevante ao se considerar que, de 2020 em diante, os dados referem-se à cobertura potencial, o que pode superestimar a efetividade dos serviços ofertados e mascarar fragilidades no processo de trabalho das equipes.

Para a Enfermagem, esse contexto impõe desafios operacionais e éticos, uma vez que os profissionais assumem papel central no acolhimento, escuta qualificada e classificação das demandas. A predominância da DE pode comprometer o acompanhamento sistemático de condições crônicas, ações preventivas e estratégias de promoção da saúde, funções que são fundamentais para o modelo de APS preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Conclui-se que a ampliação da cobertura por si só não assegura um cuidado de qualidade, sendo imprescindível o fortalecimento das estratégias de organização do acesso, com ênfase na articulação entre demanda espontânea e agendada, e na valorização do papel da equipe de Enfermagem como coordenadora do cuidado. Recomenda-se, ainda, que os gestores de saúde no Maranhão invistam em formação continuada, planejamento participativo e adequação da agenda dos serviços, para que a APS cumpra, de fato, seu papel resolutivo, equitativo e humanizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Rede Interagencial De Informação Para A Saúde – RIPSa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão – exercício de 2024**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2025. 164 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2024.pdf. Acesso em: 1 jun. 2025.

MOURA, R. A. de; et al. Atendimento à demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família: práticas e reflexões de um processo em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, e320103, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Z6kKpFgLzTqbMZ7gMfYvWRd/>. Acesso em: 3 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde – SAPS. **Atenção Primária**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária do SUS é destaque em conferência internacional**. Brasília, DF, 25 out. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/outubro/atencao-primaria-do-sus-e-destaque-em-conferencia-internacional>. Acesso em: 5 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 183, p. 68, 22 set. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/22354349. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Seção I – Da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 6 jun. 2025.

MEDRONHO, R. A. **Tipos de estudos epidemiológicos**. In: MEDRONHO, R. A. et al. (org.). *Epidemiologia*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 11, p. 121–129.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais acesso à Atenção Primária à Saúde: ficha técnica — Equipe de Atenção Primária e Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Atualizado em: 23 maio 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/publicacoes/fichas-tecnicas/equipe-de-atencao-primaria-e-saude-da-familia/mais-acesso-a-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 6 jul. 2025.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. **Educação e integralidade: olhares multicêntricos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 1). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2025.