

**UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ**

**DENISE GAESCHLIN ALMEIDA**

Acolhimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família:  
um processo em permanente construção.

Rio de Janeiro

2009

**DENISE GAESCHLIN ALMEIDA**

Acolhimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família:  
um processo em permanente construção.

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Dra. Marilene Cabral do Nascimento

Co-orientadora: Dra Claudia Leite Moraes

Rio de Janeiro

2009

DENISE GAESCHLIN ALMEIDA

Acolhimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família:  
um processo em permanente construção.

Dissertação apresentada à Universidade  
Estácio de Sá, como requisito parcial para  
a obtenção do grau de Mestre em Saúde  
da Família.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

---

Profa Dra Marilene Cabral do Nascimento  
Universidade Estácio de Sá

---

Prof Dr Haroldo Jose de Matos  
Universidade Estácio de Sá

---

Profa. Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

À Deus, por todas as graças e proteção.  
Aos meus pais, marido e filhos, pela  
compreensão, carinho e confiança.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Marilene, e co-orientadora, Claudia, pelo apoio, carinho e confiança.

Aos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, sem os quais esse estudo não seria possível.

À OPAS / OMS e ao Ministério da Saúde pela bolsa concedida, que tornou possível a realização deste sonho.

“Você deve ser a mudança que deseja ver no mundo.”

Mahatma Gandhi

## RESUMO

ALMEIDA, D. G. **Acolhimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família: um processo em permanente construção.** 2009. 109f. Dissertação (Mestrado). Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Estácio de Sá.

Esse estudo corresponde à parte inicial de um projeto de pesquisa mais abrangente sobre o acolhimento da demanda espontânea na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste momento, o objetivo foi caracterizar o perfil de utilização, demográfico e de saúde dos usuários que comparecem por demanda espontânea na porta de entrada de uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na zona norte da cidade do Rio de Janeiro (RJ). O estudo é do tipo transversal, baseado em amostra sistemática dos atendimentos / acolhimentos realizados por esta unidade durante os meses de Abril a Outubro de 2006. Os motivos de atendimento foram analisados utilizando-se o *International Classification of Primary Care* (ICPC.2 - Classificação Internacional de Cuidados Primários), um índice internacional de classificação dos cuidados primários, desenvolvido pelo *World Organization of Family Doctors* (WONCA - Organização Mundial de Médicos de Família). Os resultados apontam para uma maior demanda espontânea às 2<sup>as</sup> feiras pela manhã, por mulheres (66,4%), crianças até 9 anos (40,1%) e adultos de 20 a 59 anos (42,3%). A equipe, cuja área adstrita é a mais próxima da USF, apresentou uma demanda espontânea 25% menor que as outras duas equipes. Os moradores apresentaram uma razão de 1,3 motivos de saúde para comparecerem por demanda espontânea, sendo esta caracterizada basicamente por doenças agudas e pequenos procedimentos. As principais queixas relacionam-se aos problemas de saúde do capítulo do ICPC.2 gerais e inespecíficos (28,3%) e ao componente do ICPC.2 sinais e sintomas (58,7%), destacando-se as crianças e em menor proporção, os homens. Os problemas do aparelho respiratório (principalmente entre mulheres e crianças até 9 anos) e os de pele (em especial nos homens e indivíduos até 19 anos) também chamaram a atenção. As crianças foram mais acometidas por febre e problemas relacionados ao aparelho digestivo; os adolescentes ao aparelho digestivo e pele; e os adultos por uma diversidade de problemas distribuídos de modo mais uniforme. Ainda que em pequeno número, a hipertensão arterial e a cefaléia foram queixas características das mulheres, enquanto os problemas de pele e infecções dos homens. Os resultados sugerem que as doenças crônico-degenerativas estavam sendo acompanhadas regularmente pelas consultas previamente agendadas e a demanda espontânea caracterizou-se predominantemente por queixas de natureza aguda e necessidade de cuidados / pequenos procedimentos.

Além disso, fornecem subsídios para a discussão do processo de trabalho das equipes e avaliação da efetividade das mesmas quanto aos esforços de consolidação da ESF, em especial no que concerne ao acolhimento da demanda espontânea.

**Palavras chaves:** acolhimento, demanda espontânea, estratégia saúde da família, integralidade da atenção.

## ABSTRACT

ALMEIDA, D. G. **Humanized reception of patients without an appointment at family healthcare centres: a process under permanent construction.** 2009. 109p. Master Phesis. Rio de Janeiro: Estácio de Sá School of Medicine.

This is the beginning of a comprehensive research project about the Family Healthcare Strategy. This project focuses on the humanized reception which is based on patient-centered care delivered to outpatients who demand, without an appointment, health services at Family Healthcare Centres. For the moment, the aim of this study is analyzing the utilization profile, as well as the demographic and health data of patients who attended, without an appointment, a local Family Healthcare Centre located in the northern zone of Rio de Janeiro (RJ - Brazil). A cross-sectional study was performed, based on a systematic and random sampling of the attendance records from April to October, 2006. Patients' health complaints were applied to ICPC.2 (International Classification of Primary Care – version 2), a clinical coding system developed by WONCA (World Organization of Family Doctors). The results showed that the highest demand was on Monday mornings, by women (66, 4%), children under 9 years old (40, 1%) and adults 20-59 years old (42, 3%). On the other hand, demand was 25% less from the area (number 2) closer to the setting. Patients addressed an average of 1,3 reasons each appointment, mainly acute conditions and simple procedures. The most common reasons for the appointments were due to general complaints (ICPC.2 Chapter A, with 28,3%) and symptoms (ICPC.2 component, with 58,7%), in children under 9 years old showing a higher prevalence, followed by men in a smaller proportion. Reasons for the appointments were associated with respiratory (mainly in women and children under 9 years old) and skin (especially in men and teenagers) problems. Children had the highest prevalence of fever and digestive problems; teenagers, skin and digestive problems; and adults, many different health problems of lower prevalence and more equally distributed. Although showing a small prevalence, hypertension and headache were more common in women, while higher proportions of men suffered from skin problems and infections. These study findings suggest that those patients with chronic health conditions had been regularly attended by means of previously-made appointment. Patients without an appointment, on the contrary, were characterized by acute health conditions and / or the need for simple health procedures. In addition, those results are conducive to a further discussion about the teamwork processes and the effectiveness of the professionals in promoting the consolidation of the Family Healthcare Strategy, especially concerning the humanized reception of patients without an appointment.

**KEY WORDS:** humanized reception, healthcare services without an appointment, Family Healthcare Strategy, integral healthcare



## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com sexo, faixa etária e área de cadastro / residência. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 72
- Tabela 2:** Distribuição de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com sexo, área de residência e turno de atendimento, segundo faixa etária. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 73
- Tabela 3:** Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência dos profissionais da ESF. USF, Rio de Janeiro, RJ 2006..... 75
- Tabela 4:** Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada classificados de acordo com os capítulos do ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006 ..... 79
- Tabela 5:** Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 83

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Mapa de Acolhimento USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 60
- Quadro 2** - Classificação dos motivos de acolhimento dos moradores que compareceram por demanda espontânea na porta de entrada, de acordo com os capítulos e componentes de ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 66

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1:** Distribuição dos indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com turno e dia da semana. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 71
- Gráfico 2:** Média e desvio padrão do número de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com turno e dia da semana. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 71
- Gráfico 3:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 76
- Gráfico 4:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF entre crianças, adolescentes e adultos / idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 77
- Gráfico 5:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea da porta de entrada, classificados pelos capítulos do ICPC.2, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 80
- Gráfico 6:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos capítulos do ICPC.2, entre crianças, adolescentes e adultos/idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 81
- Gráfico 7:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 84
- Gráfico 8:** Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2, entre crianças, adolescentes e adultos/idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006..... 85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACD – Auxiliar de Consultório Dentário

AMQ – Avaliação da Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária de Saúde

CAP – Coordenadoria de Área de Planejamento

EqSB – Equipe de Saúde Bucal

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GAT – Grupo de Apoio Técnico

HA – Hipertensão Arterial

IC – Intervalo de Confiança

ICPC – *International Classification of Primary Care* (Classificação Internacional de Cuidados Primários)

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH - Política Nacional de Humanização

PPI - Programação Pactuada e Integrada de Assistência à Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SMSDC – Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil

SUS – Sistema Único de Saúde

THD – Técnico de Higiene Dental

USF – Unidade de Saúde da Família

WICC - *WONCA International Classification Committee* (Comitê de Classificação Internacional do WONCA)

WONCA - *World Organization of Family Doctors* (Organização Mundial de Médicos de Família)

## SUMÁRIO

### APRESENTAÇÃO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	20
1.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	20
1.1.1 <i>A implantação: aspectos normativos e diretrizes</i> .....	20
1.1.2 <i>A consolidação: desafios a serem superados</i> .....	25
1.2 O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO E MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE.....	28
1.2.1 <i>O acolhimento como diretriz da Política Nacional de Humanização</i> .....	28
1.2.2 <i>Experiências do acolhimento nos serviços de saúde</i> .....	31
1.3 REFLETINDO A INTEGRALIDADE: DEMANDA/NECESSIDADES DE SAÚDE VERSUS ACESSO/OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
1.4 DIAGNÓSTICO DA DEMANDA ESPONTÂNEA: UM INSTRUMENTO PARA A ORGANIZAÇÃO LOCAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA.....	43
1.4.1 <i>Pesquisas de perfil de demanda em UBS</i> .....	46
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	52
<b>3 PROBLEMA</b> .....	54
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	55
<b>5 MÉTODO</b> .....	56
5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	56
5.2 CENÁRIO DE ESTUDO.....	56
5.3 FONTE DE DADOS E POPULAÇÃO PESQUISADA.....	59

5.4 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE.....	62
5.5 AMOSTRA ESTUDADA.....	61
5.6 CARACTERIZAÇÃO DOS MOTIVOS DE ACOLHIMENTO EXPRESSOS PELOS MORADORES.....	63
5.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	69
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
<b>7 DISCUSSÃO.....</b>	<b>86</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE A</b> – Classificação, segundo a experiência de profissionais da ESF, dos motivos expressos pelos moradores que comparecem por demanda espontânea no acolhimento da porta de entrada. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.....	107
<b>ANEXO A</b> - ICPC.2: Classificação Internacional de Cuidados Primários - 2ª edição.....	108

## APRESENTAÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) com a proposta de reorientar o modelo de atenção à saúde. Com o fluxo da demanda fortemente voltado para a área hospitalar, o intuito tem sido o de redirecionar a entrada no sistema de saúde através da atenção básica, preferencialmente pela ESF. Apesar das conquistas alcançadas, vários estudos evidenciam que aumentar o número de profissionais ou simplesmente mudar a estrutura e a organização do modelo assistencial não têm sido efetivos para qualificar os serviços, produzir impactos epidemiológicos e melhorar as condições de saúde da população. Percebe-se que são os profissionais de saúde que definem o perfil e o funcionamento do modelo assistencial, através dos seus processos de trabalho, que podem ser reorganizados através de estratégias como o acolhimento, a responsabilização e o vínculo. Um dos pilares centrais desta idéia, o acolhimento deve ser entendido como uma ação de aproximar e uma atitude de incluir a população nos serviços de saúde. O foco da atenção deixa de ser a doença e passa a ser o indivíduo e suas necessidades. O acolhimento é potencialmente uma estratégia importante no esforço de se estabelecer uma relação dinâmica e de equilíbrio entre a oferta organizada e a demanda espontânea, de acordo com o princípio da integralidade da atenção. Este permite refletir as necessidades em saúde na perspectiva, tanto da população, como na dos profissionais.

Apesar destas considerações, não se sabe ao certo o que acontece na porta de entrada das Unidades de Saúde da Família (USF). Boa parte delas desenvolve estratégias de acolhimento, entretanto poucas realizam estudos de avaliação deste processo. Assumindo que o conhecimento sistematizado sobre os processos de trabalho nas unidades de saúde é fundamental para a adequação das mesmas às



necessidades de saúde da população, este estudo pretende caracterizar a demanda espontânea de uma USF localizada na Coordenadoria da Área de Planejamento (CAP) 2.2, da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (SMSDC – RIO). Espera-se que a construção de um diagnóstico do perfil de utilização, demográfico e de saúde da porta de entrada desta unidade facilite a reflexão das equipes sobre o seu processo de trabalho. A etapa subsequente deste estudo prevê uma análise qualitativa dessas necessidades, na perspectiva das equipes de saúde.

Esta dissertação apresenta na sua introdução um relato do processo de implantação da ESF, com seus aspectos normativos e diretrizes, e os desafios a serem superados para a sua consolidação. A seguir, o acolhimento, como uma diretriz do MS, é contextualizado quanto ao cenário nos serviços de saúde, no que concerne à relação profissionais – usuários, com o relato de experiências exitosas. Numa reflexão da integralidade da atenção, o texto apresenta uma discussão entre vários autores, correlacionando demanda / necessidades versus acesso / oferta de serviços de saúde, do ponto de vista tanto dos profissionais quanto dos usuários. A introdução é concluída com estudos sobre o perfil da demanda espontânea na atenção básica, em especial na ESF, considerando-se este tipo de avaliação como um dos instrumentos para o diagnóstico local em saúde, que pode subsidiar a

reorganização do processo de trabalho das equipes. Além disso, é apresentado o ICPC.2, o índice internacional de classificação dos cuidados primários, principal instrumento de caracterização dos motivos de acolhimento. O cenário da pesquisa é apresentado no capítulo de metodologia, assim como o delineamento do estudo, a fonte de dados e população pesquisada, a coleta de dados e variáveis de interesse, a amostra estudada, a caracterização dos motivos de acolhimento expressos pelos moradores e a análise dos dados. Após a descrição dos resultados, estes são contextualizados com os estudos de outros autores no capítulo de discussão, concluindo-se com as considerações finais.

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

#### 1.1.1 *A implantação: aspectos normativos e diretrizes*

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, é considerado um precursor da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O PACS se baseou na atuação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) supervisionados por enfermeiros e vinculados a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em áreas rurais e peri-urbanas nas regiões Norte e Nordeste. A proposta teve um caráter emergencial de suporte à assistência básica, principalmente para combater e controlar a epidemia do cólera e diversas formas de diarreia (com foco na reidratação oral), e para incrementar a vacinação, em locais com carência ou ausência de assistência médica (Giovanella e Mendonça, 2007).

As autoras argumentam que a estratégia do governo, ao criar o PACS, era estimular o processo de descentralização da gestão, transferindo-a ao nível municipal, e induzir a organização e expansão da assistência básica. Contudo, com a carência de médicos, o programa foi se expandindo pelo interior do país e nas periferias das grandes cidades, onde havia bolsões de pobreza. Passou assim, a ter uma cobertura de atenção primária, incluindo “cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher” (Giovanella e Mendonça, 2007, p.464).

Em dezembro de 1993, através da portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 692, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), agregando o médico e o auxiliar de enfermagem à equipe do PACS (Giovanella e Mendonça, 2007). Três anos depois, ao lançar o manual “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, o Programa adquiriu um caráter mais abrangente, passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). Neste documento, o principal objetivo atribuído à ESF é o de “reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica”, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) através de várias proposições, entre elas: assistência integral, tanto na Unidade de Saúde da Família (USF) como na comunidade e nos domicílios, intervindo sobre os fatores de risco e tendo como foco a família e seu núcleo social; humanização das práticas de saúde e estabelecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e a população; intersetorialidade; democratização dos saberes e do processo de organizar os serviços de saúde; construção social da saúde, considerando saúde “como direito de cidadania” e “expressão da qualidade de vida”; e a prática do exercício de controle social (Brasil, 1997, p.10 e 11).

O referido manual também apresenta as principais diretrizes operacionais da ESF, quais sejam: tornar-se a porta de entrada do sistema de saúde local; ser constituída por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS, em regime de 40 horas), capacitada para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde na lógica da Atenção Primária à Saúde (APS); ter a possibilidade de inclusão de outras categorias profissionais conforme avaliação local; ter apenas médico e enfermeiro generalistas na equipe, que dêem cobertura a todos os membros da família; ser o enfermeiro o supervisor dos ACS, que realizam

ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; garantir a referência e contra-referência para a atenção secundária e terciária como forma de assegurar a continuidade e integralidade da atenção; trabalhar com população adstrita e cadastrada; ter suas equipes vinculadas à USF ou à unidade de saúde já existente, desde que adaptada.

No ano de 2000, visando apoiar os municípios na organização da atenção básica na lógica da ESF, o MS, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde através dos Pólos de Capacitação, iniciou a publicação de uma série de Cadernos da Atenção Básica. Em seu primeiro número, o Caderno apresenta importantes definições operacionais para orientar a implantação da ESF. Dentre estas, ressalta-se a importância do diagnóstico sanitário local, a ser discutido com a comunidade, para a elaboração do plano de trabalho da Equipes de Saúde da Família (EqSF) (Brasil, 2.000).

Como estratégia para absorver a demanda espontânea, habitualmente expandida ao se implantar uma nova USF, o Caderno aponta a importância da realização de uma “abordagem coletiva eficiente” para “problemas de saúde coletivos”, ações de promoção de saúde para as diversas fases da vida, monitoramento das doenças crônicas através de ações coletivas e assistência integral por consultas médicas e de enfermagem. Segundo a referida publicação, todas essas estratégias são recomendadas para organizar o fluxo da demanda. (Brasil, 2.000, p. 40 e 42).

Seis anos depois (2006), através da portaria nº 399, o MS lança o Pacto Pela Saúde (Brasil, 2006a), visando a consolidação do SUS, através dos seus princípios e diretrizes, com a formação de rede regionalizada e integrada e através da qualificação da descentralização, da organização e da gestão. Este processo é

instrumentalizado pela Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde - PPI (Brasil, 2006c). A proposta do Pacto é superar as dificuldades impostas por normatizações técnico-processuais excessivamente detalhadas e complexas. O Pacto é baseado no compromisso dos três níveis de gestão do SUS, revisado anualmente, com a identificação das necessidades de saúde da população e definição de prioridades articuladas e integradas. Destas prioridades destacam-se três componentes: Pacto pela Vida – são os compromissos sanitários, através de processos e resultados; Pacto em Defesa do SUS – através da mobilização social e do conceito de saúde como direito de cidadania; e Pacto de Gestão do SUS – através da efetivação da descentralização e da organização dos sistemas de saúde com base no território.

Como parte do Pacto Pela Vida, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) foi aprovada através da portaria 648, revendo diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, competindo às Secretarias Municipais de Saúde implantar a ESF em sua rede de serviços (Brasil, 2006b).

Mais uma vez, o MS enfatiza a importância da ESF na reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. A PNAB estabelece o seguinte conceito ampliado de atenção básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a

redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (op. cit., p. 10)

Dentre os fundamentos da atenção básica na PNAB, temos:

“I – possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como porta de entrada preferencial do sistema”;

“II – efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração das ações programáticas e demanda espontânea” (op.cit., p.11).

Quanto a organização da ESF na PNAB, dentre as atribuições que são comuns a todos os profissionais da EqSF, temos a “garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde” (op.cit., p.42). Dentre as atribuições específicas do médico da EqSF, temos a realização de “atividades de demanda espontânea e programada em clínica médica, pediatria, ginecologia/obstetrícia, cirurgias e procedimentos para fins de diagnóstico.” (op.cit., p.45). Quanto aos critérios estabelecidos para a ESF, destacam-se os que restringem a cobertura populacional para uma USF a até 12 mil habitantes, em área adstrita; o número máximo de indivíduos a serem cadastrados por equipe é de 4.000, sendo a média recomendada de 3.000, com cobertura populacional máxima por ACS de 750; e a relação máxima de ACS por EqSF é de 12, mantendo o regime de trabalho dos profissionais das equipes em 40 horas semanais.

Com estas iniciativas de normatização e padronização de abordagens, grandes avanços vêm sendo identificados desde a criação da ESF, dentre estes destaca-se a grande cobertura alcançada em tão pouco tempo. Segundo levantamento do MS de 2006 (Brasil, 2006f), 5.106 municípios do país, que representam 91,8% dos mesmos, têm a ESF implantada, o que representa uma

cobertura de 85.734.139 habitantes (46,2% da população brasileira), através de 26.729 EqSF.

### *1.1.2 A consolidação: desafios a serem superados*

Apesar das conquistas acumuladas pelo SUS desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde - LOS 8080/90, o MS reconhece sérias dificuldades para a sua efetiva consolidação enquanto política pública de saúde, destacando-se entre os diversos desafios a serem superados: processo de trabalho e relações profissionais fragmentadas; fragilidade da interação nas equipes e na atuação com a dimensão subjetiva nas práticas de saúde; desvalorização da co-gestão e da participação de trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde (Brasil, 2006d).

Como apontado na seção anterior, a ESF deve ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde para, desta forma, se redirecionar o fluxo assistencial fortemente voltado para a área hospitalar (Brasil, 1997, 2006b). No entanto, avaliações recentes apontam que, apesar dos avanços conquistados na cobertura assistencial e em alguns indicadores de saúde, a capacidade resolutiva da ESF em absorver as crescentes necessidades em saúde da população é ainda insuficiente. Na maioria das USF, o processo de trabalho continua centrado no atendimento médico e em procedimentos baseados na tecnologia de equipamentos em saúde, além do potencial de assistência multiprofissional da equipe se mostrar subutilizado (Franco e Merhy, 2006a; Brasil, 2006d; Panizzi e Franco, 2004).

Aumentar o número de profissionais na atenção básica não tem se mostrado suficiente para reorientar o modelo de atenção, especialmente em seus aspectos



determinados no processo de trabalho das equipes de saúde (Brasil, 2006d; Franco e Merhy, 2006a).

Ribeiro et al (2004) discutem o processo de trabalho em saúde como instrumento de análise da implantação da ESF, trazendo à tona a controvérsia/dicotomia envolvida na questão: um programa com normatizações estabelecidas pelo MS ou uma estratégia que possibilita reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica. A ESF é identificada como um recurso para se romper a prática hegemônica do modelo biomédico, constituindo-se num desafio diário para os seus profissionais. Os autores argumentam que vários estudos apontam a ESF como potencialmente capaz de mudar o modelo assistencial, enquanto outros sinalizam diversos obstáculos a serem superados para que esta mudança ocorra. Estas dificuldades vão desde as macropolíticas relacionadas à estratégia até a prática diária das EqSF, que lidam no seu cotidiano com diversos desafios, como: perfil inadequado de recursos humanos; diversidade gerencial, gerando às vezes conflitos entre os sujeitos envolvidos; dificuldades na relação com a comunidade e poderes locais; sobrecarga de atendimento comprometendo a estratégia; e dificuldade de absorver a demanda.

Araújo e Rocha (2007) apontam outros desafios do trabalho em equipe para a consolidação da ESF, citando as dificuldades relacionadas à interação entre os profissionais; formação e prática profissional não compatível com as propostas da estratégia; e profissionais com percepção limitada das demandas de saúde apresentadas pela população.

Franco e Merhy (2006a) fazem diversas reflexões sobre a ESF e o seu processo de trabalho, determinado pelas normatizações do MS, que designa as atribuições específicas tanto das equipes quanto de cada categoria profissional.

Apresentam a estrutura e a organização do modelo assistencial como definidas por fatores sociais, econômicos e políticos, que determinam o processo macropolítico hegemônico. No entanto, argumentam que são os trabalhadores da saúde que definem o perfil e o funcionamento do modelo assistencial, isto é, os processos micropolíticos da produção dos serviços de saúde, devido, em grande parte, pela autonomia da operacionalização destes serviços pelos profissionais.

Para que ocorra a mudança do modelo assistencial, os autores evidenciam a necessidade não só de se construir uma consciência sanitária nova, mas principalmente de que os profissionais de saúde possam aderir ao desafio da transformação. Esta mudança é viabilizada pela sensibilização dos profissionais de saúde quanto aos seus valores e comportamentos, criando uma nova subjetividade e valorizando as tecnologias das relações. Neste aspecto, o principal foco de transformação é o médico, na medida em que o modelo assistencial hegemônico é centrado no processo de trabalho do médico, na produção de procedimentos e baseado em tecnologias próprias da saúde, como maquinário e instrumentos (Franco e Merhy, 2006a).

Desta perspectiva, entende-se que o processo de trabalho em saúde deva se basear em uma nova relação, a ocorrer entre sujeitos e não entre sujeitos e objetos, pois a produção de saúde depende de todos os atores envolvidos. Os sujeitos tornam-se protagonistas do novo modelo assistencial, associando-se “novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde”, sob uma nova ética, novos valores e “uma cultura e comportamento pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência”. As principais “tecnologias leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde” para a

reorganização do processo de trabalho em saúde passam a ser o acolhimento, a responsabilização e o vínculo (Franco e Merhy, 2006a, op. cit., p. 116).

## 1.2 O ACOLHIMENTO COMO ESTRATÉGIA PARA A MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO E MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

### 1.2.1 O acolhimento como uma diretriz do Ministério da Saúde

A necessidade de reversão do modelo assistencial biomédico e o diagnóstico dos diversos obstáculos que dificultam essa mudança levaram o MS a lançar a Política Nacional de Humanização (PNH) em 2002, com nova edição em 2006. Tal Política parece ser fruto de dois princípios fundamentais: a associação entre a atenção e a gestão nos processos de produção de saúde, com equipe multiprofissional, de forma participativa e com a co-responsabilidade de todos os atores envolvidos; e a transversalidade, através do incremento da comunicação inter e intragrupos (profissionais e usuários), não na forma emissor-receptor, mas em uma dinâmica multivetorializada, em rede e na qual se expressam os processos de produção de saúde e de subjetividade (Brasil, 2006d).

Dentre as várias diretrizes da PNH destaca-se a ênfase no acolhimento ao usuário, uma estratégia para nortear o processo de trabalho em saúde, entendido como “uma ação de aproximação” e “uma atitude de inclusão” (Brasil, 2006e, p 6).

Tradicionalmente, o acolhimento nos serviços de saúde é identificado como uma “recepção administrativa” onde são realizados a triagem e o encaminhamento

para procedimentos e serviços especializados, em ações isoladas e descomprometidas de atitudes “de responsabilização e produção de vínculo”. A organização é “a partir das filas por ordem de chegada, sem avaliação do potencial de risco, de agravo ou do grau de sofrimento”, “tendo como foco a doença e não o sujeito e suas necessidades” (op. cit., p. 13-15).

Segundo a PNH, a estratégia do acolhimento não deve ser restrita à demanda espontânea, mas ser apreendida e implantada “em todos os momentos e etapas que ocorrem nos serviços de saúde”. “O acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendemos como uma passagem para o acolhimento nos processos de produção de saúde” (op. cit., p. 16).

A PNH propõe o acolhimento como uma postura ética – atitude de reconhecimento e acolhida do outro no cotidiano e nas suas diversidades; uma postura estética – posturas criativas para dignificar a vida; e uma postura política – compromisso com o coletivo. Assim sendo, evidencia-se a indissociabilidade entre nós sermos sujeitos e nós vivermos a vida (“trabalhar, viver, amar, sentir, produzir saúde...”); conseqüentemente, entre “produção de subjetividade” e “produção de saúde” (op. cit., p. 9 e 12).

O acolhimento se apresenta como “ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia de acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços”. Para tanto, pressupõe que haja mudança na relação entre os profissionais / usuários, com o reconhecimento do usuário na sua subjetividade e como participante ativo no processo de produção de saúde (op. cit., p.18).

O processo de trabalho em saúde norteado pela estratégia do acolhimento pressupõe: os sujeitos como protagonistas do processo; valorização das relações

entre os sujeitos; ampliação do processo democrático de discussão e decisão coletiva entre equipe multiprofissional e usuários; montagem de projetos terapêuticos individuais e coletivos; valorização da escuta e do compromisso de ser resolutivo no atendimento das necessidades de saúde apresentadas pelo usuário; e mudança do foco na doença para o indivíduo, numa atenção integral (Brasil, 2006e).

A importância do acolhimento nos serviços ganhou espaço no projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família - AMQ (Brasil, 2005a), desenvolvido pelo MS, em que um dos aspectos contemplados é o processo de trabalho relacionado ao acolhimento dos usuários.

Os instrumentos utilizados no AMQ abordam diferentes temas e são orientados aos gestores e demais profissionais que atuam na ESF. Dentre os vários aspectos avaliados, alguns se referem ao processo de atendimento ao usuário que chega à unidade de saúde. É investigado se os gestores desenvolvem com as equipes estratégias para enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento à população; se as informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas aos usuários de maneira clara e acessível; se existe escuta e atenção aos usuários durante todo o período de funcionamento da USF; se a EqSF avalia e responde às sugestões e reclamações encaminhadas, viabilizando atendimento das solicitações; se a EqSF desenvolve iniciativas para estimular o desenvolvimento da autonomia, do auto-cuidado e da co-responsabilidade por parte dos usuários; e se existem critérios orientadores diferenciando situações de atendimento imediato daqueles programados (Brasil, 2005a).

### *1.2.2 Experiências de acolhimento nos serviços de saúde*

Franco et al (2006) fazem uma reflexão sobre o ato de acolher. Numa relação entre pessoas, no caso, entre um usuário e um profissional, é esperado que ocorra uma dimensão individual na perspectiva do trabalho em saúde. As ações clínicas resultantes são consideradas o encontro das necessidades em saúde com processos tecnológicos de intervenção, com o objetivo de estabelecer escutas qualificadas, responsabilizações, vínculos, e assim, recuperar / manter a saúde e um certo modo de viver.

Neste contexto, o acolhimento tem uma grande importância sobre os processos de produção em saúde, viabilizando a discussão da micropolítica do processo de trabalho e a determinação do modelo de atenção. O processo de acolhimento permite avaliar uma importante etapa do processo de trabalho, o acesso do usuário ao serviço (Franco et al, 2006).

Segundo Franco e Merhy (2005), o processo de reorganização do trabalho em saúde esbarra em muitos poderes instituídos, sendo necessário desconstruir um modelo de atenção centrado em procedimento e construção de um novo modelo centrado no cuidado e no usuário. O processo de mudança precisa ser movido pelo desejo de construir o novo, dando um novo significado na produção do cuidado. Esse desejo precisa fazer parte da vida dos profissionais e usuários, remetendo à subjetividade de cada um, que se faz a partir das experiências e vivências que se acumulam ao longo da vida. A subjetividade é determinada socialmente e estrutura o comportamento individual.

Franco e Merhy (2006a) argumentam que são os trabalhadores da saúde que têm a capacidade de mudar o modelo de atenção, através da transformação do

processo de trabalho, desde que a organização e operacionalização dos serviços de saúde sejam determinadas pelo trabalho vivo. Este último é estabelecido pelo conhecimento dos profissionais (formação técnica e experiências no cotidiano dos serviços) e pelas relações estabelecidas entre os profissionais e destes com os usuários. Estas relações resultam em energia transformadora, viabilizando um modelo de atenção centrado no usuário. A construção coletiva do processo de trabalho é embasada pelos diversos saberes, em torno da realidade e dos problemas enfrentados por usuários e profissionais, tornando-os sujeitos do processo.

Ao analisarem o processo de implantação do acolhimento em Betim (MG), em 1996, Franco e Merhy (2006a) identificaram os seguintes precedentes: alto índice de excluídos dos serviços de saúde; grande demanda da população por consultas médicas, nem sempre com indicação, causando estrangulamento neste serviço; processo de trabalho centrado no médico, subestimando as outras categorias profissionais, o que limitava a oferta de serviços; falta de integração multiprofissional, atenção fragmentada e sem formação de vínculo.

A diretriz operacional utilizada nesta implantação, segundo os autores, teve os seguintes princípios: acesso universal, atendendo a todos os que procuram o serviço de saúde – acolher, escutar e ser resolutivo com os problemas de saúde da população; reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo estruturante do médico para uma equipe multiprofissional de acolhimento (profissionais de nível superior, técnico e auxiliar de enfermagem) – aumento da oferta de serviço por outras categorias profissionais, sendo o usuário encaminhado para a consulta médica somente quando constatada a necessidade; e qualificação das relações entre os profissionais e destes com os usuários.

Os principais resultados alcançados com a implantação do acolhimento em Betim foram: descongestionamento da agenda do médico; aproveitamento do potencial profissional da equipe de enfermagem; aumento da autonomia dos profissionais, principalmente enfermagem; aumento extraordinário do número de atendimentos no serviço, principalmente pela enfermagem; aumento do vínculo e responsabilização entre equipe e população; satisfação dos usuários com o novo processo de trabalho; e sentimento de realização pessoal e profissional da equipe (Franco e Merhy, 2006a).

Continuando, os autores destacaram algumas estratégias importantes que contribuíram para o bom êxito da implantação do acolhimento nos serviços de saúde de Betim: educação permanente; capacitação constante; elaboração de protocolos de atendimento pelas equipes multiprofissionais; interação da equipe, e formação de grupos programáticos.

Vários autores têm discutido quais as formas de operacionalização deste processo de acolhimento. De uma maneira geral, propõe-se que o acolhimento da porta de entrada de uma USF seja realizado por equipe multiprofissional, tendo preferencialmente o enfermeiro como o primeiro contato para avaliar as necessidades em saúde dos usuários, com os devidos encaminhamentos (consulta de enfermagem, consulta médica; atendimento pelas diversas áreas da saúde, exames e procedimentos da atenção básica, média e alta complexidade). O médico atuaria estrategicamente na retaguarda, dando suporte nas avaliações e encaminhamentos. Este processo de trabalho potencializaria e aperfeiçoaria a prática dos profissionais de saúde das diversas categorias e conseqüentemente, descongestionaria a agenda dos médicos, que culturalmente são a referência dos usuários nos serviços de saúde (Franco et al, 2006; Panizzi e Franco, 2004).



### 1.3 REFLETINDO A INTEGRALIDADE: DEMANDA/NECESSIDADES DE SAÚDE VERSUS ACESSO/OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao refletir sobre a integralidade como um dos fundamentos da Atenção Básica e da própria ESF, Mattos (2001) apresenta três contextos dos sentidos de integralidade: quanto à prática dos profissionais de saúde, aos atributos da organização dos serviços de saúde e às respostas governamentais aos problemas de saúde da população.

No primeiro sentido, Mattos defende a integralidade como “um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram” (op. cit., p.48). A razão da medicina, legitimada socialmente, é expressa pela sua capacidade de responder ao sofrimento humano, enquanto a biomedicina responde aos sofrimentos decorrentes das doenças. O conhecimento das doenças permitiu o desenvolvimento de técnicas de diagnóstico precoce e de medidas de redução de riscos de adoecimento, sendo que ambos não são demandados pela experiência individual de sofrimento do paciente. Logo, a integralidade poderá ser aplicada na prática médica ao se adotar essas técnicas e medidas preventivas para outras doenças, no momento em que o paciente procura os serviços de saúde em uma determinada situação de sofrimento. Neste contexto, a articulação entre prevenção e assistência não se dará no modelo da história natural da doença. A atividade assistencial estará voltada para aquela determinada situação de sofrimento que o paciente apresenta, enquanto as atividades preventivas estarão voltadas para outras doenças e situações de risco.

As práticas de diagnóstico precoce e de prevenção devem ser, no entanto, aplicadas com cautela, pois podem caracterizar o processo de medicalização, onde

a medicina foi assumindo a responsabilidade de um número crescente de situações da vida social. Neste aspecto, a medicina preventiva pode torna-se medicalizante, pois amplia as possibilidades do uso do conhecimento técnico sobre as doenças, regulando aspectos da vida social (Mattos, 2001).

A medicina, além de tratar doentes, recomenda hábitos e comportamentos supostamente mais eficazes para impedir o adoecimento. Portanto, é fundamental diferenciar as intervenções preventivas entre as que apenas expandem o consumo de bens e serviços de saúde, daquelas sensatas e prudentes na perspectiva de fortalecer o direito da população à saúde. Neste enfoque, a integralidade contribui para uma boa prática da biomedicina, não desconsiderando o uso do conhecimento adquirido sobre as doenças, mas o uso prudente do mesmo, com uma visão mais ampliada das necessidades dos usuários. Essa abordagem se aplica não somente aos médicos, mas a todos os profissionais que atuam nos serviços de saúde (Mattos, 2001).

A reflexão do segundo sentido de integralidade abordado por Mattos (2001) é vinculada à organização dos serviços de saúde. O uso de dados epidemiológicos é uma das ferramentas que permite aos profissionais definir ações para os diversos segmentos populacionais, identificando e priorizando agravos predominantes e prioritários e norteando o planejamento das ações.

O autor afirma que a melhoria do quadro epidemiológico não é o único objetivo dos serviços de saúde. É consenso que a epidemiologia dispõe de excelentes ferramentas para se perceber as necessidades em saúde da população, mas ela não oferece as únicas ferramentas para caracterizar tais necessidades; nem as necessidades percebidas através da epidemiologia são mais reais do que aquelas manifestadas na demanda espontânea.

Ainda segundo Mattos (2001, p. 56), algumas “necessidades simplesmente não podem ser apreendidas pela dimensão epidemiológica, e há ações que se justificam independentemente do impacto epidemiológico que por ventura produzam”. Por outro lado, a demanda espontânea pode se manifestar como a expressão de outro modo de se perceber as necessidades de saúde da população, o que não deve ser excluído da discussão de organização de serviços de saúde. Além disso, a demanda espontânea não é determinada apenas pelo perfil de morbidade; podem estar associados outros motivos na busca pelos serviços de saúde.

Essa percepção induz ao sentido da integralidade na lógica do processo de trabalho nos serviços de saúde: estes não devem ser organizados apenas para responder às doenças de uma população, embora devam absorver tais pacientes. A organização dos serviços precisa apreender de forma mais ampliada, as necessidades de saúde da população, num processo dinâmico e contínuo. Ao se estruturar um serviço de saúde, é importante estar atento ao risco de se romper a integralidade pela restrição das ações ofertadas. Outras necessidades poderiam não ser contempladas, por estarem excluídas desta estruturação. Portanto, as necessidades de saúde podem ser apreendidas tanto pela demanda programada, como pela espontânea, sendo fundamental a articulação entre as mesmas (Mattos, 2001).

Paim (2003) apresenta vários estudos que reforçam a importância da epidemiologia nos serviços e sistemas de saúde, tanto para elaborar diagnósticos e análises das condições de saúde da população, como no planejamento das ações, definição de prioridades, avaliação e monitoramento de ações e resultados. Todo este processo inclui a participação social. No entanto, Paim faz várias reflexões

acerca do uso da epidemiologia para efetivar a gestão do SUS. O autor argumenta que a reorganização das ações e dos serviços de saúde deveria resultar na melhoria das condições de saúde da população. Para tanto, torna-se necessário um sistema de saúde mais inclusivo, melhoria da qualidade da atenção e práticas mais humanas. Além disso, é importante a mudança do foco da discussão baseada na atenção médica para a abordagem epidemiológica, com possibilidade de apreender as reais necessidades de saúde da população. A formação de atores sociais comprometidos com uma prática sanitária baseada no planejamento e na gestão de um sistema de saúde pode contribuir para que ele seja democrático, resolutivo e equânime.

A reflexão acerca do terceiro sentido de integralidade, feita por Mattos (2001), remete às respostas governamentais a problemas de saúde específicos, ou às necessidades de grupos específicos, constituindo-se nas políticas (programas) especiais. Estas respostas se propõem a contextualizar os sujeitos às políticas de saúde propostas, integrando as ações preventivas e assistenciais correspondentes.

Concluindo, Mattos cita Santos (2000, apud Mattos, 2001) e sugere que parte do reducionismo que interfere em vários sentidos da integralidade seja resultante da incapacidade de interação com o outro, transformando-o em objeto. A incapacidade de lidar com sujeitos leva muitos profissionais a tratarem apenas das doenças. Entretanto, Mattos argumenta que existem modos de se organizar os serviços que permitem a percepção de necessidades subjetivas. Nessa perspectiva, a integralidade somente se realiza quando se estabelece uma relação sujeito-sujeito, seja no processo de organização dos serviços, seja nas discussões das políticas de saúde.

No processo de construção social das necessidades de saúde, é muito freqüente a discussão sobre a realização de procedimentos desnecessários. Na atualidade, existe um amplo conhecimento científico para embasar e indicar a tecnologia médica; no entanto, a prática profissional tem se afastado desse conhecimento. Como proposta para mudar essa situação, o princípio da integralidade pode embasar o profissional na compreensão do sofrimento causado pela doença no outro (nas dimensões individuais, coletivas e ao seu modo de viver a vida). Contribuem também para esta mudança, a percepção do significado da sua conduta profissional, a percepção da indicação de uso de tecnologia para o cliente e a interação com a equipe multiprofissional. A educação permanente pautada na integralidade é uma boa estratégia para nortear a proposta de mudança das práticas em saúde (Mattos, 2005).

Cecílio (2001) classifica as necessidades de saúde para subsidiar o processo de trabalho dos profissionais, de forma a tornar suas práticas cotidianas mais humanizadas da seguinte maneira: possibilidade de condições de vida satisfatórias (o que remete não só aos fatores determinantes do processo saúde-doença, mas também à maneira de se viver); necessidade de acesso às diversas tecnologias em saúde possibilitando a melhoria da qualidade de vida (onde as indicações de uso dessas tecnologias são definidas a partir das necessidades de cada pessoa e das avaliações profissionais); necessidade do estabelecimento de vínculo entre profissionais e usuários (desenvolvendo subjetividades); e desenvolvimento de autonomia pelos usuários (buscando a reconstrução dos sentidos da vida e modos de vivê-la, através da satisfação das suas necessidades).

Merhy (2006), baseando-se em diversos autores da Saúde Coletiva, elaborou um quadro das necessidades de saúde expressas pelos usuários, como indivíduos

e/ou grupos. Estão assim agrupadas: condições de vida favoráveis (considerando a inclusão social); o indivíduo com direito às diferenças e respeito à cidadania; garantia de acesso às tecnologias da saúde; acolhimento e vínculo com profissional ou equipe; e autonomia e autocuidado no modo viver.

Cecílio (2001) reflete a integralidade da atenção de acordo com as necessidades de saúde apresentadas pela população, o perfil da demanda e a oferta de serviços de saúde. Considera importante a equipe multiprofissional agregar diversos saberes, ter sensibilidade e se esforçar em decodificar as necessidades de saúde trazidas pela população que procura o serviço. Até certo ponto, apresenta demanda como necessidades modeladas pela oferta dos serviços de saúde. Cita como exemplo, que pode ocorrer uma demanda por consultas ou exames, mas na verdade, as necessidades podem ser outras, sejam mais simples ou mais complexas.

Ainda segundo Cecílio (2001), a integralidade da atenção na perspectiva do serviço de saúde pode ser apreendida de duas formas: localizada, como resultado do esforço de cada profissional e de equipes multiprofissionais, em uma mesma unidade de saúde; e ampliada, no sentido da formação de rede de serviços e da complementariedade de ações e tecnologias de saúde (referências e contra-referências). Nesta última, também está subentendido o esforço de cada profissional e das equipes na conclusão do cuidado, com a máxima capacidade resolutiva para o problema de saúde do usuário e com a responsabilização do sistema de saúde. A integralidade não tem como acontecer num único serviço; só se concretiza num sistema de saúde integrado e articulado, formando uma rede de serviços.

Camargo Jr. (2005), na discussão sobre a demanda por serviços de saúde socialmente constituída, identifica a importância de todo o complexo tecnológico da

saúde (recursos humanos e materiais, saberes, práticas e instituições) na superação dos problemas de saúde da população. Considera que todo este aparato seja capaz de identificar o que seja realmente problema de saúde. Neste contexto, observa que o aumento das necessidades de saúde pode acarretar inúmeras vantagens, como as econômicas para as indústrias do complexo tecnológico da saúde. Observa que nos últimos 40 anos, houve uma naturalização das necessidades de saúde, vista como uma situação imutável, destacando a medicalização. Esta pode ser considerada como a transformação das relações sociais conflituosas em problemas de saúde e como a incapacidade de autocuidado de algumas pessoas, tornando-as dependentes dos serviços de saúde, principalmente do médico.

O referido autor apresenta como proposta a demanda por serviços de saúde embasada na interação entre o complexo tecnológico da saúde e os usuários. Propõe que a demanda seja um produto de negociação entre atores de diferentes saberes e experiências (demanda esta instituída no momento em que o usuário comparece ao serviço de saúde, independente de ser real ou imaginária). Evidencia-se nesta estratégia, a necessidade de acolhimento das demandas com a perspectiva de perceber aquilo que não esteja relacionado com a atenção à saúde, para se agregar a intersectorialidade e a co-produção entre demanda e oferta. A negociação entre os atores envolvidos pode contribuir na determinação de quais necessidades seriam reais ou não. Neste processo, devem estar explícitos todos os aspectos a serem discutidos: a identificação/definição de problemas de saúde, propostas de solução/encaminhamento e estratégia geral de desenvolvimento/atuação.

Franco e Merhy (2005) discutem a produção imaginária da demanda pelo usuário, considerando-a como socialmente construída e condicionada pelo perfil do serviço de saúde, pelo modo de produzir o cuidado e pelas relações entre

trabalhadores e destes com os usuários. Considera três aspectos: a demanda se constrói a partir da oferta (só se demanda por aquilo que é oferecido no serviço de saúde); a não satisfação de certas necessidades de saúde em determinados serviços cria uma demanda para outros serviços de saúde; e a associação que os usuários fazem da satisfação de suas necessidades de saúde a certos produtos e/ou procedimentos, e não à produção do cuidado. Neste sentido, os profissionais de saúde, quando inseridos no modelo assistencial centrado no médico, alimentam uma produção imaginária da oferta baseada em procedimentos, que conseqüentemente pode induzir a população a construir uma demanda por procedimentos, em detrimento da demanda por cuidado.

Uma alternativa para desconstruir demanda ou procedimento imaginário é a reorganização do processo de trabalho das equipes – através das estratégias de acolhimento, vínculo e responsabilização. Assim, possibilita-se o empoderamento dos usuários, criando condições para que desenvolvam o autocuidado e aumentem a autonomia em relação aos serviços de saúde (Franco e Merhy, 2005).

A necessidade do empoderamento dos usuários foi sinalizada na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que resultou na Carta de Ottawa (1986). A base das discussões foram as necessidades em saúde, principalmente nos países industrializados. Dentre as estratégias apresentadas, destacaram-se: a capacitação e o desenvolvimento de habilidades pessoais, para que os indivíduos possam controlar os fatores determinantes no processo saúde-doença; a participação comunitária; e a reorientação dos serviços de saúde, com foco nas necessidades integrais de indivíduos e comunidades.

Numa análise da APS e da ESF em centros urbanos brasileiros, Conill (2008) faz importantes considerações acerca da reorganização do sistema de saúde



através do acesso pela atenção básica, chamando a atenção para “a necessidade de tolerância quanto ao tempo necessário para construção de novos modos de práticas no sistema de saúde, o qual precisa levar em conta, portanto, o papel e a expressão dos diversos grupos sociais envolvidos” (op. cit. p. S13). Cita alguns aspectos relevantes na análise dos avanços conquistados, como o amadurecimento no processo de participação de profissionais e sociedade na discussão da saúde, principalmente através da pactuação de metas e a escuta e flexibilidade às demandas dos usuários dos serviços de saúde.

O autor também faz uma reflexão quanto à capacidade da ESF em impactar os indicadores de saúde, considerando-se a diversidade da estrutura social brasileira e as limitações que os serviços de saúde têm na determinação social da doença. Questiona a capacidade e potencialidade da ESF em agregar a intersetorialidade, identificando aquelas necessárias para garantir um bom desempenho na atenção à saúde. Menciona que o acesso continua a desafiar profissionais e gestores, por dificuldades na infraestrutura e na limitação dos recursos humanos, o que pode comprometer a prática da integralidade (Conill, 2008).

A abordagem dos autores mencionados nesta seção leva à reflexão de que, a identificação das necessidades de saúde dos usuários na ESF e a adequação dos serviços a essas necessidades, passam necessariamente pela relação sujeito-sujeito, o que envolve participação, acolhimento e vínculo. Estes são atributos fundamentais a serem desenvolvidos no processo de trabalho, para possibilitar uma maior aproximação entre necessidades e demandas em saúde, para que possam ser oferecidos serviços / cuidados mais compatíveis a essas necessidades /

demandas, o que resultaria num acesso que viabilizasse de fato, uma atenção capaz de melhorar os níveis de saúde da população.

#### 1.4 DIAGNÓSTICO DE DEMANDA: UM INSTRUMENTO PARA A ORGANIZAÇÃO LOCAL DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

O diagnóstico de demanda de um serviço de saúde pode ser visto como uma ferramenta importante para caracterizar o padrão de morbidade da população, o perfil do usuário, as características do atendimento na rede e a prática dos profissionais de saúde, dentre outras questões. A análise desses dados pode fornecer subsídios para a reorganização do processo de trabalho das equipes, e desse modo, possibilitar uma melhoria no atendimento das necessidades em saúde apresentadas pela população. Portanto, a avaliação de serviços é uma estratégia fundamental para se qualificar a atenção à saúde, seja pelas mudanças ocasionadas, pela capacidade de adaptação ou pelos subsídios para a tomada de decisão, redefinindo estratégias e ações (Takeda, 2004).

Na busca de padronização de abordagens para o diagnóstico do perfil nosológico de demanda em UBS, várias ferramentas vêm sendo propostas nos diferentes países. Um dos instrumentos de mensuração de queixas relacionadas ao processo saúde-doença, reconhecido internacionalmente, é o índice *Internacional Classification of Primary Care* (ICPC - Classificação Internacional de Cuidados Primários), que é o sistema de codificação clínica desenvolvido para a atenção primária pela *World Organization of Family Doctors* (WONCA – Organização Mundial de Médicos de Família) (Jamoulle et Roland, 1997; Takeda, 2004).

O seu comitê, *WONCA Internacional Classification Committee* (WICC – Comitê de Classificação Internacional do WONCA), foi criado em 1972, durante a 5ª Conferência Mundial de Prática Médica Generalista. Naquela ocasião, havia a necessidade de aplicar na prática da atenção à família o seguinte pensamento vigente: a descrição e a transformação da realidade só são viáveis com fatos/dados que possam ser identificados, contados e processados antes de serem analisados. Logo, a identificação, o agrupamento e a contagem são processos que só ocorrem com elementos delimitados, previamente organizados e estruturados. O objetivo de seus idealizadores era tornar passível de análise e acompanhamento o conteúdo do diagnóstico humano e das relações terapêuticas específicas na prática da atenção à família (Jamoulle et Roland, 1997).

O grupo inicial do WICC consistia de um médico de cada um dos seguintes países: Austrália, Canadá, Israel, Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos. A partir deste pequeno grupo, o ICPC foi sendo progressivamente desenvolvido, sendo finalmente apresentado em 1987. Atualmente, o grupo é integrado por aproximadamente 30 médicos de família de 25 países, que se encontram anualmente em diferentes locais (Jamoulle et Roland, 1997).

Segundo o WICC, o ICPC é uma referência para processar a informação na APS e contribui para desenvolver e validar ferramentas de pesquisa necessárias na prática da atenção à família. A sua principal característica é a inclusão de queixas expressas pelos pacientes - na forma como são enunciadas. Além disso, inclui problemas de ordem social, refletindo a mudança paradigmática da atenção à saúde, ao colocar o paciente no centro da atenção e do cuidado (Jamoulle et Roland, 1997).

Ao longo do período de 1992 a 1997, os membros do WICC elaboraram uma segunda edição, o ICPC.2, com o intuito de garantir a correlação e comparabilidade com o CID-10, Código Internacional de Doenças, versão 10 (OMS - Organização Mundial de Saúde, 1989), tornando-os complementares e não competitivos (Jamoulle et Roland, 1997).

O ICPC.2 tem sido utilizado internacionalmente, não só em pesquisas sobre a atenção à saúde, mas também na avaliação de sistemas e serviços de saúde, e foi traduzido para 22 idiomas, dentre os quais o português (Jamoulle et Roland, 1997; Kounalakis et al, 2003; O'Halloran et al, 2004; Al-Qahtani et al, 2004; Schroll et al, 2004; Gruen et al, 2004; Stevanovic et al, 2005; Zailinawati et al, 2006; Hak et al, 2006; Verbeke et al, 2006; Pacheco et al, 2007; Soler et al , 2008; Feleus et al, 2008).

Na revisão da literatura sobre o uso deste índice no Brasil para estudo do perfil de morbidade da demanda na APS, foram encontrados o estudo de Radaelli et al (1990), que utilizou a primeira versão do ICPC, e o estudo de Sampaio et al (2008), que avaliou a confiabilidade interobservador do ICPC.2, concluindo por sua adequação para a codificação dos motivos de saúde que levam à interrupção de atividades de trabalho, estudo ou lazer. Os outros estudos utilizaram índices similares, baseados no CID-9 e CID-10.

#### *1.4.1 – Pesquisas de perfil de demanda em UBS*

White (1961) realizou o clássico estudo sobre a atenção médica na Inglaterra e Estados Unidos, com dados do período de 1946 a 1950. Indivíduos maiores de 15

anos foram entrevistados para avaliar se no período de um mês, sentiram-se mal ou estiveram doentes. Essa metodologia pôde refletir, assim, a definição e percepção subjetiva do processo saúde-doença, na perspectiva da população. Dentre 1.000 indivíduos entrevistados, 750 relataram apresentar sintomas ou problemas relacionados à saúde, e destes, 250 demandou por pelo menos uma consulta médica. Apenas cinco foram encaminhados para especialistas, nove para hospitais e um para hospital universitário. O restante lidou com seus próprios problemas de saúde.

Green et al (2001) realizaram um estudo semelhante nos Estados Unidos com dados de 1995 e 1996. No período de um mês, 80% dos 1.000 indivíduos entrevistados em diferentes faixas etárias relataram ter tido problemas de saúde. Destes, 113 (14,1%) consultaram um médico de atenção básica, 104 (13,0%) um especialista, 13 (1,6%) compareceram a um serviço de emergência e 8 (0,1%) foram hospitalizados.

Lebrão (1985) testou um índice internacional de motivos de consulta para a APS, proposto pela OMS, a Classificação Internacional para Assistência Primária (CIAP). Este é baseado em parte, no CID-9 e no *International Classification of Health Problems in Primary Care* (ICHPPC.2– Classificação Internacional de Problemas de Saúde para a Atenção Primária), apresentando os mesmos capítulos do ICPC.2, mas com diferentes classificações dos componentes. Os locais da pesquisa foram cinco UBS de cidades do estado de São Paulo e uma no Rio Grande do Sul. Vinte e um pesquisadores foram treinados para coletar os motivos de procura pelos serviços de saúde. Como não era objetivo da pesquisa conhecer o perfil de morbidade da população, mas testar o índice CIAP, o material coletado não tinha representatividade, participando da pesquisa todos os interessados. No entanto, a

população estudada foi grande, com 11.186 participantes, o que resultou em 16.271 motivos de atendimento. Como uma característica comum encontrada nos serviços de saúde, a proporção de mulheres foi maior (56,9%) do que em relação aos homens. Quanto à faixa etária, os menores de 15 anos constituíram a maioria, com 66,5%.

Os principais motivos da demanda foram os problemas de saúde gerais e inespecíficos (28,5%), situações ligadas ao aparelho respiratório (20,6%) e digestivo (16,3%). Quanto à distribuição destas três principais classificações em relação ao gênero, houve uma ligeira tendência para os homens, mas quanto à faixa etária, foram predominantes nas crianças e adolescentes até 15 anos e em menor proporção, nos adultos mais jovens. Quanto à caracterização das queixas, os motivos relacionados aos aparelhos neurológico e urinário foram predominantes em mulheres, seguidos de uma menor proporção de problemas ligados ao sistema circulatório. Em relação aos homens, houve um ligeiro predomínio de problemas respiratórios, de pele e digestivos (Lebrão, 1985).

Tanaka e Resenburg (1990) analisaram a utilização do serviço ambulatorial (demanda prioritariamente agendada) em uma UBS da cidade de São Paulo. Os motivos de procura pelos serviços foram investigados através de formulário próprio, antes da consulta médica, por entrevistadores treinados, em amostra sistemática dos atendimentos. Os dados foram analisados utilizando-se o CID-10. A amostra era formada principalmente por crianças até 10 anos e quanto ao gênero, por mulheres. Os principais motivos de atendimento foram problemas dos aparelhos digestivo e respiratório e problemas de saúde gerais e inespecíficos, correspondendo a 59,8% dos motivos de demanda ambulatorial. As principais queixas dentro destes grupos

foram, respectivamente, diarreia e vômito; tosse, falta de ar e dor de garganta; e febre.

Radaelli et al (1990) utilizaram o ICPC em dados de 1985 / 1986 para estudar a demanda a um serviço de saúde comunitário na periferia de Porto Alegre (RS). A metodologia incluiu os motivos de atendimentos para todos os serviços oferecidos na unidade, incluindo os procedimentos (imunização, curativos, injeções, etc), independente se por demanda espontânea ou organizada, com uma média de 1,3 razões de encontro por pessoa. Houve predomínio do sexo feminino na procura pelos serviços (67%) e quanto à faixa etária mais acometida, foi a infantil (37%). Os primeiros vinte motivos de atendimento somaram 63% dos motivos de atendimento. Fazendo-se uma nova análise das razões de encontro do referido estudo pelo ICPC.2, todos os procedimentos juntos somariam 42,40%, seguidos de problemas respiratórios com 7,5% e febre com 5,5%.

Takeda (2004) apresenta os resultados (não publicados) de um estudo de demanda ocorrido em 1999 no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição – GHC (2008), da rede SUS, em Porto Alegre, RS. O GHC é formado por uma rede de quatro hospitais e de doze postos de saúde, os quais oferecem serviço de atenção primária à saúde para aproximadamente 125 mil pessoas cadastradas, com ações de promoção à saúde, preventivas e assistenciais realizadas por equipe multiprofissional. Os motivos de consulta ocorridos durante 15 dias foram classificados pelo CID-10, em ordem decrescente de frequência: geral (23%); ginecológico (18%); digestivo (18%); respiratório (6%); pele e psicológico (5% cada); circulatório (4%); problemas sociais e metabólicos (4% cada); músculo-esquelético, urológico, neurológico e ouvidos (2% cada); e olhos, sangue e genital masculina (1% cada).

No estudo de Viegas et al (2007) em 6 UBS em Contagem, MG, foi realizada uma pesquisa qualitativa de avaliação da demanda espontânea em Agosto de 2005. O serviço é constituído basicamente por consultas médicas nas especialidades básicas, no modelo tradicional, dando cobertura a 70% da população do município. Foram totalizadas 308 entrevistas com indivíduos maiores de 18 anos, com predomínio de mulheres (80%); quanto à faixa etária, os principais grupos foram adultos jovens de 18 a 30 anos (32,8%), seguidos de idosos (19,5%). Os motivos de atendimento foram analisados conforme a demanda pelas clínicas e serviços, evidenciando uma procura de 48,8% das ações relacionadas à clínica médica e 43.6% à saúde da criança e da mulher.

Esperança et al (2006) realizaram um estudo de demanda espontânea numa USF com 3 EqSF, de uma cidade de médio porte no interior do estado de Minas Gerais. A população adstrita é em torno de 15.000 habitantes, de baixa escolaridade e baixa renda, sendo este o único serviço de saúde pública disponível. Durante um período de 2 meses, foram levantados os motivos de saúde que levaram os usuários ao acolhimento da porta de entrada da unidade, que é realizado principalmente pelo auxiliar de enfermagem. Estes foram analisados baseando-se no agrupamento em alguns sistemas orgânicos e queixas isoladas. Os principais motivos identificados foram os sintomas e agravos respiratórios (25,8%); os dermatológicos (11,0%); os gastrointestinais (10,2%); e os osteomusculares (9,1%).

Os autores referem que 88,0% das queixas respiratórias corresponderam às infecções das vias aéreas superiores (amigdalite, gripes, sinusites, rinites, com distribuição semelhante) e 12,0% às vias aéreas inferiores (com as seguintes hipóteses diagnósticas: asma, pneumonia e doença pulmonar obstrutiva crônica). Quanto às queixas dermatológicas, 28,0% foram classificadas como impetigo; 16,0%



como micoses; 15,0% como dermatites; 5,0% como escabiose e 19,0% como outras queixas. Em relação às queixas do grupo das doenças gastrointestinais, as mais importantes foram as parasitoses, que ocorreram em 49,0% de casos; a dor abdominal e a diarreia foram motivos de atendimento de 14,0% e 8,0% dos pacientes deste grupo. Quanto às queixas osteomusculares, houve uma prevalência de 36,0% de lombalgia; 16,0% de artralgia; 8,0% de cervicoalgia; e 7,0% dor a esclarecer. As demais queixas deste grupo foram bastante heterogêneas, não sendo agrupadas em nenhuma categoria.

No estudo de Mata et al (2007) sobre dor e funcionalidade na atenção básica à saúde, realizado nos anos de 2006 / 2007 em uma amostra de indivíduos com 20 anos ou mais que procuravam atendimento em uma USF no município de Natal, RN, observou-se que as dores musculoesqueléticas corresponderam a 32,0% dos atendimentos. Deste grupo, 84,37% eram pacientes do sexo feminino e a média de idade em torno de 60 anos.

A revisão da literatura sobre demanda em UBS revelou estudos com recorte predominantemente biomédico, distantes, portanto, da abordagem de integralidade da atenção focada na percepção de necessidades de saúde. Pode-se observar que estes estudos ainda não consideram suficientemente, as necessidades com base no conceito ampliado de saúde e do cuidado. Isto fornece uma dimensão dos desafios de se ampliar o ideário biomédico, seja na produção do conhecimento, seja na organização e oferta dos serviços de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Apesar de algumas EqSF registrarem sistematicamente dados demográficos e de saúde dos moradores que chegam por demanda espontânea ao acolhimento da porta de entrada, estas informações frequentemente não são analisadas. Este é o caso das equipes que integram este estudo. O mestrado profissional vem propiciar a oportunidade de trabalhar este material, tornando-o um dos subsídios das discussões do processo de trabalho com as equipes.

Fazer o diagnóstico do perfil da demanda espontânea pode ser um importante passo para aprimorar a organização do processo de trabalho das equipes, esperando-se que o processamento e a análise dos dados possam aumentar a sensibilização dos profissionais para o correto preenchimento dos instrumentos de coleta de dados.

Além disso, a avaliação do perfil demográfico, nosológico e do fluxo da demanda espontânea poderá fornecer subsídios para uma análise sobre a efetividade das EqSF estudadas, no que concerne à transformação de uma cultura comunitária que prioriza a medicalização e as ações assistenciais, em outra que se baseie na promoção de saúde, prevenção de agravos e acompanhamento regular das doenças crônico-degenerativas.

Através da apreciação deste perfil poderemos avaliar, ainda que de forma exploratória, a qualidade do acompanhamento de grupos específicos (diabéticos, hipertensos, gestantes, etc.), assumindo-se que, se bem acompanhados, estes moradores não estariam buscando a unidade através da demanda espontânea, salvo em situações excepcionais.

Com isso, espera-se que os resultados desta dissertação possam catalisar discussões com as EqSF estudadas sobre o seu processo de trabalho, etapa subsequente desta pesquisa. Ao lado disto, o estudo pode subsidiar discussões em outras equipes e incentivar a produção de conhecimento nos serviços de saúde, especialmente em UBS com ESF, de forma a contribuir para as transformações necessárias no processo de trabalho, capazes de fortalecer o acolhimento e a humanização, fundamentais no processo de consolidação da ESF.

### **3 PROBLEMA**

O problema a ser pesquisado diz respeito ao perfil da demanda espontânea que comparece no acolhimento da porta de entrada de uma USF.

A principal questão norteadora a ser investigada é: será que o perfil nosológico da demanda espontânea que comparece no acolhimento da porta de entrada desta USF é caracterizado por queixas de natureza aguda e por necessidade de cuidados / pequenos procedimentos ou por queixas de natureza crônico-degenerativa, alvo da atenção prioritária e sistemática da ESF?

Assume-se como hipótese de trabalho que, em função da adequação das ações desenvolvidas visando ao acompanhamento dos moradores portadores de queixas de natureza crônico-degenerativa, o perfil da demanda espontânea da USF é caracterizado por queixas de natureza aguda e por necessidade de cuidados / pequenos procedimentos.

## 4 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é caracterizar o perfil de utilização, demográfico e de saúde da demanda espontânea que comparece no acolhimento da porta de entrada de uma USF.

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar o perfil de utilização / fluxo dos moradores que comparecem por demanda espontânea no acolhimento da porta de entrada de uma USF quanto à frequência e média de moradores por turno da semana;
- Descrever a procedência e as características demográficas dos moradores que comparecem por demanda espontânea no acolhimento da porta de entrada de uma USF quanto à área de cadastro, sexo e idade;
- Estudar o perfil de morbidade / nosológico da demanda espontânea, considerando os motivos expressos pelos moradores no momento do acolhimento na porta de entrada de uma USF;

## 5 MÉTODOS

### 5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A presente pesquisa se localiza no campo disciplinar da organização, gestão e avaliação de serviços básicos de saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, com amostra sistemática (Medronho, 2002).

### 5.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Será estudado o perfil da demanda espontânea que comparece no acolhimento da porta de entrada de uma USF, coordenada localmente pela Coordenadoria de Área Programática (CAP) 2.2 da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), que se localiza no bairro da Tijuca, situado na zona Norte do município do Rio de Janeiro (RJ). A área adstrita desta USF tem cerca de 9.500 habitantes (GAT22, 2007), abarca uma comunidade de baixa renda, contemplada pela presença de serviços públicos (creches, escola de ensino fundamental, urbanismo, meio ambiente, assistência social, habitação, entre outros), diversas Organizações Não Governamentais (ONG) e outras entidades sem fins lucrativos. No entanto, sofre os efeitos da violência urbana característica de algumas comunidades carentes das grandes metrópoles brasileiras.

Esta USF foi implantada em Julho de 1999, com duas EqSF e duas Equipes de Saúde Bucal (EqSB). Nesta ocasião, não existia uma equipe de supervisão

específica na CAP 2.2, contando a USF com uma coordenação local. Em 2003, o PSF/PACS da CAP 2.2 passou a ser supervisionado pelo Grupo de Apoio Técnico (GAT), integrado pela pesquisadora e outros profissionais, com a função de dar suporte técnico, gerencial e administrativo, fazer avaliação diagnóstica e propiciar capacitação e educação permanente das equipes.

Em 2004, os recursos humanos foram ampliados para três EqSF - três médicos, três enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e dezoito ACS, sendo os profissionais lotados gradativamente. Foram mantidas as duas EqSB - dois dentistas, um Técnico de Higiene Dental (THD) e dois Auxiliares de Consultório Dentário (ACD). No ano de 2005, com o quadro de recursos humanos completo, a demanda por atendimento, tanto a organizada como a espontânea, foi aumentando gradativamente, comprometendo a qualidade da atenção e desorganizando o processo de trabalho, o que causou insatisfação dos profissionais e usuários. No início de 2006, após o diagnóstico deste entrave, o GAT realizou vários encontros com os profissionais das equipes para discussão do processo de trabalho na porta de entrada e os devidos fluxos, culminando, em Março deste mesmo ano, na elaboração de um protocolo pactuado entre todos os profissionais: "Protocolo de Processo de Trabalho nos módulos de PSF da CAP 2.2: porta de entrada e fluxos" (GAT 2.2, 2006).

A seguir, foi feita uma reunião com a comunidade e lideranças locais, abordando a situação do aumento da demanda espontânea. Foi apresentado um paralelo entre as proposta da ESF, os resultados esperados e a situação naquele momento da implantação da estratégia naquela USF. Foi solicitado o apoio da comunidade para que não faltassem às consultas agendadas, esclarecendo que a proposta da demanda espontânea era apenas para as situações de urgência

ambulatorial. As equipes avaliaram que a reunião teve um impacto positivo na sua relação com a comunidade.

A construção coletiva do processo de trabalho tem se mostrado rico na dinâmica de organização do serviço desta USF. O conhecimento técnico e as experiências fortalecem a responsabilização e o vínculo, qualificando o serviço e favorecendo a atuação dos profissionais enquanto sujeitos e protagonistas. Desta forma, o processo do acolhimento da demanda espontânea na porta de entrada desta USF tem sido supervisionado pelo GAT, sendo sistematicamente discutido e avaliado nas reuniões de equipe.

A partir de 2007, a implantação do processo de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) contribuiu para o enriquecimento do processo, na medida em que tem na organização da demanda espontânea pelas equipes um de seus pontos-chaves (Brasil, 2005a).

Em termos de caracterização da população adstrita, segundo levantamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) realizado pelas equipes sediadas na unidade durante o período do estudo (abril a outubro de 2006), esta população compreendia aproximadamente 5.700 menores de 20 anos, sendo 900 com idade de até 5 anos, e 3.800 com 20 ou mais anos. Em relação aos grupos de risco, havia em torno de 150 diabéticos, 1.200 hipertensos e 70 gestantes. Quanto à produção média das equipes, ocorreram mensalmente 1.120 consultas (agendadas e por demanda espontânea), sendo 900 médicas e 220 de enfermagem. Do total destas consultas, 52 foram para pré-natal, 33 para prevenção do câncer de colo uterino, 45 para diabetes mellitus e 211 para hipertensão arterial. Ao longo do período, ocorreram apenas 66 encaminhamentos para serviços especializados e 9



para serviços de urgência/emergência, que corresponderam a 7,5% e 1% do total de atendimentos (GAT 22, 2007).

Quanto à caracterização geográfica das áreas das equipes, de uma maneira simplificada, a de número 3 corresponde às 6 microáreas ao redor da USF, na parte baixa, ao nível da rua principal que atravessa o bairro da Tijuca. A de número 2 corresponde as seis microáreas distribuídas na parte mais alta do morro. Quanto à área 1, localiza-se na parte intermediária do morro, entre as áreas 3 e 2.

### 5.3 FONTE DE DADOS E POPULAÇÃO PESQUISADA

O estudo se baseou na análise documental, o mapa de acolhimento da demanda espontânea, utilizado na porta de entrada desta USF para caracterizar a clientela que comparece sem agendamento, de acordo com seu perfil de utilização, demográfico e de saúde (Quadro 1).

Este mapa de acolhimento foi implantado em Abril de 2006, sendo preenchido diariamente até Novembro de 2006, quando sua utilização foi interrompida até Outubro de 2007, pela falta do mesmo. A partir de Novembro de 2007, o uso do mapa foi retomado, sendo, no entanto, descaracterizado de sua proposta inicial, passando a ser usado apenas para registro do fluxo da clientela. Por conta desta modificação, apenas os registros relativos ao período de Abril a Outubro/2006 foram utilizados neste estudo. Os dados “1ª vez”, “subseqüente”, “procedimentos realizados” e “agendamento realizado” não serão analisados por falta de preenchimento regular.

Naquele momento de discussão do processo de trabalho, este mapa foi elaborado com a proposta de melhorar a organização do acolhimento da demanda espontânea, não havendo grande preocupação quanto à padronização dos registros. O mapa deveria ser preenchido pelo médico ou pelo enfermeiro do acolhimento, mas na prática, foi uma utilização quase que exclusiva do médico. Apenas nos últimos dois meses (setembro e outubro) há registros dos acolhimentos realizados pelos enfermeiros.

A proposta de ação no momento do acolhimento não seria o atendimento (caracterizado como procedimento / consulta), nem tampouco a conclusão do diagnóstico, mas o ato de acolher o paciente e encaminhar a situação / demanda. De forma geral, o morador poderia ser encaminhado para consulta médica ou de enfermagem no mesmo turno, ser agendado em outro turno, ser submetido a outros procedimentos que não envolvessem consulta, ou receber orientações.

#### 5.4 COLETA DE DADOS E VARIÁVEIS DE INTERESSE

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora principal. As informações que estavam faltando no mapa foram resgatadas nos prontuários. Os dados foram armazenados em banco de dados elaborado no *software* EPIINFO – versão 3.4.3 (EPIINFO, 2007).

Para caracterizar o perfil de utilização / fluxo dos moradores que comparecem por demanda espontânea no acolhimento da porta de entrada desta USF, foram selecionadas as variáveis “demanda” e “turno de acolhimento”. Para avaliar a procedência e as características demográficas destes moradores, foram

selecionadas as variáveis “área de cadastro”, “sexo” e “idade”. O diagnóstico do perfil de morbidade / nosológico desta demanda espontânea baseou-se nos motivos expressos pelos moradores no momento do acolhimento na porta de entrada da unidade, através da variável “queixa”.

## 5.5 AMOSTRA ESTUDADA

Para fins de análise, a cada indivíduo acolhido corresponde 01 registro de acolhimento. Para as variáveis relacionadas ao perfil de utilização e fluxo dos moradores foram utilizados todos os 232 turnos do período (censo). Para as variáveis relacionadas ao perfil demográfico e morbidade / nosológico, utilizou-se uma amostra dos 3.232 registros de acolhimento realizados no período. Os registros foram selecionados utilizando-se uma amostragem sistemática, realizada com o sorteio de um registro de acolhimento dentre os primeiros 14 registrados e a partir daí selecionando-se registros em intervalos constantes (de 14 em 14).

Considerando-se que o maior interesse do estudo era conhecer os principais motivos de saúde que levaram os moradores a comparecerem por demanda espontânea ao acolhimento da porta de entrada desta USF, foram utilizadas as estimativas de prevalência das doenças agudas (20%) em UBS como critério para o cálculo do tamanho amostral. Além disto, assumiu-se um erro de 25% e um nível de significância de 95%. Desta forma, o tamanho amostral previsto e alcançado foi de 230 registros de acolhimento.

## 5.6 CARACTERIZAÇÃO DOS MOTIVOS DE ACOLHIMENTO EXPRESSOS PELOS MORADORES

Para fins de análise, as queixas expressas pelos moradores serão denominadas como motivos de acolhimento. Estes foram classificados de duas formas. A primeira se baseou exclusivamente na experiência da pesquisadora principal e de duas médicas da ESF da CAP 2.2 que não atuam na unidade estudada, chegando a um consenso das classificações. A segunda utilizou o ICPC.2.

### *5.6.1 Primeiro critério: motivos de acolhimento classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF*

Nos 230 registros de acolhimento dos moradores foram expressos 299 motivos de acolhimento. Pacientes que relataram mais de um motivo foram classificados da seguinte maneira: cada classificação foi considerada uma única vez por paciente (no caso de motivos com a mesma classificação). Para fins de exemplo, um paciente que tenha relatado as queixas “dor no corpo” e “dor de cabeça” foi classificado, uma única vez, com o motivo de acolhimento “dor”. Já um paciente que tenha referido as queixas “dor de cabeça” e “pedir um atestado médico” foi classificado com os motivos de acolhimento “dor” e “procedimento”.

Para fins de análise foram selecionadas as classificações dos motivos de acolhimento que tiveram pelo menos 10 ocorrências. As classificações restantes

foram denominadas como “outros”. A relação completa deste critério de classificação encontra-se no Apêndice 1.

#### *5.6.2 Segundo critério: motivos de acolhimento classificados pelo ICPC.2*

Como apresentado no Anexo A, a estrutura de classificação do ICPC.2 apresenta dois eixos (Brasil, 2008): capítulos e componentes. Os capítulos são classificações referentes aos relatos dos pacientes e correspondem aos aparelhos / sistemas orgânicos (“circulatório”, “respiratório”, etc), aos órgãos do corpo (“olho”, “ouvido”, etc) e motivos mais amplos, tais como motivos “psicológicos” e “sociais”. Dentro de cada capítulo, os motivos podem ser classificados pelos seguintes componentes: em “sinais e sintomas”, “infecções”, “neoplasias”, “traumatismo”, “anomalias congênitas” e “outros diagnósticos”.

Cada motivo relatado pelo paciente como a causa da ida à unidade de saúde possui um código que é composto por uma letra, representando o capítulo, e dois dígitos numéricos, representando o componente. Os “procedimentos” constituem um componente geral, codificados por apenas dois dígitos numéricos, que podem ser utilizados por diversos capítulos.

Motivos classificados no mesmo capítulo receberam apenas uma classificação, podendo, no entanto, haver diferentes capítulos por morador. Quanto ao componente, a classificação foi de apenas um por morador, considerando-se o motivo mais relevante. Para fins de exemplo, um paciente que tenha relatado as queixas “dor no corpo” e “dor de cabeça” foi classificado como “músculo-esquelético” e “neurológico” (capítulo) e “sinais e sintomas” (componente). Paciente que tenha

referido “dor de cabeça” e “pedir um atestado médico” foi classificado como “neurológico” e “procedimentos” (capítulo) e “sinais e sintomas” (componente). Paciente que tenha relatado “febre” e “gripe” foi classificado como “geral e inespecífico” e “respiratório” (capítulo) e “infecção” (componente).

A relação completa deste critério de classificação encontra-se no Quadro 2.

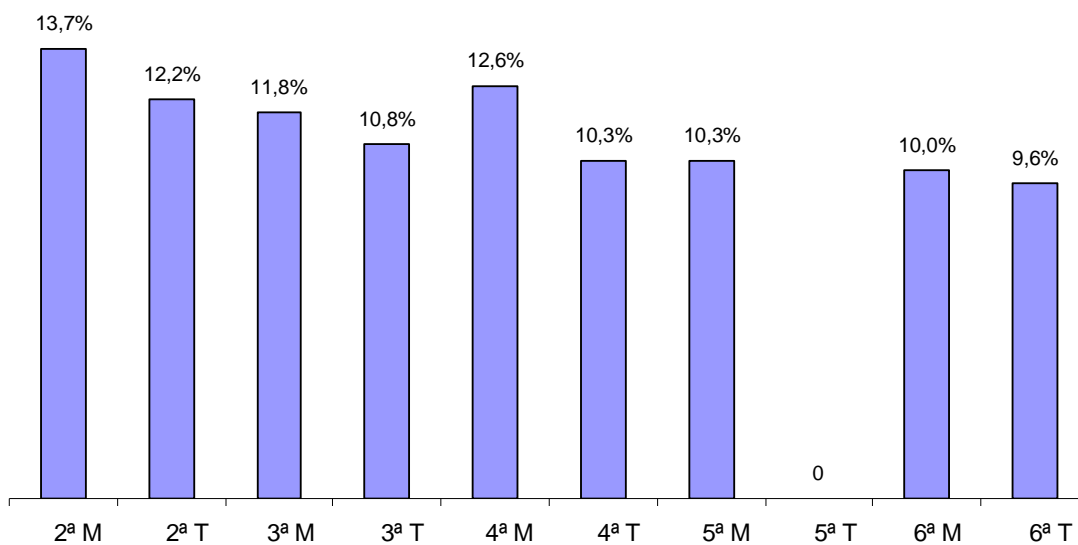
## 5.7 ANÁLISE DOS DADOS

Baseando-se no censo dos acolhimentos do período analisado, calculou-se a frequência da demanda em cada turno e dia da semana e a média e desvio padrão do número de acolhimentos por turno. Para a amostra de registros de acolhimentos, foram calculadas as frequências e IC (Intervalo de Confiança) 95% dos atendimentos de acordo com as variáveis “sexo”, “faixa etária” e “área de cadastro”. Os motivos de acolhimento tiveram suas frequências e IC 95% avaliados na amostra como um todo e de acordo com o gênero e faixa etária.

## 6 RESULTADOS

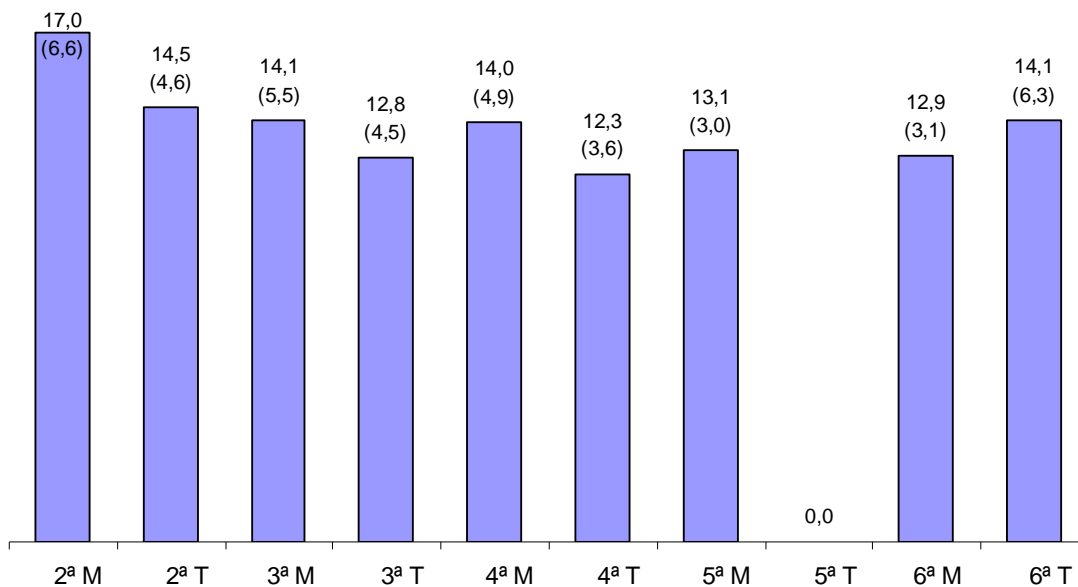
Ao se levar em consideração o momento em que os moradores procuram a unidade para atendimento sem agendamento, nota-se que esta demanda espontânea ocorre em todos os turnos, exceto nas 5ª feiras à tarde (turno destinado à reunião das equipes), sendo maior nos turnos das manhãs (57,0%) em relação às tardes (43,0%), conforme mostrado no gráfico 1. A média do número de pacientes acolhidos é de 14,3 nos turnos das manhãs e 13,4 às tardes (gráfico 2). Quanto aos dias da semana, apesar de haver procura de segunda a sexta-feira, nota-se que esta é maior nos primeiros dias da semana, em especial na segunda-feira (25,9%), com uma média de 31,5 pacientes acolhidos neste dia, sendo a média diária de 27,7.

**Gráfico 1: Distribuição dos indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com turno e dia da semana. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** turnos M (manhã) e T (tarde)

**Gráfico 2: Média e desvio padrão do número de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com turno e dia da semana. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** turnos M (manhã) e T (tarde)

Da amostra de 230 registros de acolhimento analisados em profundidade, 3 moradores tinham a idade ignorada, 1 o sexo e 1 a área, sendo os mesmos excluídos desta parte da análise dos dados. Por esse motivo, os totais nas tabelas 1 e 2 não somam 230 registros.

Na tabela 1, observa-se que a demanda espontânea da USF estudada é composta na sua grande maioria por mulheres, em relação aos indivíduos do sexo masculino. Ocorreu um predomínio dos indivíduos nas faixas etárias mais jovens de crianças até 9 anos e em adultos de 20 a 59 anos, quando comparadas com a população de adolescentes e acima de 60 anos. Quanto à área de cadastro, percebe-se nas áreas 1 e 2 uma distribuição equivalente da população e uma menor demanda da área 3.



**Tabela 1: Distribuição de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com sexo, faixa etária e área de cadastro / residência. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

Variáveis	n	%	IC 95%
<b>Sexo</b>			
Feminino	152	66,4	59,9 – 72,5
Masculino	77	33,6	27,5 – 40,1
<b>Faixa etária</b>			
Criança (0 a 9 anos)	91	40,1	33,7 – 46,8
Adolescente (10 a 19 anos)	30	13,2	9,1 – 18,3
Adulto (20 a 59 anos)	96	42,3	35,8 – 49,0
Idoso (60 + anos)	10	4,4	2,1 – 8,0
<b>Área de cadastro</b>			
1	84	36,5	30,3 – 43,1
2	84	36,5	30,3 – 43,1
3	61	26,5	20,9 – 32,7

Como podem ser vistos na tabela 2, os acolhimentos nas diferentes idades variam de acordo com sexo, área de residência e turno de atendimento. Porém, apenas a variação com relação ao sexo se mostrou estatisticamente significativa. Observa-se que, dentre os indivíduos do sexo feminino que freqüentam a unidade através de demanda espontânea, a maioria é compreendida por adultos e idosos. No entanto, em relação ao sexo masculino, há um predomínio dos indivíduos com menos de dez anos. Apesar de não ter apresentado significância estatística, nota-se certa tendência dos moradores da área 1 serem crianças e adultos e/ou idosos, da área 2 não serem adolescentes e da área 3 serem também adultos e/ou idosos. Deve-se ressaltar que apenas a área 2 apresentou mais de 20% da demanda compreendendo adolescentes. Do mesmo modo, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, parece que grande parte dos acolhimentos do turno da manhã é de adultos e/ou idosos, enquanto que boa parte do turno da tarde é composta por crianças.

**Tabela 2: Distribuição de indivíduos acolhidos por demanda espontânea na porta de entrada de acordo com sexo, área de residência e turno de atendimento, segundo faixa etária. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

Características	n	Crianças	Adolescentes	Adultos/idosos
		%	%	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	150	34,0	10,0	56,0
Masculino	76	51,9	18,4	28,9
<b>p-valor</b>				0,000
<b>Área</b>				
1	84	42,9	8,3	48,8
2	82	36,9	20,2	41,5
3	60	37,7	9,8	51,7
<b>p-valor</b>				0,155
<b>Turno de atendimento</b>				
Manhã	135	34,8	13,3	51,9
Tarde	92	47,8	13,0	39,1
<b>p-valor</b>				0,121

Com relação ao perfil de morbidade / nosológico da demanda espontânea, 169 indivíduos apresentaram 01 motivo de acolhimento, 54 apresentaram 02, 06 apresentaram 03 e apenas 01 apresentou 04 motivos. Desta forma, o total de motivos relatados foi de 299.

O primeiro critério de classificação dos motivos de acolhimento foi de acordo com a experiência de profissionais da ESF, totalizando 291 ocorrências (tabela 3). Como alguns indivíduos tiveram dois ou mais motivos, a soma total destes valores ultrapassou 100%.

Como podem ser observados nesta tabela, os principais motivos de acolhimento classificados segundo este critério foram “dor” e “febre”, que estiveram presentes, respectivamente, em 22,2% e 21,7% do total da amostra. Em seguida, vieram “procedimentos” (10,4%), “ferida” (9,1%), “gripe” (7,4%), “hipertensão arterial (HA)” (6,1%), “tosse” (5,6%) e “diarréia” (4,8%). Os demais foram agrupados como “outros” (39,1%).

Dentre os motivos classificados como “dor”, prevaleceram as “dores digestivas”, “cefaléia” e “dores músculo-esqueléticas”, que, conjuntamente, corresponderam a 74% do total de 54 motivos de atendimento pertencentes a este grupo. Dentre os motivos denominados como “procedimentos”, predominaram as solicitações de “atestados médicos” e “exames complementares”, que juntos foram responsáveis por 64,0% dos motivos deste capítulo.

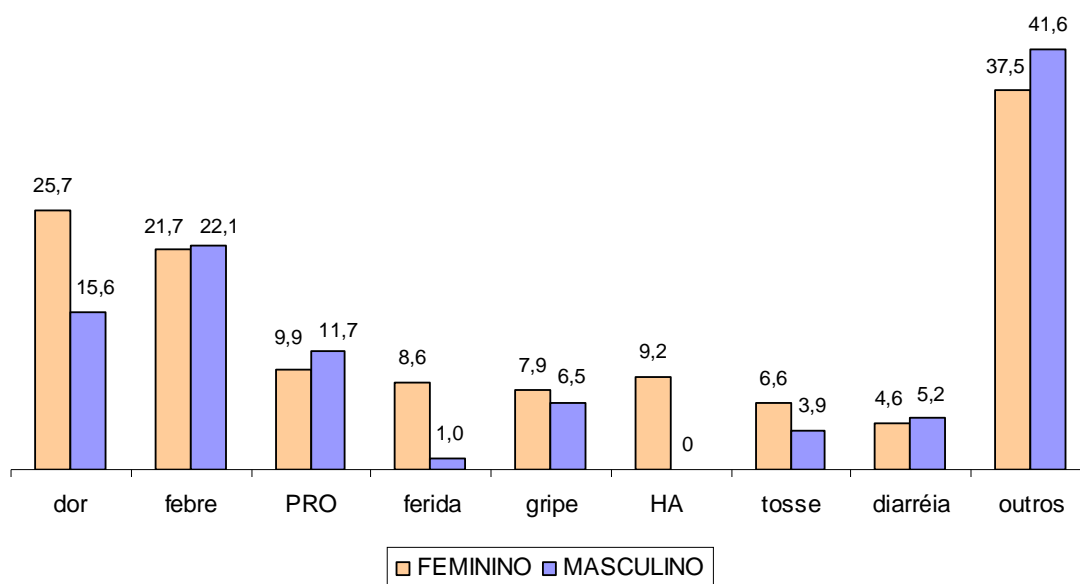
**Tabela 3: Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência dos profissionais da ESF. USF, Rio de Janeiro, RJ 2006.**

<i>Motivos de acolhimento</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>IC 95%</i>
<b>Dor</b>	<b>51</b>	<b>22,2</b>	<b>17,0 – 28,1</b>
Dores digestivas	13	5,6	-
Cefaléia	15	6,5	-
Dores músculo-esqueléticas	12	5,2	-
Dor de garganta	08	3,5	-
Outros (dor no peito, dor ouvido, dor na genitália)	06	2,6	-
<b>Febre</b>	<b>50</b>	<b>21,7</b>	<b>16,6 – 27,6</b>
<b>Procedimentos</b>	<b>24</b>	<b>10,4</b>	<b>6,8 – 15,1</b>
Atestados	08	3,5	-
Exames	08	3,5	-
Medicamento	04	1,7	-
Revisão	03	1,3	-
Outros (encaminhamento, marcar consulta)	02	0,9	-
<b>Ferida</b>	<b>21</b>	<b>9,1</b>	<b>5,7 – 13,6</b>
<b>Gripe</b>	<b>17</b>	<b>7,4</b>	<b>4,4 – 11,6</b>
<b>HA</b>	<b>14</b>	<b>6,1</b>	<b>3,4 – 10,0</b>
<b>Tosse</b>	<b>13</b>	<b>5,6</b>	<b>3,0 – 9,5</b>
<b>Diarréia</b>	<b>11</b>	<b>4,8</b>	<b>2,4 – 8,4</b>
<b>Outros</b>	<b>90</b>	<b>39,1</b>	<b>32,8 – 45,8</b>
<b>Total</b>	<b>291</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

**Legenda:** HA: hipertensão arterial

Como pode ser visto no gráfico 3, a distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF não é homogênea entre homens e mulheres. Enquanto as mulheres procuram mais a unidade do que os homens, devido, especialmente, à “dor” de diversas naturezas, “feridas” e “HA”, mas também, à “gripe” e “tosse”, os homens buscam mais o serviço para “procedimentos” e por motivos menos frequentes, classificados como “outros”. Vale destacar que nenhum homem da amostra compareceu por demanda espontânea com o motivo de “HA”.

**Gráfico 3: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

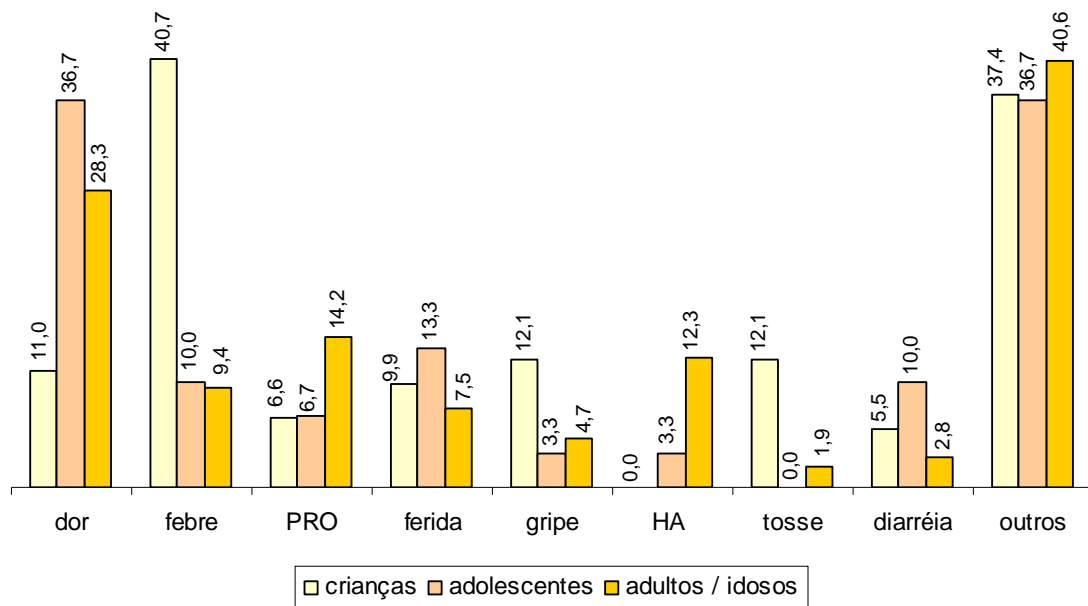


**Legenda:** PRO: procedimentos; HA: hipertensão arterial

Em termos das variações por faixa etária, nota-se no gráfico 4 um padrão bastante diferente. Enquanto a maior parte das crianças chega à unidade por motivos de “febre”, “gripe” ou “tosse”, os adolescentes buscam mais em função de “dor” e “ferida” de várias naturezas. Já entre os adultos, o maior motivo de

acolhimento foi a “dor” de diversas naturezas, sendo que a “HA” praticamente manifestou-se apenas nesta faixa etária.

**Gráfico 4: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados de acordo com a experiência de profissionais da ESF entre crianças, adolescentes e adultos / idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** PRO = procedimentos; HA = Hipertensão Arterial.

Conforme apresentado na tabela 4, os 230 registros de acolhimento geraram 290 registros de capítulos do ICPC.2. Como alguns indivíduos apresentaram dois ou mais motivos, a soma total dos percentuais ultrapassou 100%, assim como a soma dos motivos correspondentes aos capítulos “geral e inespecífico”, “respiratório”, “pele”, “digestivo” e “músculo-esquelético” também ultrapassaram o total de indivíduos com pelo menos um motivo de acolhimento em cada um dos grupos (presente em negrito na tabela).

Como se pode observar na referida tabela, dentre os principais motivos de acolhimento classificados pelos capítulos do ICPC.2, há um predomínio de “geral e inespecífico”, que foi referido por 28,3% dos pacientes, seguido de situações

relacionadas ao sistema “respiratório” (20,9%). Os percentuais relacionados à “pele” e “digestivo”, apesar de menores, também chamam a atenção.

A identificação dos motivos de acolhimento que compõem cada capítulo de ICPC.2 aponta o maior percentual na amostra estudada para “febre” (21,7% do total da amostra e 76,9% do total do capítulo “geral e inespecífico”), seguido por “ferida” (9,1% do total da amostra e 52,5% do total da capítulo “pele”). Os motivos “gripe”, “cefaléia”, “tosse” e “dores digestivas” de diversas naturezas, com percentuais menores, também merecem destaque. Os motivos “gripe”, “tosse” e “dor de garganta/ amigdalite” compõem 85,4% dos motivos classificados como “respiratório”. Os motivos “dores digestivas”, diarreia” e “vômito” correspondem a 94,1% dos motivos classificados como “digestivos”. Vale ressaltar a diversidade dos problemas de “pele”, classificados como “outros”, correspondendo a cerca de 50,0% deste capítulo.

**Tabela 4: Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada classificados de acordo com os capítulos do ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

<b>Capítulo de ICPC.2</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Geral e inespecífico</b>	<b>65</b>	<b>28,3</b>	<b>22,5 – 34,6</b>
Febre	50	21,7	
Outros (catapora, mal estar, desmaios, edema de rosto, dor peito, inchaço, hemorragia, alergia, anorexia /inapetência: < 4/motivo)	16	7,0	
<b>Respiratório</b>	<b>48</b>	<b>20,9</b>	<b>15,8 – 26,7</b>
Gripe	17	7,4	
Tosse	13	5,7	
Dor de garganta/amigdalite	11	4,8	
Outros (alergia respirtória, bronquite, catarro, rouquidão, sangramento no nariz, sinusite: < 4/motivo)	09	3,9	
<b>Pele</b>	<b>40</b>	<b>17,4</b>	<b>12,7 – 22,9</b>
Ferida (diversas partes do corpo)	21	9,1	
Outros (bolinhas no corpo, celulite face, coceira, escabiose, furúnculo, impetigo, mancha, micose, pele: < 5/motivo)	20	8,7	
<b>Digestivo</b>	<b>34</b>	<b>14,8</b>	<b>10,5 – 20,0</b>
Dores digestivas	13	5,7	
Diarréia	11	4,8	
Vômito	8	3,5	
Outros (controle e cólica RN, estomatite, prisão de ventre, verminose: < 3/motivo)	5	2,2	
<b>Procedimentos</b>	<b>24</b>	<b>10,4</b>	<b>6,8 – 15,1</b>
<b>Circulatório</b>	<b>17</b>	<b>7,4</b>	<b>4,4 – 11,6</b>
HA	14	6,1	
Outros (pés inchados, pulsação acelerada, trombose: 1/motivo)	3	1,3	
<b>Neurológico</b>	<b>17</b>	<b>7,4</b>	<b>4,4 – 11,6</b>
Cefaléia	15	6,5	
Tonteira	2	0,9	
<b>Músculo-esquelético</b>	<b>15</b>	<b>6,5</b>	<b>3,7 – 10,5</b>
Dores músculo-esqueléticas	12	5,2	
Outros (coluna, tendinite, torcicolo: < 3/motivo)	4	1,7	
<b>Outros</b>	<b>30</b>	<b>13,0</b>	<b>9,0 – 18,1</b>
<b>Total das classificações</b>	<b>290</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

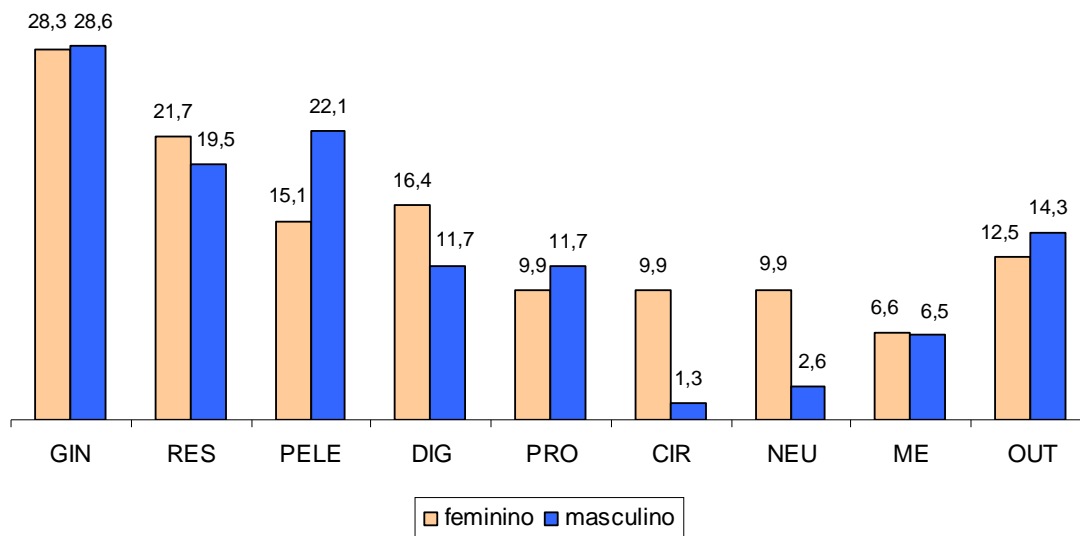
**Legenda:** HA = Hipertensão Arterial.

Como pode ser visto nos gráficos 5 e 6, a distribuição dos principais motivos de acolhimento classificados pelos capítulos de ICPC.2 também variou de acordo com “sexo” e “faixa etária”.

Apesar dos motivos classificados como “gerais e inespecíficos” predominarem em ambos os sexos, nas mulheres, estes são seguidos pelo “respiratório” e nos homens por motivos relacionados à “pele”. Ademais, nota-se que os motivos “circulatórios”, “neurológicos” e “digestivos” são mais relevantes entre as mulheres, provavelmente devido ao predomínio de “HA”, “cefaléia” e “dores digestivas”,

respectivamente. Já os motivos relacionados à “pele” são mais relevantes na população masculina. Quanto ao restante, não há diferença significativa (gráfico 5).

**Gráfico 5: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea da porta de entrada, classificados pelos capítulos do ICPC.2, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

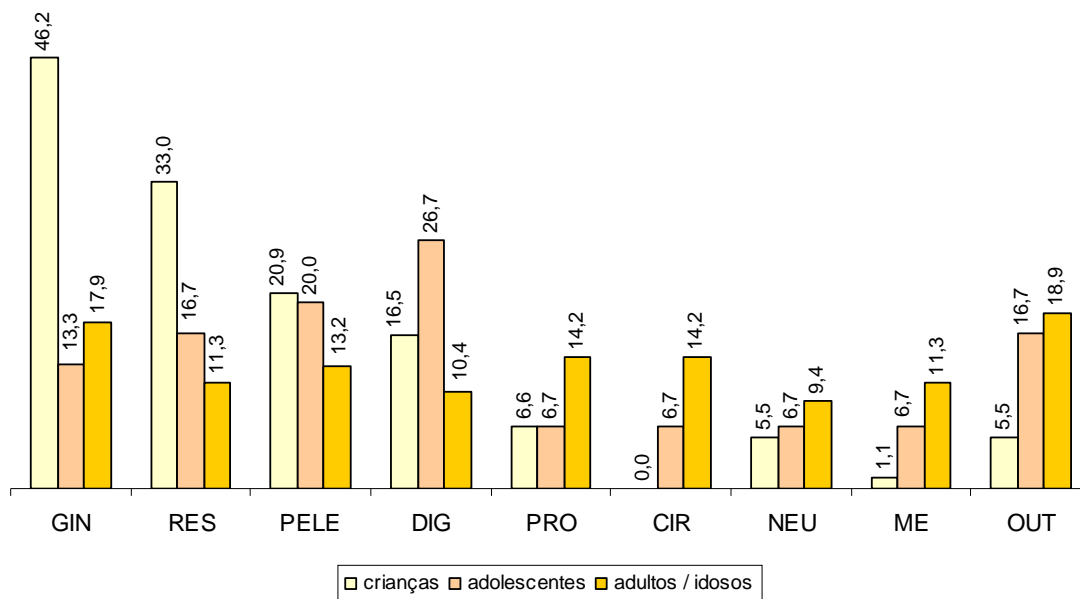


**Legenda:** GIN = Geral e inespecífico; RES = respiratório; DIG = digestivo; PRO = procedimentos; CIR = circulatório; NEU = neurológico; ME = músculo-esquelético; OUT = outros

Em relação à distribuição dos motivos de acolhimento por faixa etária (gráfico 6), nas crianças o predomínio é de “geral e inespecífico”, seguido de “respiratório”; nos adolescentes, “digestivo”, seguido de “pele”; e nos adultos, de “geral e inespecífico”, seguido em igualdade por “circulatório” e “procedimentos”. Nota-se que os motivos de acolhimento “geral e inespecífico” e “respiratório” foram mais relevantes entre as crianças; as relativas ao sistema “digestivo” entre os adolescentes; e as motivadas por agravos do sistema “circulatório”, “procedimentos” e “músculo-esquelético” nos adultos / idosos.



**Gráfico 6: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos capítulos do ICPC.2, entre crianças, adolescentes e adultos/idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** GIN = Geral e inespecífico; RES = respiratório; DIG = digestivo; PRO = procedimentos; CIR = circulatório; NEU = neurológico; ME = músculo-esquelético; OUT = outros

Dando continuidade ao segundo critério de classificação dos motivos de acolhimento, a tabela 5 apresenta os componentes do ICPC.2. Aqui também, todos os valores absolutos (n) e percentuais se referem aos indivíduos classificados em cada componente. Como alguns indivíduos tiveram dois ou mais motivos, a soma destes valores ultrapassou o total dos componentes “sinais e sintomas”, “infecções” e “outros diagnósticos”. Vale salientar que, pelo fato de nenhum paciente apresentar motivos que pudessem ser classificados pelos motivos mais relevantes (“infecção”, “outros diagnósticos” e “trauma”), foi possível manter o critério de que cada indivíduo da amostra fosse classificado por apenas um dos componentes do ICPC.2, seguidos, em ordem de relevância, por “sinais e sintomas” e “procedimentos”.

De acordo com esta tabela, a maioria dos motivos foi classificada pelo componente “sinais e sintomas” (58,7%). Em segundo lugar, destaca-se o componente “infecções” (21,7%). A identificação dos motivos de acolhimento que

compõem cada componente de ICPC.2 aponta o maior percentual na amostra estudada, segundo este critério, para “dor” (22,2% do total da amostra e 37,7% do componente), seguido por “febre” (com 18,7% do total da amostra e 31,8% do componente).

No componente “sinais e sintomas”, 69,6% dos motivos são compostos por “dor” e “febre”. Além disso, chama a atenção a grande heterogeneidade dos motivos de acolhimento classificados como “sinais e sintomas”, fazendo com que o subgrupo denominado “outros” tenha participação importante (34,8%). Dentre os motivos classificados como “infecção”, chamam atenção a “gripe” (34,0%) e a grande diversidade de motivos infecciosos, classificados como “outros” (54,0%). A “HA” é relevante neste grupo e corresponde a 66,6% do componente “outros diagnósticos”.

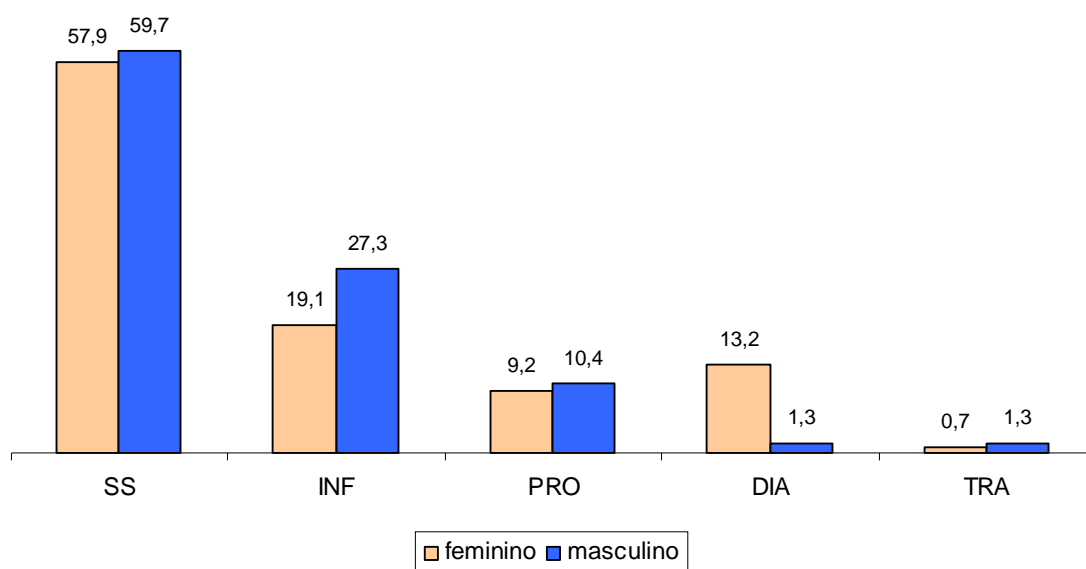
**Tabela 5: Distribuição dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

<b>Componentes de ICPC.2</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Sinais e sintomas</b>	<b>135</b>	<b>58,7</b>	<b>52,0 – 65,1</b>
Dor	51	22,2	
Febre	43	18,7	
Ferida	16	7,0	
Tosse	12	5,2	
Diarréia	11	4,8	
Outras (diversos motivos com < 8 ocorrências)	47	20,4	
<b>Infecção</b>	<b>50</b>	<b>21,7</b>	<b>16,6 – 27,6</b>
Gripe	17	7,4	
Conjuntivite	8	3,5	
Outros (escabiose, furúnculo, amigdalite, bronquite, catapora, DST, verminose, ferida infectada, celulite face, impetigo, ITU, micose, sinusite: < 5/motivo)	27	11,7	
<b>Procedimentos</b>	<b>22</b>	<b>9,6</b>	<b>6,1 – 14,1</b>
<b>Outros diagnósticos</b>	<b>21</b>	<b>9,1</b>	<b>5,7 – 13,6</b>
HA	14	6,1	
Outros (DM, torcicolo, alergia, anemia, tendinite, Trombose: < 3/motivo)	9	3,9	
<b>Trauma</b>	<b>2</b>	<b>0,9</b>	<b>0,1 – 3,1</b>
Ferida	1	0,4	
Gestante	1	0,4	
<b>Total</b>	<b>230</b>	<b>100,0</b>	

**Legenda:** DST: doenças sexualmente transmissíveis; ITU: infecção do trato urinário; HA: hipertensão arterial; DM: diabetes melitus;

Como pode ser visto no gráfico 7, cerca de 60% dos motivos de acolhimentos, tanto entre os homens como entre as mulheres, foram motivados por condições classificadas como “sinais e sintomas”. Já as infecções, apesar de ocuparem o segundo lugar tanto entre os homens como entre mulheres, têm mais relevância entre os primeiros. O componente “outros diagnósticos” é relevante entre as mulheres, provavelmente pelo predomínio da “HA” neste grupo.

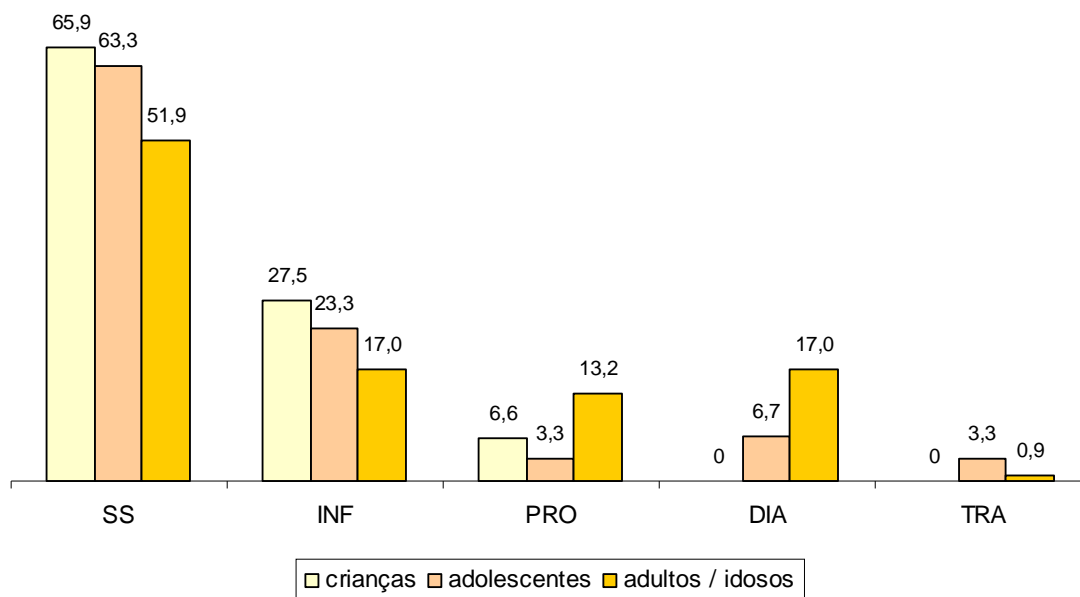
**Gráfico 7: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2, entre mulheres e homens. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** SS = sinais e sintomas; INF = infecção; PRO = procedimentos; DIA = outros diagnósticos; TRA = trauma.

Como mostra o gráfico 8, o predomínio dos motivos de acolhimento classificados como “sinais e sintomas” é observado em todas as faixas etárias, especialmente entre crianças e adolescentes. A seguir, com menor percentual, mas seguindo a mesma proporção, vêm as “infecções”.

**Gráfico 8: Distribuição percentual dos indivíduos quanto aos principais motivos de acolhimento por demanda espontânea na porta de entrada, classificados pelos componentes do ICPC.2, entre crianças, adolescentes e adultos/idosos. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**



**Legenda:** SS = sinais e sintomas; INF = infecção; PRO = procedimentos; DIA = outros diagnósticos; TRA = trauma.

## 7 DISCUSSÃO

Com propostas de territorialização, vigilância em saúde, integralidade da atenção e impacto epidemiológico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tende a se caracterizar como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, num modelo de atenção centrado na oferta organizada de ações e serviços de saúde. Uma consequência esperada neste processo é a redução gradativa das formas de organização e produção de ações de saúde voltadas exclusivamente para a demanda espontânea. É importante para o processo de trabalho e a organização do serviço, o esforço de se compatibilizar a demanda espontânea com a oferta organizada (Paim, 1999; Mattos, 2001; Franco e Merhy, 2005, Brasil, 2006b).

A oferta organizada de ações dirigidas ao controle de agravos reconhecidos como problemas locais prioritários inclui o conjunto de pacientes captados pela demanda espontânea, além da busca ativa de casos e o respectivo controle no âmbito comunitário. Ou seja, é desejável que se estabeleça uma relação dinâmica entre a demanda espontânea e a oferta organizada de acordo com o princípio da integralidade da atenção. Articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação sobre indivíduos e ambiente possibilita o controle de agravos e a proteção de grupos vulneráveis (Paim, 1999; Mattos, 2001; Franco e Merhy, 2005, Brasil, 2006b).

A própria Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) tem como um de seus fundamentos o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de atenção básica. Esta estratégia permite redirecionar o fluxo assistencial tradicionalmente mais voltado para a área hospitalar (Brasil, 1997, 2006b). Portanto, pelos dados apresentados nesta pesquisa, a primeira consideração a ser destacada é que as

(Equipes de Saúde da Família) EqSF da unidade estudada apresentaram condutas que valorizam este fundamento, ao abrir o acesso à demanda espontânea. A distribuição da demanda espontânea em todos os dias da semana, seja na parte da manhã ou na parte da tarde, apresentada nos gráficos 1 e 2, corrobora esta afirmativa. De fato, assim como sugere o Ministério da Saúde (MS) (Brasil, 1997, 2000; 2006b, 2006e), o que se notou foi um aumento considerável da demanda espontânea após a lotação completa das equipes.

Este tem se constituído em mais um desafio diário a ser enfrentado pelas equipes. Vários autores apontam diversas dificuldades que podem comprometer a estratégia, como a sobrecarga de atendimento, a dificuldade de absorver a demanda, dificuldade de interação entre os profissionais, além da formação e da prática profissionais não compatíveis com as propostas da estratégia (Ribeiro et al, 2004; Araújo e Rocha, 2007).

Num processo coletivo de organização do serviço e democratização dos saberes, os gestores locais, Grupo de Apoio Técnico (GAT), coordenaram discussões sobre o processo de trabalho com as equipes, em especial, o que concerne ao volume expressivo de demanda espontânea que se apresentava e desafiava a consolidação da estratégia. Isto culminou no protocolo pactuado entre os profissionais, que previa padronização e calibração da mesma sistemática de trabalho pelos profissionais, integração da equipe de forma interdisciplinar e valorização do trabalho em equipe, respeitando-se as especificidades de cada categoria profissional (GAT 22, 2006).

Portanto, ao se analisar o fluxo da clientela na Unidade de Saúde da Família (USF) pesquisada nos dez meses seguintes à implantação do referido protocolo, percebe-se o predomínio da demanda organizada. Considerando-se os estudos de

White (1961) e Green (2007) e a população adstrita à USF da presente pesquisa (GAT 22, 2007), seriam esperados 2.061 atendimentos médicos no período de 1 mês. Numa análise de média mensal, esta USF acolheu 462 moradores que compareceram por demanda espontânea e atendeu 1.120 por consulta agendada, totalizando uma demanda de 1.582, cerca de 25% menor do que a esperada. Partindo-se do pressuposto, conforme pactuado no protocolo de porta de entrada, de que todos que comparecessem a esta USF por demanda espontânea seriam acolhidos, o restante da demanda esperada pode ter procurado outros serviços de saúde.

Os dados também evidenciam um aumento da demanda espontânea às 2ª feiras. Esta poderia ser uma oportunidade para que as equipes se interagissem com a comunidade a fim de avaliar a situação. Este aumento provavelmente ocorre por conta da USF estar fechada nos fins de semana; no entanto, seria pelo acúmulo da demanda espontânea diária esperada e / ou também pelos hábitos e atividades que acontecem nestes dias?

Quanto ao encaminhamento para serviços especializados, a proporção de referência é pequena (7,5%) e está dentro do parâmetro internacional apontado por White (1961), Takeda (2004) e Green (2007), de 5 a 20%. Esta resolubilidade apresentada pela USF é importante para a credibilidade na ESF e pela longitudinalidade da atenção à saúde. Segundo Takeda (2004), Cecílio (2001) e Merhy (2006), a garantia de acesso às diversas tecnologias de saúde é um aspecto importante quanto ao atendimento das necessidades de saúde da população, o que pode contribuir para integrar e fortalecer a rede de serviços de saúde (Cecílio, 2001).

Em relação ao perfil demográfico da amostra estudada, assim como em estudos realizados em outros serviços de saúde, os resultados apontam para uma

razão de 2 mulheres para cada homem sendo acolhidos na porta de entrada. Já com relação à faixa etária, a maior demanda foi de crianças e adultos de 20 a 59 anos. Vários estudos demonstram o predomínio de mulheres nos serviços de saúde (Lebrão, 1985; Tanaka e Resenburg, 1990; Radaelli et al, 1990; Viegas et al, 2007). Em relação à faixa etária, alguns apontam um predomínio absoluto de crianças (Lebrão, 1985; Tanaka e Resenburg, 1990), enquanto em outros, o predomínio de crianças é mencionado, mas em menor percentual (Radaelli et al, 1990). Entretanto, há que considerar que os extratos de faixa etária nos estudos são diversificados, dificultando comparações mais precisas.

Também merece discussão o baixo percentual de idosos na amostra estudada. De posse desses resultados, as equipes poderiam reavaliar a atenção a este grupo, certificando-se do acompanhamento pelas consultas agendadas, além das visitas domiciliares. Considerando-se que a área adstrita é montanhosa, existe a possibilidade da dificuldade do acesso à USF por limitações físicas. A implantação da caderneta do idoso, como preconizado pelo MS e iniciada nesta USF em 2008, seria uma boa oportunidade de reavaliação deste acompanhamento (Brasil, 2006g).

Algumas reflexões também poderiam ser feitas em relação à maior demanda de adolescentes na área 2, que é a única situação que foge à mesma tendência das faixas etárias nas 3 áreas. Este aumento pode se dar por alguma característica peculiar aos adolescentes desta área ou por estarem de alguma maneira, mais sensibilizados a procurar os serviços de saúde.

Complementando o perfil demográfico, o mapa do acolhimento faz referência à área de cadastro / residência, o que contempla a ESF, ao se trabalhar na lógica do território. (Paim, 1999; Brasil, 1997, 2000, 2006b). As microáreas mais próximas à USF, que compõem a área 2, apresentaram uma demanda espontânea 25% menor



que as outras das áreas 1 e 3, que são mais distantes, distribuídas pelo morro. Este resultado, na perspectiva do uso do serviço, sugere a importância da área adstrita ser próxima à USF, podendo constituir-se num fator facilitador para o acesso através da demanda organizada.

De uma maneira geral, uma comparação mais profunda dos resultados da presente pesquisa com dados da literatura nacional é um pouco prejudicada devido à carência de estudos sobre o tema e à falta de padronização dos métodos e instrumentos de mensuração dos motivos de acolhimento / atendimento dos usuários, além de populações e territórios diferentes. No entanto, isto não é um fator impeditivo de discussão de resultados. Nas linhas abaixo, tenta-se estabelecer semelhanças e diferenças entre os principais resultados da pesquisa com aqueles encontrados nos dois estudos sobre o perfil de morbidade da demanda espontânea na ESF (Esperança et al, 2006; Mata et al 2007) e nos cinco realizados em UBS tradicionais (Lebrão, 1985; Radaelli et al, 1990; Tanaka e Resenburg; 1990; Takeda, 2004; Viegas, 2007).

Em relação à análise dos motivos de acolhimento nesta USF, tanto a classificação das principais queixas de acordo com a experiência de profissionais da ESF como o uso do ICPC.2 mostraram-se produtivos e relevantes. Vale ressaltar que, pelo fato do acolhimento ter sido realizado por médico em consultório (com privacidade), muitos motivos já podem ter sido registrados na forma de diagnóstico ou infecção, e não sob a forma de sinais e sintomas (exemplo: amigdalite/dor de garganta; impetigo/bolinhas na pele). Porém, esse nível de detalhamento não influenciou substancialmente a análise dos dados, pois não foi utilizado o código completo do ICPC.2, mas a análise por capítulos e categorias, dando um panorama

geral em relação aos sistemas orgânicos e destaques para os motivos mais prevalentes.

O estudo de Radaelli et al (1990) também utilizou o ICPC, mas na primeira versão e com o código completo. Os vinte motivos de maior demanda somaram 63,0% (sendo 42,4% por procedimentos), enquanto na presente pesquisa, os três principais capítulos somaram 66,6% (correspondentes aos capítulos gerais e inespecíficos, respiratório e problemas de pele). Comparando-se os resultados dos dois estudos, é possível perceber o avanço do ICPC.2 em relação ao ICPC, quando os procedimentos deixaram de fazer parte dos capítulos e passaram a constituir um grupo específico, que atende a qualquer capítulo. Esses últimos, por sua vez, ficaram exclusivos para as queixas dos pacientes relativas à doenças / sofrimentos.

Numa avaliação abrangente, o número de motivos de acolhimento / atendimento por indivíduo foi semelhante entre o presente estudo e o de Radaelli et al (1990), com 1,3; o de Lebrão (1985) apresentou uma razão de 1,45. Quanto ao principal motivo, os resultados deste estudo, o de Lebrão (1985) e o de Takeda (2004) apontam para o predomínio dos motivos gerais e inespecíficos em aproximadamente um quarto da demanda. Apesar das diversidades dos estudos, nota-se também mais queixas referentes aos capítulos gerais e inespecíficos, digestivos e respiratórios, que juntos são responsáveis por aproximadamente 60% da demanda (Lebrão, 1985; Tanaka e Resenburg, 1990; Takeda, 2004). Vale ressaltar que especificamente o estudo de Takeda (2004) apresentou também os motivos ginecológicos entre os mais predominantes, provavelmente por causa de alguma particularidade dos serviços ofertados.

Quanto à análise dos motivos por gênero e faixa etária, apenas o estudo de Lebrão (1985) forneceu esses detalhes. Houve coincidência com o capítulo

predominante, de motivos gerais e inespecíficos, de ligeira tendência para os homens e crianças. Os outros principais capítulos apresentaram divergência na tendência entre os gêneros, mesmo sendo esta pequena. Quanto à caracterização dos motivos, os problemas neurológicos e circulatórios também predominaram nas mulheres e o relativos à pele nos homens, sendo que com diferentes percentuais da presente pesquisa.

Nenhum estudo apresentou análise de dados pelos componentes do ICPC.2 que permitisse comparação. Quanto às principais queixas isoladas, houve muita diversidade entre os vários estudos, mas com certa ênfase para febre, cefaléia, diarreia, tosse e gripe. O estudo de Mata et al (2007) apresentou uma freqüência de dores músculo-esqueléticas bem maior que os demais. Este resultado pode se dar talvez pelo instrumento de coleta de dados ter sido mais apurado para identificar essas dores específicas, que era o objetivo deste estudo.

Um aspecto importante a ser mencionado é que, apesar da ESF apontar a necessidade do foco de atenção ser a família (Brasil, 1997, 2000; 2006b), a elaboração do mapa e os resultados da análise dos dados contemplam apenas a atenção ao indivíduo. Entretanto, isto não exclui por completo a possibilidade de terem sido feitas abordagens à família, considerando-se o vínculo esperado das equipes com os moradores. O mapa foi proposto para registro de queixas da demanda espontânea, havendo um predomínio do foco na doença e no sofrimento decorrente da mesma. Não há registro de desdobramentos com ações coletivas, de promoção à saúde e prevenção de agravos, tanto para esta como para outras doenças, como sugerido por Mattos (2001). Isto, no entanto, não significa que estas não tenham e / ou estejam ocorrendo. É possível que motivos de acolhimento de outras naturezas estejam chegando à unidade, que a equipe os valorize, e inclusive,

tenha proposto ações de enfrentamento, sem que isto esteja sendo registrado no mapa, apenas por não compreenderem que tais motivos seriam de interesse a um “mapa de acolhimento formal”, de uma unidade básica de saúde. A “cultura geral” que impõe a valorização exclusiva de motivos “biológicos” na atenção oferecida pelos serviços de saúde justificaria este comportamento.

Outra questão importante é que, pelo fato de não ter tido ocorrência de motivos de acolhimento classificados como “sociais” e apenas um registro de “psicológico”, também não significa que estes não existiram. Considerando-se que esses fatores são determinantes do processo saúde-doença, eles provavelmente foram relatados pelos pacientes, com base no conhecimento do território e no vínculo estabelecido pelas equipes, como é esperado na ESF. No entanto, não devem ter sido valorizados para fins de registro no mapa, dada à preocupação premente de organização do fluxo e das agendas médicas e de enfermagem.

Na perspectiva da principal questão norteadora desta pesquisa, uma visão abrangente da análise dos dados demonstra que a demanda espontânea é constituída predominantemente por queixas / motivos de saúde de natureza aguda e necessidades de cuidados / pequenos procedimentos. Isto pode ser uma evidência de que os grupos de risco (hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e idosos) estejam sendo acompanhados prioritariamente pela demanda organizada e visita domiciliar.

Quanto ao trabalho em equipe multiprofissional na ESF, a literatura aponta que na maioria das unidades, o processo de trabalho predominante é centrado no atendimento médico, com subutilização do potencial dos outros profissionais (Franco e Merhy, 2006a; Brasil, 2006d; Panizzi e Franco, 2004). A apreciação dos dados do mapa de acolhimento desta unidade se contrapõe a esta constatação na medida em

se percebe um claro comprometimento dos médicos no processo de acolhimento, fora dos consultórios, na medida em que todos os registros nos meses iniciais foram realizados pelos mesmos. Tal comportamento deve ter sido fortemente influenciado pela construção coletiva de um protocolo do acolhimento que responsabiliza a equipe como um todo por esta tarefa (GAT 2.2, 2006).

Portanto, a atuação substancial dos médicos desta USF, neste momento inicial de implantação do mapa (e do próprio protocolo de porta de entrada), pode ter contribuído de alguma forma, para uma nova visão médica de cuidado, distinguindo o acolhimento do atendimento por procedimentos, como a consulta. Em contrapartida, a atuação de uma equipe na porta de entrada, com a presença do enfermeiro, também pode ter contribuído para ampliar o referencial de atenção à saúde / atendimento que a população tradicionalmente centraliza no médico (Franco e Merhy, 2006a), para uma referência compartilhada entre o médico e o enfermeiro, mesmo que ainda com um forte enfoque assistencial. De modo geral, Conill (2008) argumenta que mudanças das práticas e da cultura popular em saúde levam um tempo para produzir impactos positivos nos serviços de saúde.

Como apontam Franco e Merhy (2006a), como as mudanças das práticas em saúde são viabilizadas pela sensibilização dos profissionais quanto aos seus valores e comportamentos, pela criação de uma nova subjetividade e valorização das relações humanas, há ainda muito por fazer. Nesta perspectiva, o foco principal de transformação parece ser o médico, considerando-se o modelo assistencial hegemônico.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na perspectiva da ESF e da PNH (Brasil, 1997, 2000; 2006b; 2006e), o processo de trabalho realizado por profissionais na porta de entrada de uma unidade de saúde inicia a relação com o usuário e influencia o seu desdobramento. Um acolhimento adequado poderá agregar qualidade à ação da equipe como um todo e ser um fator facilitador para o acompanhamento dos usuários. Esta estratégia favorece a humanização e fortalece a responsabilização e o vínculo com a comunidade. Nesta perspectiva, os esforços das equipes da USF estudada em qualificar o acolhimento da demanda espontânea na porta de entrada sinalizam para uma proposta de processo de trabalho centrado no usuário e no cuidado, numa atenção integral, como preconizam vários autores (Mattos, 2001; Franco e Merhy, 2005; Franco e Merhy, 2006a; Franco et al, 2006).

É importante ressaltar o valor da escuta das queixas dos usuários, para que não sejam descontextualizadas do território e dos aspectos psico-sociais, tendo em vista que nem todas as necessidades de saúde podem ser apreendidas apenas pelos aspectos biológicos. Além disso, a disponibilidade das equipes em atentar para as diversas necessidades é fundamental para a integralidade da atenção, podendo assim, contribuir para a melhoria das condições de saúde da população e evitar procedimentos desnecessários diante da construção social das necessidades de saúde (Mattos, 2005).

O modelo de trabalho proposto pela ESF é amplo e complexo e exige reflexões que possam contribuir no avanço da implementação do SUS. O estudo do acolhimento da demanda espontânea na porta de entrada de uma USF permite refletir e contextualizar múltiplos aspectos. Podemos citar, principalmente, o

processo de trabalho em equipe multiprofissional, a prática da integralidade, a relação entre necessidade e demanda por serviços de saúde e a relação entre oferta e acesso aos serviços de saúde. Este processo de discussão pode ser uma ferramenta importante na superação de resistências frente à mudança do modelo assistencial, presentes em profissionais de saúde e usuários.

O cuidado em saúde está cada vez mais associado ao trabalho em equipe, exigindo dos profissionais o desenvolvimento de habilidades, tais como: escuta qualificada, iniciativa, criatividade, disponibilidade interna, comprometimento, mediação de conflitos, flexibilidade de regras, negociação, empatia, ética, espírito de equipe, respeito aos diferentes saberes, decisões e responsabilidades compartilhadas, entre outros. Não existem fórmulas prontas; a atuação em problemas locais, baseada na informação e com suporte teórico, viabiliza a discussão e construção coletiva de protocolos, planejamentos, intervenções e principalmente, avaliação das ações, agregando os diversos saberes. Há de se articular o equilíbrio entre a necessidade de a equipe ser resolutiva, garantindo a execução das diretrizes do programa, e os desafios e as impossibilidades que se impõem no cotidiano.

Podem ser considerados fatores facilitadores para a consolidação da ESF na unidade pesquisada: reuniões semanais das equipes, implantação do AMQ (Brasil, 2005), reuniões com a comunidade e atuação no território com os ACS, entre outros. Estas estratégias podem propiciar um espaço de discussão para avaliação das necessidades em saúde e planejamento das ações, na perspectiva da vigilância em saúde.

Em se continuando o processo sistemático de discussão do acolhimento da demanda espontânea na porta de entrada desta USF, é esperado que os resultados

dessa pesquisa possam sensibilizar os profissionais quanto a importância, tanto da reavaliação do seu processo de trabalho, como da padronização e calibração dos registros dos motivos de acolhimento dos moradores baseado no ICPC.2. Estas condutas permitiriam a comparação dos dados no processo de monitoramento da consolidação da ESF, evidenciando os avanços conquistados e os desafios a serem superados.

Apresentar os resultados da presente pesquisa à comunidade poderá oferecer também uma nova oportunidade de interação entre as equipes e a população, viabilizando discussões sobre a organização do serviço (compromisso com o agendamento, proposta de ações coletivas, fluxo da demanda espontânea, entre outros). Acreditamos que a identificação de necessidades de saúde predominantes e / ou prioritárias, passíveis de intervenções por ações de promoção e prevenção, poderá contribuir para reduzir a demanda espontânea por consultas médicas.

Vários autores valorizam a participação comunitária no processo de decisão da organização dos serviços (Mattos, 2001; Paim, 2003) e no desenvolvimento da co-responsabilidade de todos, para fortalecer a autonomia e autocuidado (Cecílio, 2001; Merhy, 2006). Ademais, o processo de negociação entre equipes de saúde e população é importante para se identificar situações não relacionadas com a atenção à saúde, já que outras necessidades podem estar por trás de uma demanda por consulta. (Camargo Jr, 2005). Além disso, conhecer o grau de satisfação do usuário quanto ao serviço oferecido possibilitará identificar e avaliar os impactos produzidos na população, quanto a sua percepção do processo saúde-doença e do modelo de atenção, subsidiando futuras pesquisas.



Assim sendo, os resultados encontrados atendem aos objetivos da pesquisa, e respondem à questão norteadora. A confirmação da hipótese de trabalho não contradiz as propostas da ESF e dos estudos encontrados na literatura, quanto ao perfil esperado de demanda espontânea na ESF e a garantia de acesso no sistema de saúde pela atenção primária, em especial nos casos de queixas de natureza aguda e por necessidades de cuidados ou pequenos procedimentos. A baixa frequência de moradores portadores de queixas de natureza crônico-degenerativas na demanda espontânea sugere acompanhamento de forma planejada e organizada pelas equipes nesses aspectos.

No entanto, algumas reflexões poderiam nortear futuras pesquisas. Estariam os pacientes portadores de queixas de natureza crônico-degenerativas também se tratando em hospitais e policlínicas especializadas? Por quais motivos? Vínculos já estabelecidos e / ou garantia de medicamentos, entre outros? Esta questão nos remete a uma reflexão mais ampla: a rede de saúde. A implantação da ESF não é suficiente por si só para reorganizar o modelo de atenção, redirecionando o fluxo da demanda para a atenção primária. São fundamentais a integração da rede; a produção, o acesso e a análise da informação; e a apresentação das condições do sistema de saúde aos profissionais. O comprometimento das equipes de saúde em todos os níveis de atenção e a participação popular potencializam este processo, fortalecendo a descentralização da gestão e aproximando a tomada de decisão dos atores envolvidos.

Quanto às contribuições desta pesquisa, consiste num grande desafio a capacidade de sensibilizar as equipes, não só quanto à utilização dos resultados na reflexão do seu processo de trabalho, mas também a aderência a um índice internacional específico da atenção primária para o diagnóstico em saúde (ICPC.2).

Este, apesar de estar disponível no endereço eletrônico do Telessaúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2008), ainda é pouco encontrado na literatura de pesquisas em saúde no Brasil. Acredito que esta sensibilização tenha possibilidade de ser bem sucedida caso seja conduzida no esforço de construir um objeto comum de forma interdisciplinar e integrada, na perspectiva da prática do cuidado e da atenção integral.

Quanto às possibilidades de implantação de novas ações em saúde, a educação permanente, além de ser uma política do Ministério da Saúde faz parte da própria ESF. O uso da problematização como ferramenta pedagógica, para a discussão e construção coletiva do processo de trabalho, além do vínculo e da responsabilização, podem ser estratégias facilitadoras para subsidiar a tomada de decisão e viabilizar a implantação de novas ações em saúde pelas equipes estudadas.

Portanto, o estudo do perfil demográfico e de morbidade da demanda espontânea de uma USF tem possibilidade de oferecer um diagnóstico situacional, permitindo reflexões acerca do processo de trabalho das equipes em função das necessidades apresentadas pela população adstrita. Os resultados do presente estudo quanto aos motivos de acolhimento por demanda espontânea refletem as necessidades em saúde na perspectiva da população.

Conforme assinalado na apresentação desta dissertação, esta pesquisa faz parte de um projeto maior, onde também seria analisado, de forma qualitativa, o acolhimento na perspectiva das equipes de saúde, a fim de se traçar um panorama mais abrangente das necessidades que emergem da demanda espontânea. Portanto, a escuta dos profissionais será a próxima etapa deste estudo.

## REFERÊNCIAS

AL-QAHTANI, A.H.; AL-QAHTANI, D.A. Utilization of diagnostic services in the primary care. **Saudi Med J**, Riyadh, v. 25, n. 12, p. 1845-1848, Dec, 2004.

ARAÚJO, M; ROCHA, P. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v 12, n. 2, Mar/Apr, 2007. Disponível em:  
<[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=258](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=258)>. Acesso em 03/02/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**, Brasília: Ministério da Saúde, 37p, 1997. Disponível em:  
< [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em 03/02/2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**; Organizador Milton Menezes da Costa Neto (Cadernos de Atenção Básica n 1), Brasília: Ministério da Saúde, 44p, 2000.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade, Qualificação da Estratégia Saúde da Família**, (resumo executivo), Brasília: Ministério da Saúde, 11 p, 2005a. Disponível em:  
<[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/resumo\\_executivo\\_site.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/resumo_executivo_site.pdf)>. Acesso em: 09/03/2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, Instrumento nº 2, Coordenação Técnica das Equipes**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, p 2-3. Disponível em:  
<[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento\\_2.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento_2.pdf)>. Acesso em: 09/03/2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, Instrumento nº 4, Consolidação do modelo de atenção**, Brasília: Ministério da Saúde, 2005c, p. 1-4. Disponível em:  
<[http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento\\_4.pdf](http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/Home/pdf/instrumento_4.pdf)>. Acesso em: 09/03/2008.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, Divulga o Pacto pela Vida – **Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Brasília: Ministério da Saúde, 23p, 2006a. Disponível em:  
<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 03/02/2008.

\_\_\_\_\_ Ato Portaria nº 648/GM, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e PACS. **In: Série, Pactos pela Saúde 2006, Volume 4**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, p. 7 – 51. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 03/02/2008.

\_\_\_\_\_ Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada de assistência à saúde. **In: Série, Pactos pela Saúde 2006, Volume 5**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, p. 7 – 20. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/05.pdf>>. Acesso em: 03/02/2008.

\_\_\_\_\_ Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. **Documento base para gestores e trabalhadores da saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 52p, 2006d. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/DB_PNH.pdf)>. Acesso em 03/02/2008.

\_\_\_\_\_ Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 44p, 2006e. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS\\_PNH.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf)>. Acesso em 03/02/2008.

\_\_\_\_\_ Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Consolidado histórico de cobertura da Saúde da Família. **Agentes Comunitários de Saúde, Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal, em atuação – competência Dezembro/2006**. 1p, Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico\\_2006.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/abnumeros/historico_2006.pdf)>. Acesso em: 09/03/2008.

\_\_\_\_\_ Portaria nº 2.528/ GM, de 19 de outubro de 2006, aprova a **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006g. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em: 02/12/2008.

\_\_\_\_\_ **Programa Nacional de Telessaúde/Atenção Primária à Saúde** Disponível em: <[http://www.telessaudebrasil.org.br/doc/ICPC\\_2\\_Portugues.pdf](http://www.telessaudebrasil.org.br/doc/ICPC_2_Portugues.pdf)>. Acesso em 03 / 02 / 2008.

CAMARGO JR, K.R. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Constituída. **In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. 1ed, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 91 – 101.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos e gerenciar trabalho em equipes de saúde. **In: MEHRY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229 – 266.

**Carta de Ottawa:** Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 03/02/2008.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001, p. 113 – 120.

CID-10 – **Classificação internacional de doenças**. OMS – Organização Mundial de Saúde, 1989. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 02 / 12 / 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.

ESPERANÇA, A. C.; CAVALCANTE, R. B. e MARCOLINO, C. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil. **Remex: Revista Mineira Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 30-36, jan. 2006. Disponível em: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-27622006000100006&lng=es&nrm=iso](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622006000100006&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em: 01/10/2008.

**EPIINFO**, 2007. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/epiinfo/downloads.htm>>. Acesso em: 01/12/2007.

FELEUS, A.; BIERMA-ZEINSTRA, S.M.; MIEDEMA, H.S.; BERNSEN, R.M.; VERHAAR, J.A.; KOES, B.W. Incidence of non-traumatic complaints of arm, neck and shoulder in general practice. **Man Ther**, Edinburgh, v. 13, n. 5, p. 426-433, Oct, 2008.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. 1ed, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 181 – 193.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um Programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed, São Paulo: Hucitec, 2006a, p. 55 – 124.

\_\_\_\_\_ O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da Unicamp. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ed, São Paulo: Hucitec, 2006b, p. 139 – 141.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed, São Paulo: Hucitec, 2006, p. 37 – 54.

GAT 22 – Grupo de Apoio Técnico do PSF da CAP 2.2

\_\_\_\_\_ **Protocolo de Processo de Trabalho nos módulos de PSF da CAP 2.2: porta de entrada e fluxos**. Mar, 30p, 2006.

\_\_\_\_\_ **Relatório de atividades 2006**. 20p, 2007.

GHC – Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=4&idRegistro=3721>>. Acesso em: 02 / 12 / 2008.

GIOVANELLA, L e MENDONÇA, M. H. M. Atenção Básica/Atenção Primária em saúde. A ser publicado em: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Mimeo (2007).

GREEN, L. A.; YAWN, B. P.; LANIER, D.; DOVEY, S.M. NOVO, W. The ecology of medial care revisited. **N. Engl. J. Med.**, England, v. 344, n. 26, p. 2021-5, Jun, 2001. Disponível em: <<http://www.fm.usp.br/cedem/did/atencao/ecology.pdf>>. Acesso em: 01/10/2008.

GRUEN, R.L.; KNOX, S.; BRITT, H.; BAILIE, R.S. The Surgical Nosology In Primary-care Settings (SNIPS): a simple bridging classification for the interface between primary and specialist care. **BMC Health Serv Res**, London, v. 4, n. 1, p. 8, May, 2004.

HAK, E.; ROVERS, M.M.; KUYVENHOVEN, M.M.; SCHELLEVIS, F.G.; VERHEIJ, T.J. Incidence of GP-diagnosed respiratory tract infections according to age, gender and high-risk co-morbidity: the Second Dutch National Survey of General Practice. **Fam Pract**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 291-294, Jun, 2006.

JAMOULLE, M.; ROLAND, M. The WONCA Classification Committee, 1972-1997, 25 years in the service of family practice. 1997. Disponível em: <<http://www.ulb.ac.be/esp/wicc>>. Acesso em: 03/02/2008.

KOUNALAKIS, D.K.; LIONIS, C.; OKKES, I.; LAMBERTS, H. Developing an appropriate EPR (Eletronic Patient Record) system for the Greek primary care setting. **J Med Syst**, New York, v. 27, n. 3, p. 239-246, Jun, 2003.

LEBRAO, M. L. Classificação internacional de motivos de consulta para assistência primária: teste em algumas áreas brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 19, n. 1, Feb. 1985. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101985000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101985000100008&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 01/10/2008.

MATA, M. S. Costa, F. A.; Souza, T. O.; Mata, A. N. S.; Pontes, J. F. Dor e funcionalidade na atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 0720/2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=1459](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1459)>. Acesso em: 01/10/2008.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. Rio de Janeiro: IMS: ABRASCO, 2001, p. 39 – 64.

\_\_\_\_\_. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. **Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos**. 1 ed, Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005, p. 33 – 46.

MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2002.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed, São Paulo: Hucitec, 2006, p. 20 – 21.

O'HALLORAN, J.; MILLER, G.C.; BRITT, H. Defining chronic conditions for primary care with ICPC.2. **Fam Pract**, Oxford, v. 21, n. 4, p. 381-386, Aug, 2004.

PACHECO, P. B.; LIZANA, C. P.; CELHAY, S. I.; PEREIRA, Q. J. Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. **Rev Med Chil**, Santiago, v. 135, n. 6, p. 751-758, Jun 2007.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: Rouquayrol, MZ e ALMEIDA FILHO, N. (org) **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed.Medsa, 1999, p. 473 – 487.

PAIM, J. S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 8, n 2, p. 557 – 567, 2003.

PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do Acolher Chapecó: reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T.B.; PERES, M.A.A.; FOSCHIERA, M.M.P.; PANIZZI, M. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho**. 1 ed, São Paulo: Hucitec; Chapecó, SC: Prefeitura Municipal, 2004, p. 79 – 110.

RADAELLI, S. M.; TAKEDA, S. M. P.; GIMENO, L. I. D.; WAGNER, M. B.; KANTER, F. J.; MELLO, V. M.; BORGES, J. C.; DUCAN, B. B. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, June 1990. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000300010&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 01/10/2008.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar/abr, 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=e&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200011&lng=e&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 03/02/2008.

SAMPAIO, M. M. A.; COELI, C. M.; MIRANDA, N. N.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; CHOR, D.; LOPES, C. S. Confiabilidade interobservador da Classificação Internacional de Cuidados Primários. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 536-541, 2008.

SCHROLL, H.; STOVING, H.; HOUMAND, A.; KRAGSTRUP, J. Estimating incidence and prevalence of episodes of care in general practice. **Scand J Prim Health Care**, Oslo, v. 22, n. 1, p. 60-64, Mar, 2004.

SOLER, J.K.; OKKES, I.; WOOD, M.; LAMBERTS, H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. **Fam Pract**, Oxford, v. 25, n. 4, p. 312-317, Aug, 2008.

STEVANOVIC, R.; TILJAK, H.; STANIC, A.; VARGA, S.; NOT, T.; JOVANOVIC, A. ICPC-2-international classification of primary health care and its application in Croatian health care. **Acta Med Croatica**, Zabreg, v. 59, n. 3, p. 267-271, 2005.

TAKEDA, S. M. P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan B. B., Schmidt M. I., Giugliani E. et al. (Org.). **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária**. 3 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 2003, p. 76-87.

TANAKA, O. Y.; RESENBURG, C. P. Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da Secretaria da Saúde do Município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 1, Feb. 1990. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101990000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101990000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01/10/2008.

VERBEKE, M.; SCHRANS, D.; DEROOSE, S.; DE MAESENEER, J. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR (Electronic Patient Record) of the GP (General Practice). **Stud Health Technol Inform**, Amsterdam, 124, p. 809-814, 2006.

VIEGAS, A. M.; MEIRIELE, T. A.; MARÍLIA, A. Demanda de usuários em unidade básica de saúde sem estratégia de saúde da família – Contagem-MG. **Interseção**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 33-50, out. 2007. Disponível em: <<http://www.saocamilo-mg.br/publicacoes/artigos/artigo04.pdf>>. Acesso em: 01/10/2008.



WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N. Engl. J. Med.** 265:885-92, 1961. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/pagerender.fcgi?artid=2359390&pageindex=1>. Acesso em: 02 / 12 / 2008.

ZAILINAWATI, A.H.; TENG, C.L.; KAMIL, M.A.; ACHIKE, F.I.; KOH, C.N. Pain morbidity in primary care - preliminary observations from two different primary care settings. **Med J Malaysia**, Singapore, v. 61, n. 2, p. 162-167, Jun, 2006.

## APÊNDICE A

**Classificação, segundo a experiência de profissionais da ESF, dos motivos expressos pelos moradores que comparecem por demanda espontânea no acolhimento da porta de entrada. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.**

- “dor” - categorizada para os seguintes motivos de acolhimento: cefaléia, dor abdominal, dor articular, dor baixo ventre, dor de barriga, dor de garganta, dor de ouvido, dor lombar, dor nas pernas, dor nas costas, dor nas costas e peito, dor nas partes íntimas, dor no corpo, dor no estômago, dor no peito, dor pé da barriga, dor pélvica, dor coluna lombar, dor no pescoço, dor no corpo; nesta categorização, excetuando a cefaléia, foi considerado o registro da palavra “dor”;

- “febre”

- “procedimentos” - categorizado para os seguintes motivos de acolhimento classificadas pelo ICPC.2 (descrito no segundo critério): medicamento, resultado exame, marcar consulta, revisão, alta de atestado, encaminhamento, declaração de saúde, pedido exame, atestado médico;

- “ferida” - categorizada para os seguintes motivos de acolhimento: ferida, ferida infectada, ferida infectada cotovelo esquerdo, ferida no nariz, ferida no pé, ferida no rosto, ferida por queda, feridas e coceira nas pernas, feridas MMII, feridas na boca, feridas na cabeça, feridas na mão, feridas na pele, feridas na perna, feridas no corpo com coceira, feridas na cabeça; nesta categorização, foi considerado o registro da palavra “ferida”;

- “gripe” - categorizada para os seguintes motivos de acolhimento: resfriado, estado gripal, gripe;

- “HA” - categorizada para seguintes motivos de acolhimento: HA, PA alta;

- “tosse”

- “diarréia”

- “outros”: o restante

**Quadro 1** – Mapa de Acolhimento USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Nº	NOME	MATR.	A	MA	SX	ID	1ª X	SQ	QUEIXAS	DEM	PRO	AG M / E	RESP PE

**Legenda:**

Nº = ordem de chegada no acolhimento por turno;

NOME = nome do morador;

MATR = Nº do prontuário;

A= Área de cadastro;

MA = Microárea de cadastro;

SX = Sexo;

ID = Idade;

1ª X = primeira vez

SQ = sub-sequente

QUEIXAS = queixas apresentadas pelo morador;

DEM = demanda (P: pediatria; G: ginecologia; D: dermatologia; CM: clínica médica; DST: camisinha)

PRO = procedimentos realizados (consulta médica; consulta de enfermagem; curativo; glicemia capilar; medicação; nebulização; PA; orientação)

AG M / E = agendamento para outro turno para médico ou enfermagem

RESP PE = Responsável pela porta de entrada;

OBS: a data é colocada na primeira linha;

**Quadro 2:** Classificação dos motivos de acolhimento dos moradores que compareceram por demanda espontânea na porta de entrada, de acordo com os capítulos e componentes de ICPC.2. USF, Rio de Janeiro, RJ, 2006.

Capítulos / Componentes	Procedimentos	Sinais e sintomas	Infecções	Outros diagnósticos	Trauma	Neoplasias	Anomalias congênicas
<b>Procedimentos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. atestados</li> <li>. encaminhamento</li> <li>. exames</li> <li>. marcar consulta</li> <li>. medicamento</li> <li>. revisão</li> </ul>						
<b>A. Geral e Inespecífico</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. anorexia?</li> <li>. desmaio</li> <li>. dor no peito</li> <li>. febre</li> <li>. hemorragia</li> <li>. inapetência</li> <li>. inchaço/edema</li> <li>. mal estar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. catapora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. alergia</li> </ul>			
<b>B. Sangue, Sistema Hematopoiético Linfático, Baço</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. íngua</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. anemia</li> </ul>			
<b>D. Digestivo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>. cólica do RN</li> <li>. diarréia</li> <li>. dor (abdominal, barriga, estômago, pé da barriga)</li> <li>. estomatite</li> <li>. ferida na boca</li> <li>. gastrite</li> <li>. prisão de ventre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. verminose</li> </ul>				

Capítulos / Componentes	Procedimentos	Sinais e sintomas	Infecções	Outros diagnósticos	Trauma	Neoplasias	Anomalias congênicas
		. vômito					
<b>F. Olho</b>		. Lacrimejamento	. conjuntivite				
<b>H. Ouvido</b>		. dor de ouvido . problema/ouvido					
<b>K. Circulatório</b>		. pés inchados . pulsação acelerada		. PA alta . HA . trombose			
<b>L. Músculo-esquelético</b>		. coluna . dor (diversas partes do corpo)		. tendinite . torcicolo			
<b>N. Neurológico</b>		. cefaléia . tonteira					
<b>P. Psicológico</b>		. crise de nervo					
<b>R. Respiratório</b>		. catarro . dor de garganta . rouquidão . sangramento/nariz . tosse	. amigdalite . bronquite . gripe (resfriado, estado gripal) . sinusite	. alergia (respiratória)			
<b>S. Pele</b>		. coceira . feridas (diversos locais da pele) . mancha . pele	. celulite . escabiose . ferida/infectada . furúnculo . micose		. ferida por queda		
<b>T. Endócrino /</b>				. DM			

Capítulos / Componentes	Procedimentos	Sinais e sintomas	Infecções	Outros diagnósticos	Trauma	Neoplasias	Anomalias congênitas
<b>Metabólico e Nutricional</b>							
<b>U. Urinário</b>		. queimação/ urinar		. ITU			
<b>W. Gravidez, Parto e Planejamento Familiar</b>		. gestante			. gestante trauma		
<b>X. Genital Feminino</b>		. consulta (de ginecologia) . dor (BV, partes íntimas) . metrorragia . nódulo seio					
<b>Y. Genital Masculino</b>		. inflamação pênis		. DST			
<b>Z.Problemas Sociais</b>							

**Legenda:** DM: Diabetes Melitus; ITU: Infecção do trato urinário; DST: Doenças sexualmente transmissíveis; RN: Recém-nato; PA: Pressão arterial; HÁ: Hipertensão arterial.