

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
VIOLÊNCIA

ADRIANA FERREIRA PEREIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA CLÍNICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE E SUA ASSOCIAÇÃO
COM O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE**

Belo Horizonte

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE
VIOLÊNCIA

ADRIANA FERREIRA PEREIRA

**CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA CLÍNICA NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE E SUA ASSOCIAÇÃO
COM O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação
Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade
de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais-
UFMG como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre.

Orientador: prof. Ricardo Tavares
Co-Orientadora: profa. Deborah Carvalho Malta

Belo Horizonte

2016

FICHA CATALOGRÁFICA

P436c Pereira, Adriana Ferreira.
Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na atenção primária à saúde de Belo Horizonte e sua associação com o índice de vulnerabilidade da saúde [manuscrito]. / Adriana Ferreira Pereira. - - Belo Horizonte: 2016.
49f.: il.
Orientador (a): Ricardo Tavares.
Coorientador (a): Deborah Carvalho Malta.
Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Vulnerabilidade em Saúde. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Tavares, Ricardo. II. Malta, Deborah Carvalho. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : W 84

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Linha de pesquisa: Organização dos serviços de saúde e suas relações com a violência

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora

Profa. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitora de Pesquisa

Profa. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Luiz Armando Cunha De Marco

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Edson Samesiana Tatsuo

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social

Profa. Alaneir de Fátima dos Santos

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profa. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profa. Cristiane de Freitas Cunha

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profa. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Raddichi

Profa. Cristiane de Freitas Cunha

Profa. Eliane Dias Gontijo

Profa. Soraya Almeida Belisário

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Profa. Eugênia Ribeiro Valadares

Profa. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

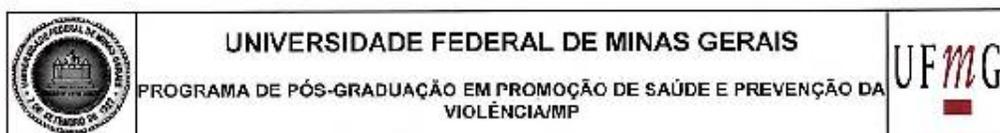
Profa. Stela Maris Aguiar Lemos

Representantes discentes

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva – Suplente

FOLHA DE APROVAÇÃO



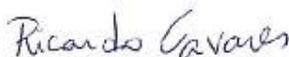
FOLHA DE APROVAÇÃO

Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e sua associação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

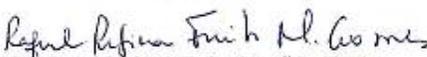
ADRIANA FERREIRA PEREIRA

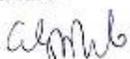
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 28 de junho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Ricardo Tavares - Orientador
UFOP


Prof(a). Deborah Carvalho Mafra
UFMG


Prof(a). Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes
SMSBH


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG

Belo Horizonte, 28 de junho de 2016.

Dedico este trabalho ao
Sistema Único de Saúde do Brasil

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Ao Fabiano Pimenta e à Maria Luisa pelo impulso que me deram para iniciar este grande desafio.

À Juliana pela dedicação, que além de minha mestre e revisora, me deu diversas vezes ânimo e ombro nos momentos difíceis desta caminhada.

Ao Fábio e Vinícius pela paciência e madrugadas de dedicação a esta construção.

À Ana Pitchon pela força e preciosas dicas.

A toda a equipe da SMSA em especial...

Os colegas da GEAS que tiveram compreensão e muita paciência.

Os colegas da GTIS, em especial Marcus Vinícius, Hassan, Raquel e Eliete pela disponibilidade e esforços na extração dos dados.

Aos colegas e professores deste mestrado que tanto acrescentaram ao meu crescimento pessoal e intelectual. À professora Elza e ao professor Ricardo pelo empenho nas análises estatísticas.

Aos meus amigos por terem sido pacientes e entenderem as minhas ausências.

Ao meu pai e toda a minha família que sempre me deram forças para me aventurar por novos caminhos, mesmo que desafiadores.

Sem a força e paciência de todos não teria conseguido chegar até aqui!

Obrigada do fundo do meu ♥!

*Aliviar o sofrimento é um imperativo moral
infindável, mas a obsessão contemporânea pela
manutenção da saúde faz parte da persistente e
recorrente ilusão do sonho humano de controlar o
futuro. A atual manifestação desse sonho é mediada
pela ciência, cujo novo Santo Graal é uma vida longa
e sem sofrimento, que termina na velhice extrema,
com rápido declínio e morte, também milagrosamente
sem sofrimento.*

Iona Heath

British Medical Journal, 2007

RESUMO

Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e sua associação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte é formada por unidades de saúde complexas que constituem a porta de entrada preferencial para os usuários do sistema de saúde. Um grande desafio é equalizar as diversas atividades e necessidades da população entre os atendimentos eletivos e os de demanda espontânea, permitindo maior equidade, integralidade e acesso ampliado. Este estudo tem como objetivo analisar o perfil da demanda espontânea com queixa clínica registrada durante a classificação de risco dos usuários, na APS de BH em 2014 e 2015, e associá-las ao contexto socioeconômico a partir do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). Foi realizada análise descritiva das principais queixas e das características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e cruzada com IVS, além da análise correspondência para variáveis qualitativas. Dos atendimentos realizados em 44 Centros de Saúde, 11,6% foram destinados à demanda espontânea com queixa clínica, desses 86,6% foram de baixa gravidade e apenas 13,4% urgências e emergências. O sexo feminino utiliza mais os serviços com 64,8% dos atendimentos e o sexo masculino com 35,2%. Em relação à utilização dos serviços 23,4% da população acessaram essas unidades, porém há diferenças significativas em relação aos estratos do IVS, no risco muito elevado o índice de utilização é 10 vezes maior em comparação com o baixo risco e existe uma associação progressiva entre o número de visitas realizadas por pessoa e a vulnerabilidade social. Esses dados demonstram, por um lado, a melhoria do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, favorecendo maior equidade na assistência à saúde pública, pois esses estratos possuem piores condições socioeconômicas e, ao mesmo tempo, a influência deste perfil de vulnerabilidade sobre o processo de adoecimento e morte. Verificou-se que a maioria dos atendimentos realizados por pessoa envolve queixas distintas, mas quanto maior o número de visitas realizadas por uma mesma pessoa maior o atendimento por queixas iguais. As queixas mais frequentes foram: cefaleia, pais preocupados e dor de garganta. É importante que as equipes de saúde da família (EqSF) trabalhem a partir dos agravos mais prevalentes do seu território com olhar amplo sobre as necessidades dos indivíduos e da coletividade, com planejamento de ações que possam influenciar em seus determinantes. O atendimento à demanda espontânea, com ou sem queixa clínica, também é necessário quando se pretende alcançar um modelo de APS abrangente que ofereça um cuidado integral, longitudinal e de maior resolubilidade. Portanto, é importante que a cada encontro do profissional com o usuário sejam realizadas ações que possam ser centradas na pessoa em toda a sua integralidade.

Palavras-chave: Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Characterization of spontaneous demand with clinic complaint in Primary Care in Belo Horizonte's system health and its association with the Index of Health Vulnerability.

The Primary Health Care in Belo Horizonte is made by complex health units to constitute the preferential entry door for health system users. A major challenge is equalizing several activities and population needs among elective care and spontaneous demand. Allowing more fairness, completeness and expanded access. This study has as objective to analyze the spontaneous demand's profile with clinic issues registered during user's risk classification, at Primary Health Care in Belo Horizonte between 2014 and 2015 and associate this to the socioeconomic context from the Index of Health Vulnerability. The knowledge of that characteristics is important for a greater planning of health actions in the city, health units or even for the Family Health Team. A descriptive analysis was made of major issues and from the characteristics of care, through a distribution of simple frequency and crossed with Index of Health Vulnerability, in addition to the multivariate analysis for qualitative variables. Visits made at 44 health units were 11,6% spontaneous demand with clinic issues, from this 86,6 % had low severity and only 13,4% urgency and emergencies. The female uses more services, been 64,8% of all attendants and males 35,2%. About utilization services, just 23,4% of the whole population accessed those units but has significant difference among Index of Health Vulnerability strata. On very high risk, the utilization index is ten times higher than low risk and has a progressive association between the number of visits done by a person and the social vulnerability. Those data show improvements in health services' access of a high vulnerable population. This gives larger equity on health public assistance. That group has worse social economic conditions and bigger susceptibility to sickness and death. Was found that major attendants (visits) realized by a person have distinct issues. But how higher that number is, bigger those attendants by the same issue is. The most frequent issues were: headache, worried parents and throat pain. The health teams must start its works with the most prevalent issues in its area, having large sight over individuals and collective needs, planning actions that could influence determinants. The spontaneous demand attendants, with or not clinic issues, also need to achieve a wide Primary Health Care model to offer an integral care, longitudinal and with more solubility. Therefore, is important on each meeting, between user and worker, actions be realized centralized on the person and all his integrity.

Keyword: Health Services Needs and Demand, Primary Health Care, Socioeconomic Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS:	Sistema Único de Saúde
SMSA/PBH:	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
ESF:	Estratégia de Saúde da Família
APS:	Atenção Primária à Saúde
EqSF:	Equipe de Saúde da Família
CS	Centro de Saúde
BH:	Belo Horizonte
IVS:	Índice de Vulnerabilidade da Saúde
SISREDE:	Sistema Gestão Saúde em Rede
PSF:	Programa de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Prioridades clínicas e conceitos relacionados	16
Quadro 2 – Indicadores selecionados em cada uma das dimensões, IVS 2012	17
Quadro 3 – Distribuição de Distritos Sanitários, Centros de Saúde e suas respectivas populações por IVS, BH	18

LISTA DE TABELAS

Tabela 1– Perfil geral de utilização da população no atendimento à demanda espontânea com queixa clínica segundo IVS, BH, 2014/2015	28
Tabela 2 – Características das principais queixas clínicas no atendimento à demanda espontânea segundo gravidade e queixas idênticas, BH, 2014/2015.....	30
Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos à demanda espontânea com queixa clínica, segundo faixa etária e IVS, BH, 2014/2015.....	31
Tabela 4 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha, Índice de Vulnerabilidade da Saúde	33
Tabela 5 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna, Número de atendimentos.....	33

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição do percentual de queixas distintas, segundo número de atendimentos realizados por pessoa na demanda espontânea, BH, 2014/2015	31
Figura 2 – Mapa de correspondência entre o número de atendimentos realizados por pessoa e	33

SUMÁRIO

PARTE I	10
1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO GERAL.....	14
2.1. Objetivos específicos.....	14
3. METODOLOGIA.....	15
3.1. SISRREDE e Protocolo de Manchester.....	15
3.1. Índice de Vulnerabilidade da Saúde.....	16
3.2. População do estudo.....	18
3.3. Variáveis.....	18
3.4. Análise estatística.....	19
PARTE II	22
5. ARTIGO.....	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
7. ANEXOS.....	43
7.1. Anexo 1 – Ata da defesa.....	43
7.2. Anexo 2 – Folha de aprovação.....	44

PARTE I

1. INTRODUÇÃO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 várias estratégias vêm sendo realizadas na tentativa de melhorar o acesso dos usuários e oferecer uma atenção integral e de qualidade voltada para as reais necessidades da população. Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH) adota a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma forma de ampliar e qualificar o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). O município iniciou com uma cobertura de 46,9% priorizando áreas de maior vulnerabilidade e atualmente conta com uma cobertura de 86,4% da população residente*.

Esse modelo prevê uma organização da atenção a partir da equipe de saúde da família (EqSF) e também por profissionais e equipes de apoio que atuam em um território definido, prestando cuidado integral a uma população adstrita. A APS oferece ações diversificadas envolvendo práticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças bem como de reabilitação. Essas ações permitem oferecer à população o cuidado integral contemplando as suas diversas necessidades.

Os Centros de Saúde de Belo Horizonte (BH) são as unidades de saúde responsáveis pela atenção primária à saúde (ou atenção básica) e se orientam pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social¹:

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.”¹

Nota-se, portanto, que os Centros de Saúde são unidades complexas que se constituem a porta de entrada preferencial para os usuários ao sistema de saúde, sendo um grande desafio conseguir equalizar as diversas atividades e necessidades da população entre os atendimentos eletivos e os de demanda espontânea. Essas unidades vêm sendo cada vez mais pressionadas por um grande volume de pessoas que as acessam sem agendamento prévio e com diferentes necessidades, que pode ser conceituada como demanda espontânea:

“[...] busca do usuário à unidade de saúde, independente do motivo ou do tempo de evolução do problema, de forma não esperada pelo serviço. Pode ser dividida em duas categorias: demanda espontânea sem queixa clínica (demanda não baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas) e demanda espontânea com queixa clínica (demanda baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas)”².

* Dados fornecidos pela Gerência de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em abril de 2016.

A demanda espontânea é um grande desafio desde a criação do SUS. Em Belo Horizonte várias estratégias foram implementadas, na tentativa de ampliar o acesso, humanizar e qualificar a atenção e efetivar a APS como porta de entrada para o sistema de saúde. Em 1995 ocorre a introdução do “acolhimento”, uma mudança na forma de receber os usuários que chegam à unidade, ou seja, eles são escutados e avaliados por um profissional de saúde e os agendamentos realizados a partir da necessidade e não por ordem de chegada³. Antes desse processo existia uma barreira de acesso aos usuários, ou seja, cartazes na porta das unidades informando o número de vagas, filas noturnas, distribuição de senhas por ordem de chegada, dentro outros; não havendo a escuta das necessidades trazidas pelos usuários, avaliação da gravidade, do risco ou a instalação de quadro agudo⁴. Em 2002, com a implantação da ESF, ocorre um aprimoramento do acolhimento e todos os profissionais da equipe de saúde da família começam a participar da recepção, escuta e resolubilidade das necessidades dos usuários, trazendo maior responsabilização dos profissionais com os usuários, assim como maior vínculo entre ambos.

Com o passar do tempo, a população do município desenvolve um maior vínculo com essas unidades e a APS assume mais funções assistenciais. Diante de diversas demandas e do grande volume de atendimento, algumas unidades restringiram o “acolhimento” para algumas horas por dia, ou seja:

“O conceito original de ‘acolhimento’, desenvolvido nos Centros de Saúde de Belo Horizonte nos anos 90, havia se perdido ao longo dos tempos e o processo havia se convertido em um procedimento, com horário, local e equipe responsável. Como se uma semente tivesse sido plantada e uma outra árvore tivesse crescendo.”⁵

Na sequência, em 2009, é realizada para todos os profissionais da rede de atenção primária, e posteriormente, para os outros níveis de atenção, as Oficinas de Qualificação da APS em Belo Horizonte. Estas oficinas buscaram “associar a qualificação profissional dos profissionais da APS à implementação de diretrizes institucionais para o processo de trabalho da Atenção Primária em Belo Horizonte”⁶. Foram realizadas 10 oficinas específicas para a atenção primária, sendo uma delas sobre a Organização da Demanda Espontânea. Nessa oficina foram abordados os conceitos de processo de trabalho, gerenciamento do processo de trabalho, acesso, demanda espontânea, acolhimento e classificação de risco. Essa oficina retoma o conceito de acolhimento como postura capaz de acolher, de escutar e de dar uma resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo⁷. Portanto, todos os usuários devem ter suas demandas acolhidas e avaliadas para a oferta de atenção e serviços adequados às suas necessidades. Assim, em 2011 na tentativa de qualificar ainda mais a porta de entrada para aqueles usuários com queixa clínica iniciou-se a implantação da classificação de risco com a utilização do Protocolo de Manchester na APS de Belo Horizonte.

Essa implantação está sendo gradual, pois depende de um processo robusto que vai desde a discussão com toda a equipe e organização prévia da unidade até treinamento e certificação de todos os enfermeiros envolvidos. Em 2013, foi elaborado um documento onde são descritas normatizações para o atendimento e organização da demanda espontânea² na APS de Belo Horizonte. Uma dessas diretrizes é o imperativo de se ter portas de entrada distintas para organização do fluxo e atendimento dos usuários com diferentes necessidades.

Ou seja, uma exclusiva para aqueles com queixa clínica, outra para os sem queixa clínica e o direcionamento imediato para setores específicos e outras demandas como imunização, coleta, curativo dentre outros. Dessa forma a porta de entrada do usuário passa a ser diversificada e mais resolutiva, primando pela equidade e melhor acesso, oferecendo atendimento adequado à necessidade que o usuário apresenta.

Esse documento também descreve as atribuições dos diversos profissionais envolvidos no atendimento da demanda espontânea, e define que os casos sem queixa clínica sejam preferencialmente atendidos pelo auxiliar/técnico de enfermagem e os casos com queixa clínica preferencialmente pelo enfermeiro.

No período de 2011 a 2015, foi implantada em 44 dos 148 Centros de Saúde da SMSA/PBH a classificação de risco com o Protocolo de Manchester. Essas unidades, ou seja, seus enfermeiros utilizam o SISREDE no momento da classificação de risco. Isso permite conhecer e avaliar diversas variáveis relacionadas a este atendimento como: as queixas mais prevalentes, o volume de classificações realizadas por dia e por turnos; as diferentes porcentagens entre os tipos de prioridades clínicas; dentre outras.

De acordo com Barcellos *et al*, se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. A complexidade de cada lugar reflete o acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para produção de saúde e doenças⁸. A identificação dos agravos mais prevalentes e de sua distribuição, em uma dada população, permite programar ações mais adequadas e, assim, mais efetivas, que poderão desencadear melhores resultados. Segundo Goldbaum, o uso da metodologia epidemiológica no eixo político-institucional, no qual as análises de situação de saúde são enriquecidas por sua interpretação à luz das condições de vida das populações, permite conhecer alguns dos elementos para o estabelecimento das prioridades e estratégias setoriais. A análise das situações/condições de saúde, pois, é de grande importância para a construção de políticas de saúde, pois fornece subsídios para a formulação de estratégias voltadas para as necessidades reais de determinada população⁹.

Sendo assim, entende-se que o conhecimento do volume e das principais queixas relacionadas à saúde e sua vinculação com as variáveis socioeconômicas e ambientais são importantes para ajudar no planejamento das ações pelas equipes de saúde, assim como no equilíbrio das ofertas de serviço voltadas para a real necessidade de dada população. Também permitirá um melhor planejamento de ações para promoção da saúde e prevenção desses agravos, ou seja, conseguir diminuir a ocorrência dessas patologias em uma dada comunidade influenciando em seus determinantes. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é analisar o perfil da demanda espontânea na Atenção Primária de Saúde, em BH, a partir das queixas clínicas apresentadas durante a classificação de risco dos usuários e associá-las ao contexto socioeconômico a partir do Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil da demanda espontânea com queixa clínica em unidades da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, nos anos de 2014 e 2015.

2.1. Objetivos específicos

- Descrever as queixas clínicas mais frequentes dos usuários que chegam com alguma demanda espontânea às unidades de Atenção Primária à Saúde;
- Analisar as características dos atendimentos e das queixas clínicas desses usuários segundo a categoria do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) do território onde residem.

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal que utilizou dados secundários referentes aos atendimentos de demanda espontânea com queixa clínica realizados em 44 Centros de Saúde nos de anos de 2014 e 2015. Essas unidades correspondem a todas que realizam a classificação de risco dos usuários com queixa clínica no sistema de prontuário eletrônico de Belo Horizonte.

Os dados para análise foram gerados a partir do Sistema de Gestão Saúde em Rede (SISREDE), fornecidos pela Gerência de Tecnologia e Informação da SMSA/PBH.

3.1. SISREDE e Protocolo de Manchester

SISREDE é o sistema informatizado que armazena os registros de atendimento realizados em prontuário eletrônico da Secretaria de Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Esse sistema possui módulos específicos de atendimento, sendo um desses o módulo “Demanda Espontânea”, que por sua vez, possui uma aba onde se realizam as classificações de risco.

Os dados extraídos a partir do SISREDE foram dos Centros de Saúde que utilizam a classificação de risco com o Protocolo de Manchester e conseqüentemente utilizam a aba “Classificação de Risco” desse prontuário eletrônico. A seleção dessas unidades ocorreu pela disponibilidade em acessar os dados necessários a essa pesquisa no banco de dados do sistema. Isso porque, essas unidades realizam o atendimento da demanda espontânea com queixa clínica no módulo específico no sistema, os outros Centros de Saúde não utilizam esse módulo o que dificulta a coleta dos dados.

Para coleta de dados deste trabalho foi utilizado para as queixas clínicas a nomenclatura padronizada utilizada pelo Sistema de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester. Essa metodologia utiliza 50 fluxogramas que “abrange quase todas as situações”¹⁰ apresentadas para queixas em situações comuns de urgências clínicas e traumatológicas e dois fluxogramas para situações de múltiplas vítimas, específico para catástrofes. Neste estudo foram utilizados apenas os cinquenta fluxogramas referentes às queixas (sinais e sintomas) em situações comuns, que são: agressão, alergia, alteração do comportamento, asma (história de), autoagressão, bebê chorando, cefaleia, convulsões, corpo estranho, criança irritadiça, crianças mancando, desmaio no adulto, diabetes (história de), diarreia e/ou vômitos, dispneia em adulto, dispneia em criança, doença mental, doença sexualmente transmissível, dor abdominal em adulto, dor abdominal em criança, dor cervical, dor de garganta, dor lombar, dor testicular, dor torácica, embriaguez aparente, erupção cutânea, exposição a agentes químicos, feridas, gravidez, hemorragia digestiva, infecções locais e abscessos, mal estar em adulto, mal estar em criança, mordeduras e picadas, overdose e envenenamento, pais preocupados, palpitações, problemas dentários, problemas em extremidades, problemas em face, problemas em olhos, problemas em ouvidos, problemas urinários, quedas, queimaduras, sangramento vaginal, trauma crânio-encefálico, trauma maior, trauma tóraco-abdominal.

O fluxograma é escolhido pelo enfermeiro a partir do relato da queixa clínica pelo usuário. É escolhido apenas um fluxograma e que seja mais específico em relação à queixa apresentada. Os fluxogramas dividem os sinais ou sintomas de alerta, a serem avaliados pelo profissional de saúde, em blocos de prioridade clínicas. Esses sinais e sintomas são distribuídos no fluxograma em uma lista em ordem de gravidade e quando o primeiro sinal ou sintoma avaliado está presente, a classificação é encerrada. A prioridade clínica associada a esse sinal ou sintoma é que determina a gravidade e, portanto, a ordem do atendimento. Ou seja, no fluxograma alergias se o sinal sintoma positivo for erupção ou vesículas disseminadas, a prioridade será amarela, pois este sinal é um dos descritos no bloco de prioridade clínica amarelo e o caso é considerado urgente. Para detalhar esse esclarecimento, apresenta-se o quadro abaixo:

Quadro 1 – Prioridades clínicas e conceitos relacionados

Prioridades clínicas	Conceito	Exemplos sinais e sintomas
Vermelho	Situação clínica de falência declarada ou iminente de uma função vital. O risco iminente de morte está relacionado à ausência ou instabilidade de sinais vitais (A B C – airway, breathing, circulation). Casos emergentes.	Insuficiência respiratória, choque, hipoglicemia (< 55 mg/dL), convulsionando.
Laranja	Situação clínica susceptível a desencadear uma falência de uma função vital em curto prazo. Casos muito urgentes.	Alteração súbita da consciência, déficit neurológico agudo, dor precordial, pulso anormal.
Amarelo	Situação clínica que se persistir poderá causar falência de órgãos ou sinais e sintomas de alerta, porém, sem risco iminente de morte. Casos urgentes.	Vômitos persistentes, dor pleurítica, cólicas persistentes, história de TCE, história de convulsão
Verde	Situação clínica de baixo risco, ou seja, sem sinais ou sintomas de alerta, sem risco iminente de morte. Casos pouco urgentes.	Vômitos, inflamação local, disúria, tosse produtiva.
Azul	Situação clínica estável sem sinais ou sintomas de risco, normalmente de longa data com sinais vitais normais. Casos não urgentes.	Nesta prioridade não tem sinais e sintomas específicos, mas sim foram descartados todos os descritos no fluxograma.

Fonte: Quadro elaborado a partir do documento da SMSA/PBH sobre demanda espontânea².

3.1. Índice de Vulnerabilidade da Saúde

A SMSA/PBH utiliza desde 1998 um indicador composto chamado Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) que pretende evidenciar desigualdades e identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis¹¹. A primeira versão foi elaborada com dados do censo demográfico de 1991. Foi recalculado em 2003, com dados do Censo de 2000 e novamente refeito em 2012, nesta última vez, com algumas modificações nos critérios de cálculo.

O IVS realizado em 2012 teve como objetivo agregar oito indicadores produzindo um único valor que categoriza cada setor censitário do município de acordo com o risco. Nesta última versão de 2012 utilizou apenas os dados demográficos do censo de 2010, “decidiu-se não incluir indicadores de morbimortalidade, tendo em vista que o IVS seria utilizado, principalmente, para avaliações de desfechos em saúde, na maioria adoecimento e morte.”¹¹

Assim este índice, um indicador composto, agregou oito indicadores socioeconômicos e ambientais, nessa versão, e produz “um único valor que posteriormente categoriza cada setor censitário como área de médio, baixo, elevado e muito elevado risco.”¹¹ Os indicadores utilizados foram:

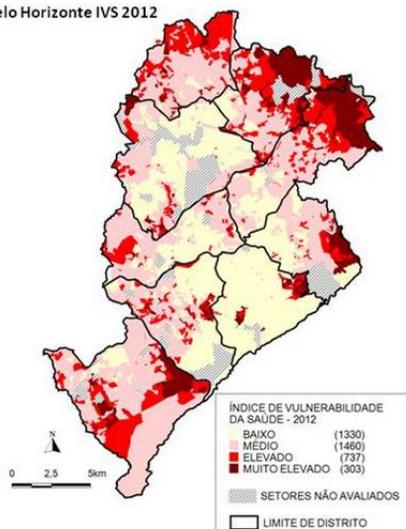
Quadro 2 – Indicadores selecionados em cada uma das dimensões, IVS 2012

Dimensão	Indicador
Saneamento	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente
	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente
	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino de lixo de forma inadequada ou ausente
Socioeconômica	Razão de moradores por domicílio
	Percentual de pessoas analfabetas
	Percentual de domicílios particulares com rendimento per capita até ½ salário mínimo
	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido)
	Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena

Fonte: SMSA¹¹.

Os setores censitários do município são categorizados em áreas de muito elevado risco, elevado risco, médio risco e baixo risco, conforme demonstrado no mapa abaixo. Essa categorização permite definir a vulnerabilidade da população residente em cada território de cada acordo com cada um desses estratos.

Belo Horizonte IVS 2012



Fonte: SMSA¹¹

Os serviços de saúde da SMSA/PBH estão organizados em nove regiões, em cada uma dessas regiões existe uma gestão distrital de saúde que é responsável por todas as unidades de saúde. Assim, o IVS possibilita que os gestores de cada distrito e as equipes de cada Centro de Saúde possam identificar com maior facilidade as áreas que necessitam de uma maior atenção.

Conforme descrito por SMSA, este indicador tem servido como uma das muitas formas de compreensão das realidades locais de Belo Horizonte e é de grande importância para definição de políticas e ações de saúde no município, assim como para priorização na alocação de recursos, permitindo maior equidade. Sendo um indicador simples e de fácil compreensão, o IVS tem servido para o redesenho de uma rede de atenção à saúde e promoção social, em diversas escalas geográficas. Isso porque ao associar variáveis é possível evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e propiciar a identificação de áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado. Tendo, portanto, a capacidade de discriminar as desigualdades do adoecer e morrer¹¹.

3.2. População do estudo

Foram analisados os dados referentes ao atendimento de demanda espontânea dos usuários que procuraram o Centro de Saúde com alguma queixa clínica e foram classificados em relação ao seu risco clínico durante os anos de 2014 e 2015. De um universo de 148 Centros de Saúde existentes foram disponibilizados dados de 44, distribuídos entre os nove distritos sanitários do município de Belo Horizonte.

O município de Belo Horizonte tem uma população de 2.370.609 habitantes pela estimativa do IBGE 2012¹¹. Em relação ao IVS essa população está categorizada em 7,3% com risco muito elevado, 19,1% com risco elevado, 39,9% com médio risco e 33,7% com baixo risco¹¹. A população estudada da área de abrangência dos 44 Centros de Saúde possui 715.281 habitantes, perfazendo um total de 30,2% da população total do município. Sendo categorizadas pelo IVS – 8% no risco muito elevado, 19,9% no risco elevado, 37,8% no médio risco e 34,3% no baixo risco – conforme explicitado no Quadro 3, abaixo:

Quadro 3 – Distribuição de Distritos Sanitários, Centros de Saúde e suas respectivas populações por IVS, BH

Distrito Sanitário	Nº Centros de Saúde estudados	População total estudada	Índice de Vulnerabilidade da Saúde			
			Muito elevado	Elevado	Médio	Baixo
Barreiro	1	13.354	3.287	6.723	3.344	0
Centro Sul	2	19.448	11.934	7.514	0	0
Leste	12	211.233	16.952	30.725	66.626	96.930
Nordeste	14	205.546	10.546	46.291	103.825	44.884
Noroeste	2	10.502	0	0	10.502	0
Norte	2	17.739	1.522	9.825	6.392	0
Oeste	5	119.198	6.971	20.325	32.015	59.887
Pampulha	3	68.920	690	1.687	22.570	43.973
Venda Nova	3	49.341	5.259	19.330	24.752	0
Total	44	715.281	57.161	142.420	270.026	245.674
%			8,0%	19,9%	37,8%	34,3%

3.3. Variáveis

Foram obtidos dados de todos os atendimentos realizados durante a classificação de risco das unidades selecionadas, com a seleção das seguintes variáveis de cada atendimento: ano; número do usuário; data de nascimento; data de atendimento; sexo; categoria do Índice de Vulnerabilidade da Saúde; queixa (fluxograma); prioridade clínica.

3.4. Análise estatística

Foi realizada análise descritiva das principais queixas e das características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e cruzada com Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

As características dos atendimentos foram analisadas em relação à utilização dos serviços de forma geral, por categoria de IVS, por sexo, por faixa etária, número de visitas realizadas por pessoa, gravidade dos casos, queixas idênticas ou distintas e tipos de queixas.

O índice de utilização foi calculado com base no número de atendimentos realizados por pessoa e dividido pela população geral ou por categoria do IVS correspondente.

O gráfico do tipo boxplot também foi utilizado para comparar a distribuição de uma variável quantitativa segundo os níveis de uma outra qualitativa, e apresenta três tipos de medidas estatísticas: tendência central (mediana), dispersão (comprimento da caixa) e forma (simetria da distribuição).

Também foi feita análise multivariada para variáveis qualitativas por meio de análise de correspondência, que apresenta as associações entre os níveis de duas ou mais variáveis qualitativas de uma tabela de contingência. Para tanto, utiliza-se um gráfico em que os níveis das linhas e os das colunas são plotados com símbolos diferentes representados em duas dimensões, sendo que a primeira é a que possui maior representatividade para o entendimento da associação existente. A distância entre esses símbolos representará a intensidade da associação, quanto mais próximos os símbolos distintos maior a associação entre eles.

Os programas utilizados para organização e análise dos dados foram Microsoft Office Excel 2007, R 3.2.5 for Windows e SPSS 20.0.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde: 110 p. 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acessado em 18/06/2016
2. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMSA). **Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: 62 p. 2013. Disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0& Acessado em 16/05/2016
3. TURCI, M. A. **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicações: 204 p. 2008.
4. MALTA, D. C.; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T. ; MERHY, Emerson Elias. **Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência de Belo Horizonte**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n.56, p. 21-34, 2000.
5. MENDES, A. O. et al. Organização para Atendimento da Demanda Espontânea. In: **O Coletivo de uma Construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona Editora, v.1, 2012. p.435.
6. FERREIRA, J. M. et al. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde**. Pensar BH/Política Social. Belo Horizonte: 51 p. 2011. Disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=politicassociais&lang=pt_BR&pg=5567&tax=11288 Acessado em 18/06/2016
7. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV - A Organização da Demanda Espontânea**. Belo Horizonte: ESPMG: 52 p. 2010. Disponível em http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-PBH_tutor4_ascom.pdf Acessado em 16/05/2016

8. BARCELLOS, C. D. C. et al. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde.** Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.n 11: 129-138 p. 2002. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/713> Acessado em 16/05/2016
9. GOLDBAUM, M. **Epidemiologia e serviços de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, 1996; 12(supl 2): 95-98. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600010 Acessado em 16/06/2016
10. MACKWEY-JONES, K.; MARDSEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência.** 1^a. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.
11. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMSA). **Índice de Vulnerabilidade da Saúde - 2012.** Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: 24 p. 2013. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=151852&chPlc=151852&pIdPlc=&app=salanoticias> Acessado em 16/05/2016

PARTE II

5. ARTIGO

CARACTERIZAÇÃO DA DEMANDA ESPONTÂNEA COM QUEIXA CLÍNICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE BELO HORIZONTE E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ÍNDICE DE VULNERABILIDADE DA SAÚDE

CHARACTERIZATION OF SPONTANEOUS DEMAND WITH CLINIC COMPLAINT IN PRIMARY CARE IN BELO HORIZONTE'S SYSTEM HEALTH AND ITS ASSOCIATION WITH THE INDEX OF HEALTH VULNERABILITY.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) de Belo Horizonte (BH) é formada por unidades de saúde complexas que constituem a porta de entrada preferencial para os usuários do sistema de saúde. Um grande desafio é equalizar as diversas atividades e necessidades da população entre os atendimentos eletivos e os de demanda espontânea, permitindo maior equidade, integralidade e acesso ampliado. Assim, este estudo tem como objetivo analisar o perfil da demanda espontânea com queixa clínica registrada durante a classificação de risco dos usuários, na APS de BH em 2014 e 2015, e associá-las ao contexto socioeconômico a partir do Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). Foi realizada análise descritiva das principais queixas e das características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e cruzada com IVS, além da análise multivariada para variáveis qualitativas. Dos atendimentos realizados em 44 Centros de Saúde, 11,6% foram destinados à demanda espontânea com queixa clínica, desses 86,6% foram de baixa gravidade e apenas 13,4% urgências e emergências. As queixas mais frequentes foram: cefaleia, pais preocupados e dor de garganta. Em relação à utilização dos serviços o estrato do risco muito elevado possui um índice de utilização 10 vezes maior em comparação com o baixo risco e existe uma associação progressiva entre o número visitas e a vulnerabilidade social. Verificou-se que a maioria dos atendimentos realizados por pessoa envolve queixas distintas, mas quanto maior o número de visitas realizadas por uma mesma pessoa maior o atendimento por queixas iguais.

ABSTRACT

The Primary Health Care in Belo Horizonte is made by complex health units to constitute the preferential entry door for health system users. A major challenge is equalizing several activities and population needs among elective care and spontaneous demand. Allowing more fairness, completeness and expanded access. This study has as objective to analyze the spontaneous demand's profile with clinic issues registered during user's risk classification, at Primary Health Care in Belo Horizonte between 2014 and 2015, and associate this to the socioeconomic context from the Index of Health Vulnerability. A descriptive analysis was made from major issues and from the characteristics of care, through distribution of simple frequency and crossed with Index of Health Vulnerability, in addition to the multivariate

analysis for qualitative variables. From visits made at 44 health units, 11,6% was to spontaneous demand with clinic issues, from these 86,6% had low severity and only 13,4% urgency and emergencies. The more frequent issues were: pain headache, concerned parents and sore throat. In relation to services utilization by very high risk, they had a utilization index 10 times bigger than low risk. Exist a progressive association between the number of visits and social vulnerability. It was found that the majority of attendances made by person had distinct issues, but the higher the number of visits made for the same person, more the attendance with same issues.

Keyword: Health Services Needs and Demand, Primary Health Care, Socioeconomic Factors.

Introdução

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, várias estratégias vêm sendo realizadas na tentativa de melhorar o acesso dos usuários e oferecer uma atenção integral e de qualidade voltada para as reais necessidades da população. Em 2002, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/PBH) adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma forma de ampliar e qualificar o acesso à Atenção Primária à Saúde (APS). Iniciou com uma cobertura de 46,9% priorizando áreas de maior vulnerabilidade e atualmente conta 86,4% da população residente coberta*.

Os Centros de Saúde de Belo Horizonte (BH) são unidades de saúde complexas responsáveis pela atenção primária à saúde (ou atenção básica) e oferece ações diversificadas envolvendo práticas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças bem como de reabilitação. Essas unidades constituem a porta de entrada preferencial para os usuários ao sistema de saúde, sendo um grande desafio conseguir equalizar as diversas atividades e necessidades da população entre os atendimentos eletivos e os de demanda espontânea. Essas unidades vêm sendo cada vez mais pressionadas por um grande volume de pessoas que as acessam sem agendamento prévio, por diferentes motivos e tempo de evolução do problema. Essa característica de procura é conceituada como demanda espontânea e pode ser dividida em duas categorias: demanda espontânea sem queixa clínica (não baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas) e demanda espontânea com queixa clínica (baseada na apresentação de sinais e/ou sintomas)¹.

Em Belo Horizonte várias estratégias foram implementadas, na tentativa de ampliar o acesso, humanizar e qualificar a atenção e efetivar a APS como porta de entrada para o sistema de saúde. Em 1995 ocorreu a introdução do “acolhimento”, uma mudança na forma de receber os usuários que chegam à unidade, ou seja, eles são escutados e avaliados por um profissional de saúde e os agendamentos realizados a partir da necessidade e não por ordem de chegada². Em 2002, com a implantação da ESF, ocorre um aprimoramento do acolhimento e todos os profissionais da equipe de saúde da família (EqSF) começam a participar da recepção, escuta e resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários, trazendo maior responsabilização dos profissionais com os usuários, assim como maior vínculo entre ambos.

* Dados fornecidos pela Gerência de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte em abril de 2016.

Com o passar do tempo, a população do município desenvolve um maior vínculo com essas unidades e a APS assume mais funções assistenciais. Diante de diversas demandas e do grande volume de atendimento, algumas unidades restringiram o “acolhimento” para algumas horas por dia. Assim, o conceito original desenvolvido nos anos 90 é perdido e o processo se converte em um procedimento com horário, local e equipe responsável, ou seja, como se uma semente tivesse sido plantada e outra árvore tivesse crescendo³.

Em 2009, foram realizadas dez Oficinas de Qualificação da APS, sendo uma delas sobre demanda espontânea. Essa oficina retoma o conceito de acolhimento como postura capaz de acolher, de escutar e de dar uma resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando-se e criando ou fortalecendo o vínculo⁴. Assim em 2011, como desdobramento dessas oficinas, iniciou-se a implantação da classificação de risco com a utilização do Protocolo de Manchester na APS de Belo Horizonte. O objetivo era de qualificar ainda mais a porta de entrada garantindo avaliação para aqueles usuários com queixa clínica durante todo o horário de funcionamento da unidade. Essa implantação está sendo gradual e no período de 2011 a 2015, atingiu 44 dos 148 Centros de Saúde. Em 2013 foi elaborado um documento onde são descritas normatizações para o atendimento e organização da demanda espontânea² na APS de BH. Nessas diretrizes descreve-se a necessidade de portas de entrada distintas para organização do fluxo e atendimento dos usuários e suas diferentes demandas, assim como as atribuições dos diversos profissionais envolvidos. Dessa forma a porta de entrada do usuário passa a ser diversificada e mais resolutiva, primando pela equidade e melhor acesso, oferecendo atendimento adequado à necessidade que o usuário apresenta.

Nessas 44 unidades, os enfermeiros utilizam o SISREDE no momento da classificação de risco dos usuários com queixa clínica. Isso permite conhecer e avaliar diversas variáveis relacionadas a este atendimento como: as queixas mais prevalentes, o volume de classificações realizadas por dia e por turnos; as diferentes porcentagens entre os tipos de prioridades clínicas; dentre outras.

De acordo com Barcellos et al, se a doença é uma manifestação do indivíduo, a situação de saúde é uma manifestação do lugar. A complexidade de cada lugar reflete o acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para produção de saúde e doenças⁵. A identificação dos agravos mais prevalentes e de sua distribuição, em uma dada população, permite programar ações mais adequadas e, assim, mais efetivas, que poderão desencadear melhores resultados. Segundo Goldbaum, o uso da metodologia epidemiológica no eixo político-institucional, no qual as análises de situação de saúde são enriquecidas por sua interpretação à luz das condições de vida das populações, permite conhecer alguns dos elementos para o estabelecimento das prioridades e estratégias setoriais. A análise das situações/condições de saúde, pois, é de grande importância para a construção de políticas de saúde, pois fornece subsídios para a formulação de estratégias voltadas para as necessidades reais de determinada população⁶.

Portanto, o conhecimento das características da demanda espontânea com queixa clínica e sua vinculação com as variáveis socioeconômicas e ambientais seriam importantes para ajudar no planejamento das ações pelas EqSF, assim como no equilíbrio das ofertas de serviço voltadas para a real necessidade da população. Também permitiria melhor planejamento das

ações para promoção da saúde e prevenção desses agravos, ou seja, conseguiria diminuir a ocorrência dessas patologias em uma dada comunidade influenciando em seus determinantes.

Assim, este trabalho tem como objetivo analisar o perfil da demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte nos anos de 2014 e 2015, a partir das queixas clínicas apresentadas durante a classificação de risco dos usuários e associá-las ao contexto socioeconômico a partir do Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal que utilizou dados secundários referentes aos atendimentos de demanda espontânea com queixa clínica realizados em 44 Centros de Saúde nos de anos de 2014 e 2015. Essas unidades correspondem a todas que realizam a classificação de risco dos usuários com queixa clínica no sistema de prontuário eletrônico de Belo Horizonte.

Os dados para análise foram gerados a partir do Sistema de Gestão Saúde em Rede (SISREDE), fornecidos pela Gerência de Tecnologia e Informação da SMSA/PBH. Esse sistema de prontuário eletrônico possui módulos específicos de atendimento, sendo um desses, o módulo “Demanda Espontânea”, que por sua vez, possui uma aba onde se realizam as classificações de risco com o Protocolo de Manchester.

Para nomear as queixas clínicas foi utilizada a nomenclatura padronizada pelo Sistema de Classificação de Risco do Protocolo de Manchester. Essa metodologia utiliza cinquenta fluxogramas que abrangem “quase todas as situações”⁷ apresentadas para queixas em situações comuns de urgências clínicas e traumatológicas e dois fluxogramas para situações de múltiplas vítimas, específico para catástrofes. Neste estudo foram utilizados apenas os cinquenta fluxogramas referentes às queixas em situações comuns.

O fluxograma é escolhido pelo enfermeiro a partir do relato da queixa clínica pelo usuário. É escolhido apenas um fluxograma e que seja mais específico em relação à queixa apresentada. Os fluxogramas dividem os sinais ou sintomas de alerta, a serem avaliados pelo profissional de saúde, em blocos de prioridade clínicas. Esses sinais e sintomas são distribuídos no fluxograma em uma lista em ordem de gravidade e quando o primeiro sinal ou sintoma avaliado está presente, a classificação é encerrada. A prioridade clínica associada a esse sinal ou sintoma é que determina a gravidade e, portanto, a ordem do atendimento

A SMSA/PBH utiliza desde 1998 um indicador composto chamado Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS). Ele foi recalculado em 2012 agregando oito indicadores socioeconômicos e ambientais para produzir um único valor que categoriza cada setor censitário do município em áreas de muito elevado risco, elevado risco, médio risco e baixo risco.

Conforme descrito por SMSA, este indicador tem servido como uma das muitas formas de compreensão das realidades locais do município e é de grande importância para definição de políticas e ações de saúde no município, assim como para priorização na alocação de recursos, permitindo maior equidade. Servindo para o redesenho de uma rede de atenção à saúde e promoção social, em diversas escalas geográficas. Isso porque ao associar variáveis é

possível evidenciar as desigualdades no perfil epidemiológico de grupos sociais distintos e propiciar a identificação de áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis dentro do espaço urbano delimitado. Tendo, portanto, a capacidade de discriminar as desigualdades do adoecer e do morrer⁸.

O município tem uma população de 2.370.609 habitantes pela estimativa do IBGE 2012⁸. Em relação ao IVS essa população está categorizada em 7,3% com risco muito elevado, 19,1% com risco elevado, 39,9% com médio risco e 33,7% com baixo risco⁸.

De um universo de 148 Centros de Saúde existentes foram disponibilizados dados de 44, distribuídos entre os nove distritos sanitários do município. Sendo assim, a população estudada, ou seja, da área de abrangência dos 44 Centros de Saúde, possui 715.281 habitantes, perfazendo um total de 30,2% da população total do município. Sendo divididas nas seguintes categorias de IVS: 8% no risco muito elevado do IVS, 19,9% no risco elevado, 37,8% no médio risco e 34,3% no baixo risco.

Foi realizada análise descritiva das principais queixas e das características dos atendimentos, por meio de distribuição de frequência simples e cruzada com Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

As características dos atendimentos analisadas foram em relação à utilização dos serviços de forma geral, por categoria de IVS, por sexo, por faixa etária, número de visitas realizadas por pessoa, gravidade dos casos, queixas idênticas ou distintas e tipos de queixas.

O índice de utilização foi calculado com base no número de atendimentos realizados por pessoa e dividido pela população geral ou por categoria do IVS correspondente.

O gráfico do tipo boxplot também foi utilizado para comparar a distribuição de uma variável quantitativa segundo os níveis de uma outra qualitativa, e apresenta três tipos de medidas estatísticas: tendência central (mediana), dispersão (comprimento da caixa) e forma (simetria da distribuição).

Também foi feita análise multivariada para variáveis qualitativas por meio de análise de correspondência, que apresenta as associações entre os níveis de duas ou mais variáveis qualitativas de uma tabela de contingência. Para tanto, utiliza-se um gráfico em que os níveis das linhas e os das colunas são plotados com símbolos diferentes representados em duas dimensões, sendo que a primeira é a que possui maior representatividade para o entendimento da associação existente. A distância entre esses símbolos representará a intensidade da associação, quanto mais próximos os símbolos distintos maior a associação entre eles.

Os programas utilizados para organização e análise dos dados foram Microsoft Office Excel 2007, R 3.2.5 for Windows e SPSS 20.0.

Resultados

Nos 44 Centros de Saúde (CS) estudados, em 2014 e 2015, foram realizados 3.560.532 atendimentos, desses 1.144.815 foram destinados à demanda espontânea com e sem queixa clínica, equivalendo a 32,2% do total de atendimentos. Especificamente para a demanda

espontânea com queixa clínica foram realizados 414.499 atendimentos, ou seja, 11,6% do total de atendimentos.

Dos 414.499 registros do banco de dados extraído do prontuário eletrônico – SISREDE, 48.849 (11%) foram descartados por conterem a variável IVS nula. Isto ocorre porque esse dado é vinculado ao endereço comunicado pelo usuário e se não tiver correspondência ao dado oficial não gera o IVS. Portanto, restaram 365.650 atendimentos à demanda espontânea com queixa clínica para análise, destinados a 165.942 usuários. Esse volume equivale a 23,2% das pessoas da área de abrangência das unidades estudadas e gera uma média de atendimentos de 2,2 por pessoa.

A população atendida por demanda espontânea apresenta proporções em cada categoria de IVS diferentes das proporções de cada categoria da população da área de abrangência das unidades estudadas, como demonstrado na Tabela 1. Assim: o baixo risco possui 34,3% da população de abrangência e apenas 8,9% da população atendida por demanda espontânea; o médio risco, igualmente, possui 37,8% na população de abrangência versus 24,1% da população de demanda espontânea; para o risco elevado, tais proporções se invertem, ficando menor para a população de abrangência (19,9%) versus a proporção maior da população de demanda espontânea (38,0%); por fim, tal comportamento se acentua no muito elevado risco, 8,0% da população de abrangência e 43,5% da população de demanda espontânea. Essa diferença de procura é confirmada pelo índice de utilização que chega a ser 10 vezes maior no risco muito elevado em comparação com o baixo. Portanto, a população que mais acessa a demanda espontânea com queixa é aquela que apresenta maior vulnerabilidade.

Tabela 1– Perfil geral de utilização da população no atendimento à demanda espontânea com queixa clínica segundo IVS, BH, 2014/2015

	Categoria do Índice de Vulnerabilidade da Saúde								Total
	Baixo		Médio		Elevado		Muito elevado		
População Belo Horizonte	789.797	33,7%	945.410	39,9%	452.418	19,1%	173.984	7,3%	2.370.609
População dos CS estudadas	245.674	34,3%	270.026	37,8%	142.420	19,9%	57.161	8,0%	715.281
Pessoas atendidas	21.929	8,9%	64.996	24,1%	54.172	38,0%	24.845	43,5%	165.942
Atendimentos	41.660	11,4%	135.032	36,9%	128.163	35,1%	60.795	16,6%	365.650
Casos pouco a não urgentes	34.598	83,0%	116.768	86,5%	112.002	87,4%	53.323	87,7%	316.691
Casos urgentes a emergências	7.062	17,0%	18.264	13,5%	16.161	12,6%	7.472	12,3%	48.959
Média de atend por pessoa	1,90		2,08		2,37		2,45		2,20
Índice utilização	0,17		0,50		0,90		1,06		0,51

Analisando as características da população que busca os Centros de Saúde com esse tipo de demanda, tem-se que 64,8% são mulheres e 35,2% são homens, porém diferença dessa magnitude só ocorre após os 20 anos e existe um equilíbrio até os 10 anos de idade. A média de atendimentos entre os sexos apresentou uma leve diferença, o sexo feminino com 2,31 e o masculino com 2,03 atendimentos por pessoa nos 24 meses estudados. Considerando a distribuição segundo a faixa etária e o IVS apresentados na Tabela 3, os menores de 1 ano utilizam apenas 1,5% de todos os atendimentos. Quanto a média de atendimentos por pessoa,

a faixa etária de 1 a 5 anos possui a maior média que chega a 3,3 consumindo 13,9% desses atendimentos. Já os adolescentes (10 a 19 anos) têm a menor média de 1,95, porém eles consomem 13,4% dos atendimentos.

Em referência à gravidade dos casos, também apresentados na Tabela 1, 86,6% são não urgentes ou pouco urgentes e apenas 13,4% são urgências e emergências. Não existem diferenças de percentuais de gravidade entre os diferentes sexos. Porém, avaliando a partir do IVS, encontram-se no baixo risco queixas mais graves (17%) do que no muito elevado (12,3%).

Na descrição das características das principais queixas clínicas expostas na Tabela 2, as 20 queixas clínicas mais frequentes perfazem um total de 92% dos atendimentos. As queixas – cefaleia, pais preocupados e dor de garganta – apesar de serem as três queixas mais frequentes, possuem baixos percentuais de casos graves, sendo iguais ou menores que 10%. Os casos de asma, dor torácica e dor abdominal no adulto embora sejam queixas menos frequentes, possuem percentuais maiores de gravidade, chegando a 31% no fluxograma história de asma.

Associando as queixas mais frequentes com o IVS, percebe-se na Tabela 2 uma distribuição homogênea dos casos entre usuários das diferentes áreas de risco, tendo três exceções: 1) a queixa pais preocupados tem menor frequência no baixo risco (7%) e maior no muito elevado risco (15%); 2) dor de garganta com maior frequência no baixo risco (12%) e menor no risco muito elevado (9%) e; 3) mal estar em adulto também com maior frequência no baixo risco (9%) e menor no muito elevado risco (5%).

A Tabela 2 também contém os dados dos atendimentos, por pessoa, que visitaram a unidade de saúde mais de uma vez com repetição de queixa nos 24 meses estudados. Pais preocupados é a queixa que representa maior repetição em relação às demais, totalizando 17%. Essa queixa também apresenta os maiores percentuais nas categorias que frequentaram mais de quatro vezes: 1) 4 a 5 com 18%; 2) 6 a 9 com 9,2%; 3) 10 ou mais com 2%. Esses valores estão consideravelmente acima da média das outras queixas.

Tabela 2 – Características das principais queixas clínicas no atendimento à demanda espontânea segundo gravidade e queixas idênticas, BH, 2014/2015

Queixas	Total Atendimentos		Gravidade		Queixas idênticas por pessoa					
			Pouco a não urgentes	Urgência e emergências	Total pessoas	2 a 3	4 a 5	6 a 9	10 ou mais	
Cefaléia	46.677	12,8%	90,1%	9,9%	7.612	14,7%	89,6%	8,7%	1,6%	0,2%
Pais preocupados	41.181	11,3%	93,4%	6,6%	8.814	17,0%	70,8%	18,0%	9,2%	2,0%
Dor de garganta	36.604	10,0%	91,0%	9,0%	5.293	10,2%	92,9%	6,1%	0,9%	0,0%
Problemas em extremidades	28.049	7,7%	89,7%	10,3%	4.326	8,4%	90,0%	8,2%	1,5%	0,3%
Mal estar em adulto	22.531	6,2%	80,9%	19,1%	2.741	5,3%	92,6%	6,2%	1,1%	0,1%
Diarréia e/ou vômitos	22.492	6,2%	89,0%	11,0%	2.769	5,4%	93,8%	5,5%	0,7%	0,0%
Dor abdominal em adulto	18.846	5,2%	80,5%	19,5%	2.564	5,0%	92,7%	6,5%	0,8%	0,0%
Dor lombar	16.455	4,5%	80,8%	19,2%	2.435	4,7%	89,7%	8,3%	1,9%	0,1%
História de Asma	14.231	3,9%	69,0%	31,0%	2.775	5,4%	82,8%	13,5%	3,4%	0,3%
Problemas urinários	13.873	3,8%	87,5%	12,5%	1.952	3,8%	93,3%	5,7%	1,0%	0,0%
Problemas em ouvidos	11.565	3,2%	93,0%	7,0%	1.328	2,6%	93,8%	5,2%	0,8%	0,2%
Dor torácica	10.904	3,0%	77,2%	22,8%	1.075	2,1%	96,0%	3,3%	0,6%	0,1%
Erupção cutânea	9.738	2,7%	85,7%	14,3%	900	1,7%	97,8%	2,1%	0,1%	0,0%
Dispnéia em adulto	8.829	2,4%	82,9%	17,1%	939	1,8%	93,7%	5,5%	0,5%	0,2%
Infecções locais e abscessos	7.887	2,2%	90,6%	9,4%	639	1,2%	96,2%	3,3%	0,5%	0,0%
Alergia	7.654	2,1%	84,7%	15,3%	699	1,4%	95,7%	3,7%	0,3%	0,3%
Problemas em olhos	6.168	1,7%	96,5%	3,5%	447	0,9%	99,1%	0,7%	0,2%	0,0%
Feridas	4.759	1,3%	94,5%	5,5%	340	0,7%	95,0%	4,7%	0,3%	0,0%
Dispnéia em criança	4.077	1,1%	91,6%	8,4%	570	1,1%	90,2%	8,4%	1,4%	0,0%
Dor cervical	3.774	1,0%	86,1%	13,9%	270	0,5%	95,6%	4,1%	0,4%	0,0%
Demais queixas	29.356	8,0%	78,8%	21,0%	3.224	6,2%	89,1%	8,4%	2,4%	0,1%
Totais/Médias	365.650	100%	86,6%	13,4%	51.712	100%	87,8%	9,0%	2,7%	0,4%

Sobre a utilização dos serviços de saúde constata-se que 211.205 (58%) atendimentos foram realizados para 139.719 pessoas que buscaram a unidade no máximo três vezes em 24 meses, o que representa 84% do total de pessoas atendidas. Em outro extremo tem-se uma disparidade onde 2.238 (1%) pessoas utilizaram 125.938 (8%) do total dos atendimentos, com média de 13 atendimentos nos 24 meses, chegando ao máximo de 49 atendimentos para a mesma pessoa neste período.

A Figura 1 apresenta a distribuição do percentual de queixas distintas nas diferentes visitas que um mesmo usuário fez ao Centro de Saúde, segundo número de atendimentos realizados pela mesma pessoa. Para pessoas que visitaram a unidade apenas uma vez, obviamente 100% das visitas realizadas foram por queixas distintas. Para aqueles que visitaram entre 2 a 3 vezes, observa-se que 50% das pessoas tiveram 100% de queixas distintas, conforme demonstrado na mediana e 25% das pessoas tiveram no máximo 66,7% conforme o quartil 1. Para o grupo de 6 a 9 atendimentos 50% das pessoas tiveram pelo menos 57,1% de queixas distintas. No grupo de 30 ou mais atendimentos 50% das pessoas tiveram no máximo 24,6% de queixas distintas, ou seja, nesse grupo de usuários existe uma

maior concentração de pessoas (75,4%) que buscam a unidade com as mesmas queixas. Assim, verifica-se que quanto maior o número de visitas realizadas por pessoa maior o atendimento por queixas iguais.

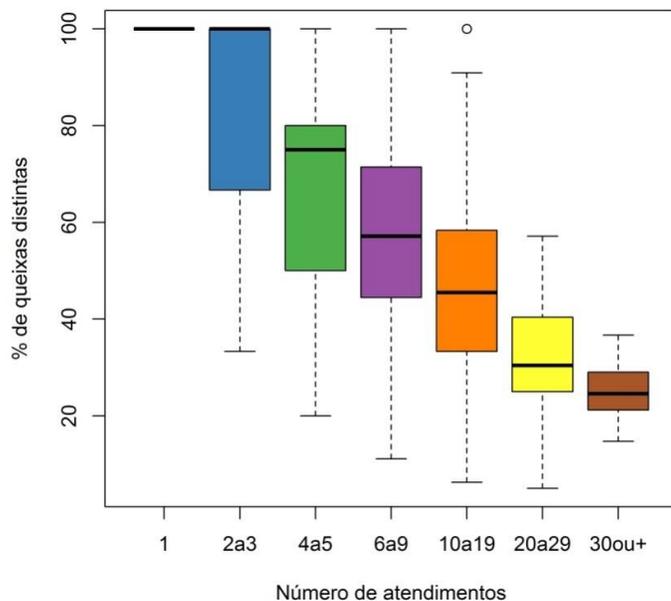


Figura 1 – Distribuição do percentual de queixas distintas, segundo número de atendimentos realizados por pessoa na demanda espontânea, BH, 2014/2015

Destaca-se na Tabela 3 a distribuição dos atendimentos segundo faixa etária e IVS, que para maiores de 80 anos, a porcentagem do total de atendimentos nos riscos baixo e médio é três vezes maior do que no muito elevado risco. Para os menores de 1 ano, os riscos elevado e muito elevado juntos alcançam um percentual de atendimentos para essa faixa etária que chega ao dobro do baixo risco. Na faixa etária de 20 a 45 anos não existem diferenças significativas entre as categorias de IVS.

Tabela 3 – Distribuição dos atendimentos à demanda espontânea com queixa clínica, segundo faixa etária e IVS, BH, 2014/2015

Faixa etária	Categoria do Índice de Vulnerabilidade da Saúde								Total atend	Pessoas atend	% atend	Média atend
	Baixo		Médio		Elevado		Muito elevado					
< 1	331	0,8%	1.826	1,4%	2.203	1,7%	976	1,6%	5.336	2.526	1,5%	2,11
1 a 5	3.743	9,0%	17.387	12,9%	18.803	14,7%	10.774	17,7%	50.707	15.366	13,9%	3,30
6 a 9	2.499	6,0%	10.335	7,7%	11.184	8,7%	5.688	9,4%	29.706	13.146	8,1%	2,26
10 a 19	4.599	11,0%	17.338	12,8%	18.029	14,1%	8.875	14,6%	48.841	24.991	13,4%	1,95
20 a 45	14.758	35,4%	48.217	35,7%	45.798	35,7%	22.192	36,5%	130.965	61.672	35,8%	2,12
46 a 59	8.424	20,2%	22.249	16,5%	18.234	14,2%	7.603	12,5%	56.510	27.121	15,5%	2,08
60 a 79	6.216	14,9%	14.842	11,0%	12.087	9,4%	4.137	6,8%	37.282	17.997	10,2%	2,07
> 80	1.090	2,6%	2.838	2,1%	1.825	1,4%	550	0,9%	6.303	3.123	1,7%	2,02
Totais/Média	41.660	100%	135.032	100%	128.163	100%	60.795	100%	365.650	165.942	100%	2,20

O mapa de correspondência (Figura 2) associa o número de atendimentos realizados por pessoa e o IVS. Para a interpretação deste mapa, ou seja, para avaliar a associação entre os níveis dos perfis linha (IVS – baixo; médio; elevado; muito elevado) e dos perfis coluna (Número de atendimentos – 1; 2 a 3; 4 a 5; 6 a 9; 10 a 19; 20 a 29; 30 ou +), devem ser analisadas as Tabelas 4 e 5. A Tabela 4, referente ao IVS, revela uma melhor representação de todos os níveis na dimensão 1 (em negrito). A Tabela 5, referente número de atendimentos, também revela uma melhor representação de todos os níveis na dimensão 1 (em negrito), exceto o nível 30 ou + que está melhor representado na dimensão 2 (em negrito).

Com base na Figura 2, verifica-se uma maior associação entre as pessoas que realizaram apenas 1 atendimento e o baixo risco do IVS. O médio risco tem maior associação com pessoas que realizaram de 2 a 3 visitas, embora também tenha associação com aqueles que realizaram apenas 1 atendimento. O muito elevado está mais associado aos atendimentos de 6 a 9, porém com menor intensidade também se associa àqueles de 10 a 19 visitas. Já o número de atendimentos acima de 30 está mais associado ao médio risco, porém também se associa ao muito elevado. Portanto, há maior associação do IVS baixo e médio com menor número de atendimentos realizados por pessoa, assim como nos riscos elevado e muito elevado estão mais associados ao número maior de visitas à unidade por pessoa.

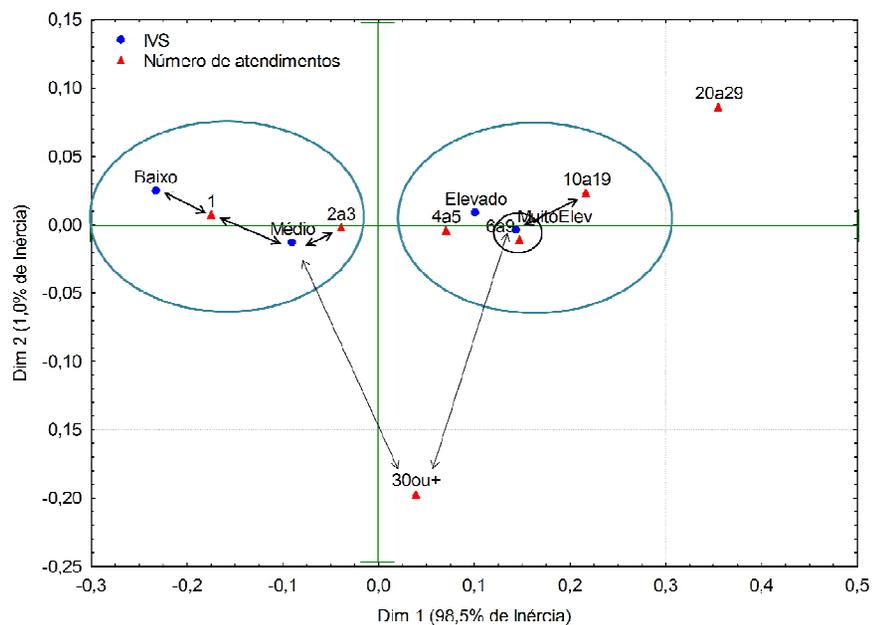


Figura 2 – Mapa de correspondência entre o número de atendimentos realizados por pessoa e o IVS, na demanda espontânea com queixa clínica, BH, 2014/2015.

Tabela 4 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de linha, Índice de Vulnerabilidade da Saúde

IVS	Dim 1	Dim 2
Baixo	0,988144	0,010745
Médio	0,977045	0,022162
Elevado	0,987647	0,006584
Muito Elevado	0,985835	0,000832

Tabela 5 – Contribuições relativas das dimensões 1 e 2 sobre os perfis de coluna, Número de atendimentos

Número atendimentos	Dim 1	Dim 2
1	0,998539	0,001391
2 a 3	0,995284	0,004714
4 a 5	0,990771	0,003986
6 a 9	0,992912	0,005767
10 a 19	0,979023	0,010617
20 a 29	0,935467	0,054192
30 ou +	0,025033	0,616681

Discussão

A trajetória da APS no Brasil mostra profundas mudanças no acesso das pessoas aos serviços de saúde, com uma evolução positiva, possibilitando que esse nível de atenção possa ser porta de entrada preferencial para o sistema de saúde. Porém, equilibrar as diversas ações às necessidades da população permitindo ofertas tanto para a demanda espontânea quanto para atividades programáticas está entre os principais desafios a serem enfrentados. Ainda hoje existem resistências sobre o atendimento à demanda espontânea na APS, “por vezes, se tem um discurso em que o ‘PSF deveria fazer promoção e prevenção da saúde’ e que a demanda espontânea atrapalha essa ‘nobre missão’ da APS/ESF”⁹. Mas esse preceito não condiz com a APS proposta no Brasil, ou seja, “uma atenção que utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território”¹⁰. O atendimento à demanda espontânea também é necessário quando se pretende alcançar um modelo de APS abrangente que ofereça um cuidado integral, longitudinal e de maior resolubilidade.

Portanto, o atendimento a demanda espontânea, seja ela com ou sem queixa clínica, permite maior equidade, integralidade e acesso ampliado aos usuários na procura por resoluções de suas necessidades de saúde. Nesses momentos de encontro entre usuários e profissionais o vínculo é reafirmado, pois no momento que mais necessitam haverá um profissional para atendê-los e escutá-los em suas necessidades, com o qual desenvolveram vínculo e respeito¹¹. Assim, a SMSA/PBH sugere que os atendimentos à demanda espontânea nos Centros de Saúde sejam realizados preferencialmente pela própria EqSF¹. Esse modo de organização do processo de trabalho “valoriza o território e longitudinalidade na assistência à demanda espontânea e responsabilização pelas pessoas adstritas”¹¹.

Segundo Santana, “é fundamental que haja a integração das demandas programada e espontânea para que as ações de prevenção de doenças e promoção de saúde possam ser elaboradas e realizadas”¹². Assim, é necessário que os serviços não sejam apenas centrados em agendas e procedimentos (consultas) ou em ações programadas para agravos e doenças epidemiologicamente relevantes, mas sejam serviços estruturados para trabalhar a partir de problemas reais dos usuários sob sua responsabilidade, sem deixar de fazer ações programadas e vigilância¹³. Portanto, “as dicotomias e rivalidades entre individual e coletivo, clínica e saúde pública, prevenção e cura, doença e saúde, demanda espontânea e agenda programada, efetivamente, não contribuem para a melhoria da vida real das pessoas e, às vezes, até ajudam a piorar”¹⁴.

Percebe-se a partir dos resultados apresentados nesse estudo que o atendimento à demanda espontânea, seja com ou sem queixa clínica, perfaz 32,2% do total de atendimentos realizados nas unidades de saúde estudadas e àqueles com queixa clínica 11,6%. Esses dados demonstram que a demanda espontânea não ocupa a maior parte das atividades da EqSF, mesmo realizando avaliação de risco (classificação de risco utilizando Protocolo de Manchester) para todos os usuários com queixa clínica durante todo o horário de funcionamento das unidades. Isso evidencia que é possível equilibrar as atividades da

demanda espontânea com a programada, permitindo que haja uma maior integralidade da assistência prestada à população.

Outro resultado relevante é em relação à gravidade dos casos, ou seja, a grande parte das pessoas que procuram atendimento com alguma queixa clínica por meio da demanda espontânea, são de baixa gravidade. Isso demonstra que as pessoas estão procurando mais precocemente o serviço de saúde, corroborando que há melhoria do acesso e a possibilidade de diagnóstico precoce. A Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 demonstrou que 95,3% das pessoas que procuraram atendimento de saúde foram atendidos na primeira vez que procurou a unidade de saúde e a maior parcela de pessoas acessa a APS¹⁵.

Para melhor planejamento das ações de saúde, seja no município, no Centro de Saúde ou na EqSF, é imprescindível o conhecimento das características do território e da comunidade. A distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos¹⁶. O IVS é uma estratégia utilizada pelo município para favorecer maior equidade entre os estratos mais vulneráveis, ele pretende evidenciar desigualdades e identificar áreas com condições socioeconômicas desfavoráveis⁸. No início da implantação da ESF, em 2002, esse índice foi utilizado na priorização das áreas mais vulneráveis, assim como redimensionar o número de habitantes por EqSF. Assim, equipes que atendem estratos mais vulneráveis possuem um número menor de famílias adstritas. Neste e em outros estudos realizados sobre a saúde em BH utilizando o IVS, foi comprovado que essa estratificação é eficaz para melhorar o acesso, assim como, modificar as condições de saúde das populações mais vulneráveis^{8;17;18}. O acesso facilitado e o atendimento oportuno dos casos com pouca urgência pode ajudar na diminuição de internações. O atendimento dessas urgências no Centro de Saúde pode facilitar condutas conservadoras e favorece o retorno do usuário permitindo reavaliações clínicas em caso de piora. Além disso, o atendimento é realizado por profissionais que conhecem a história e as condições de vida do usuário fazendo uma abordagem mais adequada à sua realidade e, assim, estabelecendo um cuidado integral e longitudinal.

Foi identificado a partir dos resultados que existem diferenças substanciais no acesso em relação aos estratos do IVS, há uma associação progressiva do aumento do acesso à medida que aumenta a vulnerabilidade, identificado tanto na análise descritiva quanto na análise de correspondência. Os estratos de elevado e muito elevado riscos acessam cerca de quatro vezes mais que o estrato de baixo risco, assim como tem vinculação a um número maior de visitas à unidade por pessoa. Estudos realizados sobre internações por condições sensíveis à APS identificaram que após a implantação da ESF em BH houve redução da maioria dessas internações em todo o município^{17;18}. Entretanto, a maior redução ocorreu no estrato de risco muito elevado, corroborando que houve melhoria do acesso das populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, favorecendo maior equidade na assistência à saúde pública. Por outro lado, significa também o que é bastante conhecido, ou seja, os estratos mais vulneráveis possuem piores condições socioeconômicas e tem também maior suscetibilidade ao adoecimento e à morte^{8;16;17;19}. E implica, a partir dos cenários apresentados, ser imprescindível trazer para essa discussão um aspecto diferencial da APS: a continuidade do

cuidado. Pois, em suas dimensões longitudinal, relacional e informacional, influencia a qualidade da atenção com possibilidade de melhoria das práticas preventivas e de promoção, assim como o estabelecimento de diagnósticos mais precoces, promovendo maior eficiência²⁰.

Verificou-se que a maioria dos atendimentos envolve queixas distintas, ou seja, a cada nova visita realizada à unidade por uma mesma pessoa, a causa é uma nova queixa. Porém, quanto maior o número de visitas realizadas pela mesma pessoa, maior o atendimento por queixas iguais. Bárbara Starfield, relata em seu livro um estudo realizado nos Países Baixos onde constatou que a maioria substancial das consultas realizadas foi para um grande número de problemas diferentes, ou seja, queixas distintas. A autora também destaca que os profissionais de saúde da atenção primária devem examinar mais os pacientes “antigos” com problemas novos porque eles são os responsáveis pela atenção ao paciente no decorrer do tempo, sem considerar um problema em particular²¹.

A distribuição de atendimentos segundo IVS por faixa etária, também explicita diferenças em relação às categorias do IVS, demonstrando particularidades na forma de vida e organização das diversas populações conforme as suas condições socioeconômicas. Existe uma maior proporção de atendimentos, nos riscos baixo e médio, para os maiores de 80 anos. Isso pode se justificar pela importante diferença no percentual de habitantes maiores de 80 anos existentes nesses territórios, conforme exposto nos dados apresentados nas pirâmides etárias por categoria de IVS descritas por SMSA⁸. Existe um maior alargamento no topo das pirâmides dos riscos baixo e médio, demonstrando maior percentual da população de maiores de 80 anos nesses estratos. O contrário do que ocorre para os menores de 01 ano, em que há um alargamento progressivo da base das pirâmides à medida que aumenta a vulnerabilidade⁸. Portanto, observa-se um percentual maior de população e de atendimentos aos menores de 01 ano no elevado e muito elevado. Na faixa etária de 20 a 45 anos não existem diferenças significativas da distribuição de atendimentos entre as categorias de IVS e nem no percentual de população das pirâmides etárias.

Os dados e análises apresentados até o momento corroboram a importância da organização dos serviços de saúde com base espacial por permitir melhor adequação das ações de saúde às necessidades diferenciadas de cada população e território, auxiliando na adoção de intervenções mais equitativas referentes à atenção à saúde²².

Em relação às queixas mais frequente cefaleia foi a primeira, tendo na sequência pais preocupados e dor de garganta. Segundo Landsberg, o motivo clínico mais frequente identificado em seu estudo também foi cefaleia; segundo o autor, esse dado é análogo a outros estudos realizados em Portugal e na África do Sul²³. Pitchon demonstrou que houve em BH um aumento de algumas internações no período de 2003 a 2012, sendo o maior aumento devido a infecção de ouvido, nariz e garganta com um incremento de 184,61%, compatível com os achados desse estudo, onde dor de garganta é a terceira maior causa de procura às unidades de saúde estudadas¹⁷.

A queixa pais preocupados se destaca por ter maior percentual de pessoas que visitaram a unidade com o mesmo problema em relação às outras queixas. Além disso, apresenta os maiores percentuais nas categorias que frequentaram mais de quatro vezes, com valores

consideravelmente acima da média das outras queixas. Essa queixa é genérica e vincula-se a uma preocupação dos pais ou responsáveis e como “esses conhecem suas crianças melhor do que qualquer um e apesar de muitas delas não apresentarem doença grave, é essencial que esta situação/queixa seja considerada”⁷. Apesar dessa queixa estar vinculada ao maior número de visitas à unidade, possui um dos menores percentuais de gravidade, sendo 93% para os casos não urgentes ou pouco urgentes.

Do mesmo modo, é importante que mesmo nos casos com queixa clínica apresentados na demanda espontânea, o atendimento seja realizado pela própria EqSF, pois o acompanhamento do quadro e o estabelecimento de vínculo é que caracteriza a continuidade do cuidado, e não somente um atendimento pontual²⁴. Sendo assim, a cada encontro entre profissional e usuário suas demandas e necessidades devem ser avaliadas de forma ampla e pautadas para o desenvolvimento da autonomia do indivíduo e sua família.

Os profissionais de saúde devem ser sensíveis a diversos fatores socioeconômicos que possam influenciar na compreensão das informações, mas também na possibilidade do autocuidado e da autonomia das pessoas. Alguns aspectos como a renda e a escolaridade estão associados aos resultados de saúde. Portanto, o nível de instrução influencia a percepção dos problemas de saúde, a capacidade de entendimento das informações sobre saúde, a adoção de estilos de vida saudáveis, assim como, no consumo e utilização dos serviços de saúde e a adesão aos procedimentos terapêuticos¹⁶.

Assim, é importante que a cada encontro do profissional com o usuário sejam realizadas ações que possam ser centradas na pessoa em toda a sua integralidade, incluindo as ações de prevenção e promoção. Norman destaca que a promoção da saúde não deveria estar conceitualmente dissociada das ações assistenciais e/ou dos cuidados realizados pelos profissionais das equipes da ESF, pois a legitimidade destes e da própria APS/ESF consolida-se socialmente ao oferecer cuidado efetivo diante do sofrimento dos indivíduos⁹.

Referências

1. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMSA). **Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: 62 p. 2013. Disponível em http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=25601&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0& Acessado em 16/05/2016
2. TURCI, M. A (Org.). **Avanços e desafios na organização da Atenção Básica à Saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: HMP Comunicações: 204 p. 2008.

3. MENDES, A. O. et al. Organização para Atendimento da Demanda Espontânea. In: **O Coletivo de uma Construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Rona Editora, v.1, 2012. p.435.
4. ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA/SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: Oficina IV - A Organização da Demanda Espontânea**. Belo Horizonte: ESPMG: 52 p. 2010. Disponível em http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/PDAPS-PBH_tutor4_ascom.pdf Acessado em 16/05/2016
5. BARCELLOS, C. D. C. et al. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS. Brasília: Centro Nacional de Epidemiologia/Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.n 11: 129-138 p. 2002. Disponível em <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/713> Acessado em 16/05/2016
6. GOLDBAUM, M. **Epidemiologia e serviços de saúde**. Cadernos de Saúde Pública, 1996; 12(supl 2): 95-98. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1996000600010 Acessado em 16/06/2016
7. MACKWEY-JONES, K.; MARDSEN, J.; WINDLE, J. **Sistema Manchester de Classificação de Risco: classificação de risco na urgência e emergência**. 1ª. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2010. 249 p.
8. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE (SMSA). **Índice de Vulnerabilidade da Saúde - 2012**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: 24 p. 2013. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=151852&chPlc=151852&&pIdPlc=&app=salanoticias> Acessado em 16/05/2016
9. NORMAN, A. H. **Promoção da saúde: um desafio para a atenção primária**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Rio de Janeiro. 8: 153-154 p. 2013. Disponível em URL [http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8\(28\)788](http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/rbmfc8(28)788) Acessado em 16/05/2016
10. BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde: 110 p. 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acessado em 18/06/2016
11. NORMAN, A. H.; TESSER, C. D. Acesso ao cuidado na estratégia saúde da família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. **Saúde Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 165-179, 2015/03PY – 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000100165&script=sci_abstract&tlng=pt Acessado em 18/06/2016

12. SANTANA, M. L. **Demanda espontânea e planejamento estratégico situacional no Programa de Saúde da Família de Pindamonhangaba**. Dissertação (Mestrado). 2008. 208 p. Departamento de Economia, Contabilidade e Administração, Universidade de Taubaté, Taubaté. Disponível em http://www.ppga.com.br/mestrado/2008/santana_milena_lopes.pdf Acessado em 18/06/2016
13. TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. D. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl.3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036 Acessado em 18/06/2016
14. BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica: v. 1, n. 28, p. 56, 2011. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acessado em 18/06/2016
15. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência - Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE Coordenação de Trabalho e Rendimento. 100 p. 2015. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol2/default.shtm Acessado em 18/06/2016
16. , COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ: 202 p. 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acessado em 16/05/2016
17. PITCHON, A. **A Estratégia de Saúde da Família e sua relação com as internações por condições sensíveis à Atenção Primária no município de Belo Horizonte, MG**. Dissertação (Mestrado). 2014. 76 p. Faculdade de Medicina, UFMG, Belo Horizonte. Disponível em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUBD-9UNHJS> Acessado em 16/05/2016
18. MENDONÇA, C. S. Family Health, more than never!. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14 Suppl 1, p. 1493-7, Oct 2009. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19750358> > Acessado em 16/05/2016

19. DRACHLER, M. D. L. et al. Desenvolvimento e validação de um índice de vulnerabilidade social aplicado a políticas públicas do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3849-3858, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3849.pdf> Acessado em 18/06/2016
20. FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 38, n. spe, p. 13-33, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0013.pdf> Acessado em 18/06/2016
21. STARFIELD, B. **Atenção Primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf > Acessado em 16/05/2016
22. ANTUNES, F. P. et al. Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 7, p. 1346-1356, 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n7/09.pdf> Acessado em 18/06/2016
23. LANDSBERG, G. D. A. et al. **Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária**. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 17(11): 3025-3036 p. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a18.pdf> Acessado em 18/06/2016
24. BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica: v. II, n. 28, p. 289, 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab28_vol2 Acessado em 18/06/2016

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve a intenção de identificar os agravos mais prevalentes e sua distribuição, assim como as características dos atendimentos e o acesso da população à Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte a partir da demanda espontânea com queixa clínica e sua associação com as variáveis socioeconômicas e ambientais da população. O conhecimento dessas características fornece subsídios para a formulação de ações mais adequadas às necessidades da população do município, favorecendo melhor planejamento das ações e equilíbrio das ofertas de serviços que, por sua vez, poderão desencadear melhores resultados. Permite, também, a elaboração de ações de promoção da saúde e prevenção dos agravos mais prevalentes e com isso conseguir diminuir a ocorrência dessas patologias em uma dada comunidade.

A existência de diferenças significativas na utilização dos Centros de Saúde por IVS demonstram que os estratos mais vulneráveis acessam mais que os estratos de baixo e médio risco, podendo demonstrar, com isso, tanto melhoria na equidade como maior comprometimento da saúde de populações mais vulneráveis. Outra característica importante a se destacar é a prevalência dos casos com baixa gravidade na população, adequados para o atendimento na APS, dado a ser considerado na distribuição de recursos no município.

É imprescindível, portanto, que os princípios da APS sejam incorporados cada vez mais às rotinas das equipes de saúde, pois o acesso ampliado, a longitudinalidade e o cuidado continuado são essenciais para se ter uma assistência integral, resolutiva e com equidade. A demanda espontânea é um dos momentos de encontro do usuário e profissionais que favorece vínculo, sendo parte fundamental na resposta às necessidades da população. O adoecimento faz parte da vida e deve ser acolhido oportunamente.

Diversas questões ainda precisam ser trabalhadas para a melhoria da assistência à saúde, inclusive um maior planejamento das ações pelas EqSF, sendo mais focadas nas reais necessidades da população adstrita. As EqSF precisam aprimorar os seus conhecimentos sobre o seu território identificando lacunas que possam favorecer uma melhor assistência. Como é o caso da maior frequência com a queixa “pais preocupados”, que deve gerar questionamentos e também análise das equipes, para averiguar os reais motivos dessas buscas frequentes, visto que existem programas prioritários para atendimento eletivo para essa faixa etária.

Deste modo, é importante que as EqSF trabalhem a partir dos agravos mais prevalentes no seu território, que não foquem apenas em consultas médicas, mas no trabalho multiprofissional que permite uma olhar mais amplo sobre as necessidades dos indivíduos e da coletividade; elaborem ações que visem o autocuidado e maior autonomia das pessoas com parcerias intersetoriais e, com isso, estimulem melhoria das condições de vida e de saúde da população.

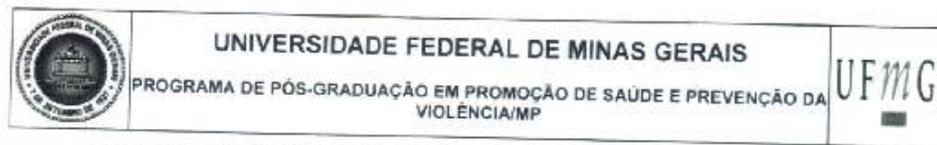
É necessário que a gestão municipal se empenhe em sensibilizar os profissionais sobre a real missão da Atenção Primária e estimule a reorganização dos processos de trabalho das

unidades e equipes de saúde para melhor utilização dos recursos existentes e com isso possa oferecer uma assistência mais equânime respondendo às necessidades da população.

As análises realizadas nesta pesquisa não esgotaram as possibilidades de novos estudos a partir dos dados coletados e poderão contribuir ainda mais no apontamento para a gestão municipal sobre a situação de saúde da população.

7. ANEXOS

7.1. Anexo 1 – Ata da defesa



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA ADRIANA FERREIRA PEREIRA

Realizou-se, no dia 28 de junho de 2016, às 17:00 horas, Sala 507, 5º andar da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e sua associação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde*, apresentada por ADRIANA FERREIRA PEREIRA, número de registro 2014719947, graduada no curso de ENFERMAGEM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Ricardo Tavares - Orientador (UFOP), Prof(a). Deborah Carvalho Malta (UFMG), Prof(a). Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes (SMSBH), Prof(a). Elza Machado de Melo (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

() Aprovada

() Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.
Belo Horizonte, 28 de junho de 2016.

Ricardo Tavares
Prof(a). Ricardo Tavares (Doutor)

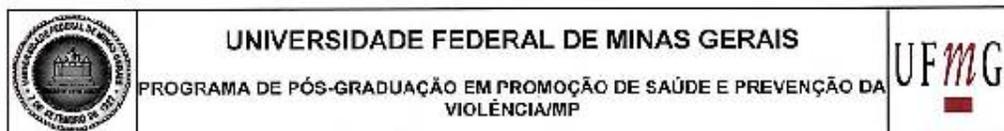
Deborah Carvalho Malta
Prof(a). Deborah Carvalho Malta (Doutora)

Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes
Prof(a). Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes (Doutora)

Elza Machado de Melo
Prof(a). Elza Machado de Melo (Doutora)

EM 02/09/2016
[Assinatura]
CONFERE COM ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação
Faculdade de Medicina - UFMG

7.2. Anexo 2 – Folha de aprovação



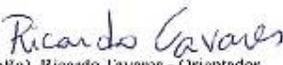
FOLHA DE APROVAÇÃO

Caracterização da demanda espontânea com queixa clínica na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte e sua associação com o Índice de Vulnerabilidade da Saúde.

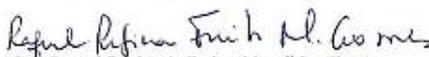
ADRIANA FERREIRA PEREIRA

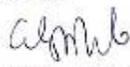
Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 28 de junho de 2016, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Ricardo Cavares - Orientador
UFOP


Prof(a). Deborah Carvalho Malta
UFMG


Prof(a). Raquel Regina de Freitas Magalhães Gomes
SMSBH


Prof(a). Elza Machado de Melo
UFMG

Belo Horizonte, 28 de junho de 2016.