

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE MEDICINA

**MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA:
REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA DEMANDA E FORMA DE UTILIZAÇÃO DO
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE, BRASIL**

Carmen Luiza Corrêa Fernandes

Orientador: Profa. Dra Daniela Knauth

Porto Alegre, junho de 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA**

**MESTRADO PROFISSIONAL EM EPIDEMIOLOGIA:
REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO À SAÚDE**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**ANÁLISE DA DEMANDA E FORMA DE UTILIZAÇÃO DO
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE, BRASIL.**

Carmen Luiza Corrêa Fernandes

Orientador: Prof. Dra. Daniela Knauth

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Fernandes, Carmen Luiza Corrêa

ANÁLISE DA DEMANDA E FORMA DE UTILIZAÇÃO DO
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE, BRASIL /
Carmen Luiza Corrêa Fernandes. -- 2013.

68 f.

Orientadora: Daniela Knauth.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2013.

1. demanda e utilização do serviço
multiprofissional. 2. atenção primária. 3.
hiperutilizador. 4. serviço de saúde comunitária. 5.
Porto Alegre. I. Knauth, Daniela, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Professores externos ao PPG

Prof. Dr. Juvenal Dias da Costa.

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia / Universidade Federal de Pelotas.

Profa. Dra. Gisele Alsina Nader Bastos

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Professores do PPG

Prof. Dr. Sérgio Antônio Sirena

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia : Redes de Atenção à Saúde/
Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Grupo Hospitalar Conceição.

Ao Eduardo, meu marido, pela parceria em todos nossos projetos de vida. Aos meus filhos, Mariana e Gustavo, razão e consequência da busca constante para me tornar um ser humano melhor. À Cecé, pela amizade e exemplo na busca de realização dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao **Grupo Hospitalar Conceição**, nas pessoas da gerente do Serviço de Saúde Comunitária, **Dra. Claunara Schilling Mendonça** e do assistente de coordenação, **Sr. Olir Antônio Citolin**. Ao **Dr. Rui Flores**, pelo apoio e disponibilidade na utilização do banco de dados do Setor de Monitoramento e Avaliação do Serviço de Saúde Comunitária, fundamentais na elaboração do presente trabalho.

Sou imensamente grata pela confiança que as **Unidades de Saúde Barão de Bagé** e **SESC** em mim depositaram, permitindo o conhecimento sobre seus processos de trabalho. Aos meus colegas da **Unidade Barão de Bagé** que souberam me dar o apoio necessário.

O trabalho competente e a disponibilidade da prof^a **Maria do Horto** e da estatística **Vânia Hirakata** foram indispensáveis na elaboração desta dissertação, razão pela qual não poderia deixar, igualmente, de agradecer.

Ao grupo dos quatro, com quem tive a honra de compor a autoria da Oficina para Formar Preceptores em Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de medicina de família e Comunidade do Ministério da Saúde, **Dr José Mauro C. Lopes**, **Dr Luis Felipe C. Mattos (In memoriam)** e **Dra Lêda Dias Chaves** uma gratidão e o exemplo de um sonho coletivo.

Gostaria de agradecer de maneira muito especial a **Silvia Tramontini**, **José Carlos Pazetto**, **Neli Borba**, **Laura Dias da Costa**, **Lena de Lima**,

Gustavo Grandini e Luis Pascal pela parceria fraterna nos momentos de sobrecarga naturais deste trabalho. Quero agradecer ainda, àqueles que através da sua amizade e respeito me colocaram nas suas vidas no papel de preceptora, representados por **Ana Paula Zanella, Camila Giuliani, Elisa Furaste, Gustavo Gusso, Juliane Bombardelli, Liliane Maria Bertolini, Luis Fabiano Ramos, Marcelo Gonçalves, Michel Duncan e Patrícia Lichtenfels.**

E finalmente, agradecer a **Lêda Chaves Dias**, minha irmã por escolha, grande responsável pelo meu êxito nessa jornada.

Agradeço de maneira muito especial à minha orientadora **Profa. Dra. Daniela R. Knauth.**

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	7
RESUMO.....	8
ABSTRACT	10
1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 INTRODUÇÃO	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	18
3.1 O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA.....	23
4 OBJETIVOS	27
4.1 OBJETIVO GERAL.....	27
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
5 REFERÊNCIAS.....	28
6 ANÁLISE DA DEMANDA E FORMA DE UTILIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PORTO ALEGRE, BRASIL	35
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
ANEXO A – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO	65
ANEXO B – PLANILHA DE ATENDIMENTO	66
ANEXO C – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS: LETRA Z .	67
ANEXO D – FLUXOGRAMA DOS RESULTADOS	68

ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

BA – Boletim de Atendimento

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas

Relacionados à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SSC-GHC – Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

SUS – Sistema Único de Saúde

RESUMO

O sistema de saúde vem se transformando pressionado por mudanças sociodemográficas, políticas e econômicas. Essas modificações impõem aos gestores a necessidade de conhecer de maneira particularizada o perfil de demandas da população usuária. Neste contexto, o presente estudo tem por objetivo identificar o padrão e as características de utilização de um serviço de atenção primária à saúde a nível ambulatorial. Como objetivos específicos buscou-se traçar o perfil sociodemográfico dos usuários de unidades de APS, avaliar os motivos das consultas, identificar o tipo de atendimento utilizado e a categoria profissional responsável pelo atendimento, avaliar a relação das consultas com as ações programáticas desenvolvidas nos serviços de saúde e identificar a associação entre a vulnerabilidade da área de moradia e os motivos de consulta.

Foi realizado um estudo transversal com dados retrospectivos do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC-GHC). A fonte primária foi o Boletim de Atendimento(BA), emitido para cada consulta efetuada no período de 1/01/2011 a 31/12/2011.

O total de consultas avaliadas foi de 34.014 realizadas em duas unidades da Zona Norte de Porto Alegre por profissionais de nível superior de diferentes categorias profissionais.

. A fonte primária do banco de dados foi o BA, emitido para cada atendimento ambulatorial.

A análise dos dados foi feita com o programa estatístico SPSS versão 18.0. A análise descritiva respeitou as características e a distribuição das variáveis. As variáveis contínuas e com distribuição normal foram descritas por

meio da média e desvio padrão e as variáveis contínuas e sem distribuição normal foram apresentadas como mediana (intervalo interquartil). As variáveis categóricas foram descritas como números absolutos.

O número total de consultas efetivadas foi de 34.014, realizadas por 5.033 pessoas com cadastro nas unidades. A participação de moradores de área de risco foi de 31,3%. O número de pessoas consideradas hiperutilizadores - com mais de 6 consultas/ano - foi de 2.216 (44%). Os hiperutilizadores realizaram 78% das consultas. Estavam presentes hiperutilizadores em 53,7% das famílias. Os hiperutilizadores tinham como característica predominante ser mulher (67,8%), pertencer à faixa etária dos 20 aos 49 anos ou de mais de 60 anos. Os problemas relacionados à saúde mental e comportamental têm um percentual mais elevado entre os usuários hiperutilizadores, (6,9% vs 3,5%). O profissional mais procurado foi o médico (59,3%) seguido pelo odontólogo (27,5%). Os motivos de consulta encontrados são semelhantes no grupo de hiperutilizadores e não hiperutilizadores e distribuídos dentro do esperado para as faixas etárias.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Demanda, Serviço de Saúde Comunitária. Porto Alegre, hiperutilizadores, consultador frequente, necessidades em saúde, utilização de serviço de Saúde.

ABSTRACT

The health system has been undergoing transformation due to sociodemographic, political and economic changes. These alterations impose to managers the need to individually know the demand profile of the user population. In this context, the present study aims to identify the use pattern and characteristics in primary health care service at ambulatorial level. As for specific objectives, this research intended to develop the sociodemographic profile of Primary Health Care (PHC) units users, evaluate the reasons for consultations, identify the type of service utilized and the professional category responsible for providing the service, assess the relationship between consultations and the programmatic actions performed by health services as well as to identify the association between the vulnerability of the housing area and the reasons for consultation.

A cross-sectional study was conducted with retrospective data from the Community Health Service of the Conceição Hospital Group (SSC-GHC). The primary source was the outpatients' charts issued for each consultation in the period between 1/1/2011 and 12/31/2011.

The study comprised a total of 34,014 consultations performed in two units of the North Region of Porto Alegre by professionals with tertiary education from different occupational categories.

The main objective of this study was to identify use pattern and characteristics of primary health care services at ambulatorial level. The specific objectives were to develop the sociodemographic profile of PHC units users, evaluate the reasons for consultations, identify the type of service utilized and the professional category responsible for providing the service, assess the

relationship between consultations and the programmatic actions performed by health care services as well as to identify the association between the vulnerability of the housing area and the reasons for consultation. The primary source of the database was the chart issued for each outpatient's ambulatory care.

The data analysis was realized with the SPSS statistics software version 18.0. The descriptive analysis considered the characteristics and distribution of variables. The continuous variables with normal distribution were described through averages and standard deviation whilst the continuous variables without normal distribution were presented as median (interquartile range). Categorical variables were described as absolute numbers.

The total number of consultations was 34,014 referring to 5,033 people registered in the units. The participation of risk area residents was 31.3%. The number of people considered frequent users - with more than 6 consultations per year - amounted to 2,216 (44%). The frequent users accounted for 78% of the consultations. They were present in 53.7% of households. Frequent users were predominantly women (67.8%), belonging to the age group ranging from 20 to 49 years old or over 60. Mental and behavioral health related issues have a higher percentage among frequent users (6.9% vs. 3.5%). The most requested professional was the physician (59.3%) followed by the odontologist (27.5%). The reasons for consultation found are similar in both frequent and non-frequent users and distributed within the expected for the age groups.

Keywords: Primary health care. Community health services. Porto Alegre, , Demanda, Serviço de Saúde Comunitária. Hiperutilizadores, health services, ambulatory care, primary health care, family practice, family health, health services accessibility, frequent consultant, health need

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação está organizada em três partes. A primeira parte é apresentada a revisão da literatura sobre o tema, bem como os objetivos do estudo. A segunda parte encontra-se especificada a metodologia utilizada na pesquisa, os principais resultados encontrados e uma discussão sobre esses achados na forma de artigo científico. A terceira traz as principais conclusões e contribuições do estudo para o planejamento e gestão dos serviços de atenção primária à saúde.

2 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde em nível mundial vem se transformando pressionado por mudanças sociodemográficas, políticas e econômicas. Essas modificações impõem aos gestores a necessidade de conhecer de maneira particularizada o perfil de demandas da população usuária. Torna-se importante compreender melhor as necessidades, os hábitos e o contexto onde os usuários, as famílias, a comunidade e o serviço de saúde interagem, estabelecendo uma relação longitudinal, contínua, vigilante e resolutiva.

Partindo do reconhecimento dessas mudanças, a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Banco Mundial, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e municípios brasileiros, através do Ministério da Saúde (MS), criam em 2011 as Redes de Atenção à Saúde, concebidas como,

uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (Mendes, 2011). Conforme esse documento elaborado pela OPAS um sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde (APS) está constituído por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promover a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza a prevenção e a promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. “Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos

adequados e sustentáveis.” “Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde”(Lopes, 2005).

A velocidade das mudanças necessárias à adequação desse serviço à nova realidade sofre um descompasso decorrente do processo dialético entre a população, a gestão, o conhecimento científico e o necessário financiamento, levando a uma crescente falência dos sistemas oferecidos. A OPAS reconhece a necessidade de mudanças no sistema de saúde, tanto que em 2011 declarou, através de sua diretora, que:

A maioria dos países de nossa Região requerem profundas mudanças estruturais nos seus sistemas de saúde para que possam contribuir de maneira efetiva à proteção social, à garantia dos direitos à saúde de todos os cidadãos e à coesão social. Entre essas mudanças é essencial a superação da fragmentação organizacional. Isso eleva os custos por duplicação e por maiores custos de transação, bem como gera diferentes tipos e qualidades de prestações de serviços”(Organização Pan-Americana de Saúde, 2010).

O mundo mudou rapidamente e com ele as relações sociais, o perfil sociodemográfico, a carga e a representação social do serviço de saúde fazendo com que ele necessite de uma avaliação de demanda com o objetivo de preparar-se para atender de forma adequada e atualizada a população sob sua responsabilidade.

O contexto da APS no Brasil também vem mudando rapidamente. O processo de globalização trouxe uma nova realidade em saúde, como diminuição da morbimortalidade infantil, crescimento da expectativa média de vida, aumento da demanda de doenças crônicas, incorporação de novas

tecnologias e reconhecimento de necessidades sociais como direito e qualidade de vida. Tais fatores levam a uma crescente necessidade de conhecer a demanda que tem provocado mudanças significativas na forma de consumo dos serviços de saúde, tanto devido a modificações no perfil epidemiológico, quanto pelo fato de as instituições de saúde serem reconhecidas como o acesso gerencial a uma série de demandas sociais.

O aumento no consumo da classe popular, a incorporação da classe média como usuária de serviços públicos de saúde, a escassez de instituições contínuas, a melhora dos índices de alfabetização e a incorporação da mulher ao mercado de trabalho foram elementos importantes na transformação do perfil dos usuários do serviço de saúde. A clientela, anteriormente descrita como majoritariamente feminina – de mães com filhos pequenos e mulheres idosas –, passou a ser uma demanda mais variada com um aumento progressivo da presença de homens – trabalhadores de atividades braçais ou não, homens com filhos pequenos, jovens em idade produtiva e um maior percentual de idosos cada vez com idade cronológica mais avançada. O percentual de usuários da rede de APS que até 2001, segundo Mendoza-Sassi e Béria (2001)¹⁹, variava entre 10% e 15% da população, passa para cerca de 60% a 70%, semelhante à cobertura de outros países.

De acordo com Oliveira e colaboradores²³, no Brasil, o gasto *per capita* com o setor de saúde cresceu a uma taxa de 7% ao ano no período de 2000 a 2010, indicando que o gasto absoluto nesse setor cresceu a taxas superiores à do crescimento populacional (1,17% ao ano). Além disso, a fração do Produto Interno Bruto (PIB) gasto em saúde passou de 7,2% para 9,0% nesse período. A importância do investimento em saúde pode ser vista em termos de bem-

estar social. Do ponto de vista individual, o consumo de bens e serviços de saúde afeta diretamente o bem-estar na medida em que o estado de saúde define o grau de felicidade dos indivíduos²³.

A utilização dos serviços de saúde tem sido objeto de vários estudos, como os que fornecem informações sobre o perfil de morbidade e os motivos da busca por atendimento em uma unidade de saúde, como, por exemplo, procedimentos preventivos e curativos em serviços com diferentes condições e tempos de instalação e também com diferentes estágios de implantação das políticas de saúde. O estudo de Mendoza-Sassi e Béria (2001)¹⁹ refere, na revisão bibliográfica que, a média de consultas habitante/ano é semelhante em vários países. O Brasil apresenta uma média entre três e quatro consultas por habitante/ano, com concentração em determinados grupos, com um perfil semelhante ao dos demais países. De acordo com o referido estudo, os hiperutilizadores do serviço de saúde representam 10% a 15% da população e utilizam o total de 40% a 50% das consultas efetuadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A avaliação de dados relativos à forma de consumo de serviços em saúde aponta para uma maior utilização por parte de crianças e idosos. Na idade intermediária, o predomínio é de mulheres, de classe social mais alta e com melhor escolaridade, geralmente em associação com fatores comportamentais e preventivos (Tomasi et al., 2011)³².

Embora os dados demográficos e os padrões de motivos de consulta apareçam descritos em alguns estudos, muitos desses dados são específicos, pois estão vinculados a implantação recente do serviço de saúde, ausência de equipe multiprofissional, descontinuidade do acompanhamento, falta de um

sistema de referência e contrarreferência, falta de um sistema de registro e desconhecimento das áreas de vulnerabilidade social como fatores que influenciam a busca de atendimento no serviço de saúde.

A consequência de todas essas modificações no contexto social-pessoal-serviços leva a uma nova interação que cria a necessidade de avaliar o impacto a ser conhecido na alocação de recursos, a organização da infraestrutura dos serviços e o estabelecimento de novas políticas públicas e de intervenção. O conhecimento dessa demanda e de sua contextualização possibilitará a avaliação de princípios do SUS como acesso, equidade, tipo de profissionais e de demanda por categoria, além da necessidade de formação e atualização dos recursos humanos para uma oferta de serviço mais personalizado e resolutivo à comunidade.

Visando aprofundar o conhecimento acerca desse novo padrão de uso dos serviços de saúde, o presente estudo teve por objetivo identificar o usuário hiperutilizador e as características de utilização dos serviços de APS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A mudança no perfil de demandas da população impõe aos gestores a obrigação de conhecer de maneira particularizada seus usuários, suas necessidades, seus hábitos e o contexto onde ele, sua família e o serviço de saúde interagem, estabelecendo uma relação longitudinal, contínua, responsável e resolutiva.

Existem várias pesquisas sobre a demanda em APS, muitas com foco na avaliação do acesso, do tipo de consumo, da busca ao serviço, se por motivos de APS ou emergência, da satisfação da clientela (Radaelli et al., 1990; Carvalho et al., 1994; Costa e Facchini, 1997; Starfield, 2002; Capilheira and Santos, 2006; Dias-da-Costa et al., 2008; Gusso, 2009; Bastos, Duca, Hallal e Santos, 2011; Tomasi et al., 2011; Mendes, Miranda, Figueiredo, Duarte e Furtado, 2012; Oliveira e Gonçalves, 2013), bem como nas avaliações das ações da Estratégia de Saúde da Família e da presença dos princípios de APS na prestação de serviços. A gestão da demanda de serviços de APS leva a uma diminuição da: migração para serviços de referência, do uso inadequado e da superlotação das emergências, da hospitalização por causas sensíveis à atenção ambulatorial, do uso inadequado de recursos diagnósticos em nível hospitalar além do custo excessivo de serviços e contratações inadequadas dissociadas do estabelecimento de prioridades e metas vinculadas à realidade.

O conhecimento das necessidades do triângulo usuários, equipe e gestão e o reconhecimento do SUS como o principal provedor de serviço de saúde tornam desejável o conhecimento desse tipo de demanda de forma a melhorar a gestão clínica e proporcionar maior satisfação dos usuários, dos profissionais e dos gestores (Muñoz Baragaño et al., 1996; Neal, Heywood,

Morley, Clayden e Dowell, 1998; Mancera Romero et al., 2001; Takeda, 2004; Lopes, 2005; Smits, Mohrs, Beem, Bindels e Weert, 2008; Mendes, 2011; Oliveira e Gonçalves, 2013).

O conceito de hiperutilizador aqui adotado baseou-se em estudos de demanda e de avaliação da presença de princípios de APS na oferta de serviços a ela (Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen e Kokki-Saarinen, 1997; Starfield, 2002; Sampaio, 2004; Takeda, 2004; Organização Pan-Americana de Saúde, 2007; McWhinney e Freeman, 2010) decorrente da diversidade de entendimentos sobre o tema (Karlsson, Joukamaa, Lahti, Lehtinen e Kokki-Saarinen, 1997; Neal, Heywood, Morley, Clayden e Dowell, 1998; Smucker, Zink, Susman, and Crabtree, 2001; Naessens, Baird, Van Houten, Vanness, and Campbell, 2005; Vedsted and Christensen, 2005; Capilheira and Santos, 2006; Dias-da-Costa et al., 2008; Smits, Mohrs, Beem, Bindels e Weert, 2008; Jaramilho, Perez e Garaviria, 2009).

UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE DE APS

No Brasil, o primeiro trabalho que analisou a utilização de serviços de saúde foi o de Dias da Costa (Costa e Facchini, 1997), realizado em 1997, segundo o qual 70% da população utilizam o serviço de saúde com uma média de três consultas/ano. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Geografia e Estatística, 2003) referentes ao padrão de acesso e de utilização de serviços indicam que 14% dos entrevistados procuraram um serviço de saúde nos 15 dias que antecederam a entrevista, sendo que 96% deles foram atendidos e 59% desses atendimentos foram realizados pelo SUS.

Estudos de diagnóstico de demanda recentes dão conta de novos motivos para a busca de atendimento como, por exemplo, necessidade de avaliação odontológica, consultas de enfermagem e de psicologia. Esse tipo de necessidade decorreu de mudanças da composição das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da implantação de práticas de matriciamento no serviço de saúde através da progressiva implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Eugênio Vilaça Mendes, em seu livro: intitulado “As Redes de Atenção à Saúde (2011) define condições de saúde como “as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde”. A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque, conforme assinalam Porter e Teisberg (2007), só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela”⁴⁰.

Estudos clássicos como o de Andersson, Mattsson e Lynöe (1995) descrevem o modelo teórico de utilização de serviços de saúde através dos principais fatores de consumo desses serviços agrupados em três dimensões: a) de capacitação, b) de necessidade e c) de predisposição. Esses fatores vêm sofrendo mudanças no mundo todo como resultado de modificações socio-culturais. Dias da Costa (Costa e Facchini, 1997), em 1998, concluiu que a escolha do tipo de serviço de saúde dependia de fatores ligados à classe social antes do que de variáveis associadas à gravidade dos problemas de saúde.

Uma pesquisa de 2008, com o objetivo de avaliar a utilização de serviço médico no sistema público de saúde no Sul do Brasil (Bastos, Duca, Hallal e Santos, 2011), demonstrou uma utilização de 60,6% de serviços de saúde nos três meses anteriores ao estudo e com 42,0% dessa busca em serviços públicos (Bastos, Duca, Hallal e Santos, 2011), com uma utilização maior pela faixa etária de 50 a 59 anos e sem aumento em faixa etária superior, apresentando ainda uma associação positiva com hipertensão arterial, bronquite crônica e diabetes melito e com consultas acima da média atribuídas à natureza clínica e ao manejo exigido para essas doenças.

HIPERUTILIZADOR DO SERVIÇO DE SAÚDE

A definição do que seja um usuário hiperutilizador do serviço de saúde não é consensual na literatura, visto que depende tanto do modelo de saúde analisado, quanto dos fatores que estão sendo considerados. Também não há consenso no que diz respeito ao perfil desse usuário uma vez que as pesquisas divergem quanto aos aspectos privilegiados nesta análise.

A dificuldade começa pelo conceito de hiperutilizador (Costa e Facchini, 1997; Smucker, Zink, Susman e Crabtree, 2001; Howe, Parry, Pickvance, and Hockley, 2002; Vedsted e Christensen, 2005; Smits, Mohrs, Beem, Bindels e Weert, 2008; Jaramilho, Perez e Garaviria, 2009; Oliveira e Gonçalves, 2013) porque ele é determinado pelo número de vezes que o usuário buscou o serviço e, na maioria das vezes, o profissional de referência foi o médico, com esse dado obtido por recordatório do usuário, não havendo registro do atendimento. Não foram encontradas publicações que avaliem se

hiperutilizadores apresentam características diferentes da população em geral nas variáveis: falta a consultas e o perfil de pacientes faltosos.

Estudos como o de Andersson, Mattsson e Lynöe (1995) sugerem que o número esperado de consultas/ano num serviço de APS com médicos de família seja de 5 consultas/ano.

Em relação ao perfil dos pacientes hiperutilizadores, uma pesquisa realizada na Espanha em 1996 (Sawyer, Leite e Alexandrino, 2002) identificou o hiperutilizador como pessoa de idade mais avançada, baixo nível socioeconômico, integrante de famílias pequena em estágio avançado do ciclo vital, apresentando sofrimento psíquico, doença crônica e falta à consulta programada conforme os protocolos (Freeborn, Pope, Davis e Mullooly, 1977; Neal, Heywood, Morley, Clayden e Dowell, 1998; Smucker, Zink, Susman e Crabtree, 2001; Naessens, Baird, Van Houten, Vanness e Campbell, 2005; Smits, Mohrs, Beem, Bindels e Weert, 2008; Luciano et al., 2010).

Já no estudo de Capilheira (2006), realizado em 2006, a hiperutilização de consultas foi de 9% (>4 consultas/ano) associada positivamente com sexo feminino, nível socioeconômico elevado, hospitalização no ano anterior e história de hipertensão, diabetes melito associado com índice de massa corporal, avanço da idade e piora da autopercepção de saúde, com uma probabilidade 11% menor de consultar se o estado civil fosse de separado ou viúvo. Não há, de acordo com esse estudo, correlação com escolaridade e cor da pele.

No Brasil, pesquisa realizada em uma cidade de médio porte (Landsberg et al., 2012) usou a Classificação Internacional de Atenção Primária e encontrou 32 diferentes motivos para 50% dos contatos com o serviço de

saúde, sendo que as mulheres consultaram oito vezes mais do que os homens e com uma utilização maior conforme a idade e declinando após os 60 anos. O percentual de motivos administrativos registrados foi de 20% da demanda ambulatorial.

Quando a variável a ser estudada é a renda, no Brasil, existe uma confluência dos dados para o reconhecimento de que baixa renda é um fator importante para menor utilização do serviço de saúde (Radaelli et al., 1990; Costa e Facchini, 1997; Mendonza Sassi e Béria, 2001; Dias-da-Costa et al., 2008; Victora et al., 2010; Bastos, Duca, Hallal e Santos, 2011; Landsberg et al., 2012; Mendes, Miranda, Figueiredo, Duarte e Furtado, 2012; Oliveira e Gonçalves, 2013).

3.1 O SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

A presente pesquisa foi desenvolvida junto a um Serviço de Atenção Primária à Saúde vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) motivada por trabalho semelhante efetuado em 2001 em uma das unidades de saúde para avaliar a utilização de serviço médicos.

A primeira unidade do SSC-GHC foi criada em 1982 no interior do Hospital Conceição com princípios de APS, baseada no sistema inglês e com as metas traçadas pela recomendação de Alma-Ata (1978), então com um programa de residência denominado Residência em Medicina de Família. O serviço passou a trabalhar com princípios de territorialização, longitudinalidade, continuidade, adscrição de clientela, trabalho comunitário, atividades de educação em saúde, formação de agentes de saúde, assistência domiciliar, participação comunitária, trabalho em equipe com objetivo de montar equipes

multiprofissionais e sistema de consultoria e referência e contrarreferência dentre outros.

Desde 1983 o SSC contribui de forma significativa para a implantação do SUS e, a partir de 1998 passou a ser um dos exemplos de prática que serviu de modelo para a criação e implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde em 2004.

O SSC foi um dos primeiros formadores de médicos na especialidade de Medicina de Família e Comunidade e também serviu de modelo para estabelecer a atuação através da multiprofissionalidade e incremento de uma proposta de ensino cristalizada através dos programas de estágios multiprofissionais curriculares ou não e dos programas de residência médica em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional nas áreas de Psicologia, Nutrição, Odontologia, Serviço Social e Enfermagem desde 2004 (Smits, Brouwer e Ter Riet, 2010).

Hoje o SSC é composto por doze unidades de saúde, uma área de internação clínica e dois centros de atenção psicossocial além dos programas de ensino em nível de graduação e residência.

A população que utiliza o SSC é composta por indivíduos de classe popular, classe média e com um crescente número de usuários temporários, seja pela migração entre comunidades semelhantes da grande Porto Alegre, seja como ex-moradores das áreas de atuação que utilizam as mais diversas formas de contornar a atualização de cadastros que inviabilizariam a permanência do vínculo com as unidades.

As unidades de saúde do GHC foram criadas por solicitação das comunidades em que se encontram inseridas e com a pactuação com a comunidade sob a forma de atendimento que seria prestado à população.

O SSC tem dentre seus objetivos a avaliação e o monitoramento constante das ações desenvolvidas no território e da adequação da oferta de serviços prestados à população sob sua responsabilidade.

O estudo atual foi realizado em duas unidades de APS integrantes do total de doze unidades do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do GHC, instituição vinculada ao Ministério da Saúde (MS). Em virtude do contrato de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, a área geográfica onde se localiza o SSC é de responsabilidade do GHC na municipalização da saúde de Porto Alegre.

A busca por um serviço de qualidade, humanizado, equânime e de acesso capaz de satisfazer seus usuários remete a questionamentos como a necessidade de conhecer como e por que alguns usuários consultam mais frequentemente do que o esperado e se o entendimento dessa forma de consumo do serviço deve levar a modificações gerenciais da proposta de assistência, da gestão clínica de situações específicas ou da proposta de educação continuada de suas equipes em determinados temas, com o objetivo de qualificar a assistência.

O conhecimento dessa demanda e de sua contextualização possibilita uma oferta de serviço mais personalizado e resolutivo à comunidade, diminuindo, assim a migração para serviços de referência, o uso inadequado e a superlotação das emergências, as hospitalizações por causas sensíveis de atenção ambulatorial, o uso inadequado de recursos diagnósticos no nível

hospitalar, o custo excessivo de serviços e as contratações não compatíveis com as necessidades locais.

4 OBJETIVOS

Nas seções a seguir são apresentados objetivo geral e objetivos específicos.

4.1 OBJETIVO GERAL

Identificar o padrão e as características dos usuários que utilizam um ambulatório de Atenção Primária à Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traçar o perfil sociodemográfico dos usuários de unidades de APS.
- Avaliar os motivos de consultas.
- Identificar o tipo de atendimento utilizado e a categoria profissional responsável pelo atendimento.
- Avaliar a relação das consultas com as ações programáticas desenvolvidas nos serviços de saúde.
- Identificar a associação entre a vulnerabilidade da área de moradia e os motivos de consulta
- Conhecer as características dos usuários que realizam mais de seis consultas/ano.

5 REFERÊNCIAS

- Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden--a comparative study. *Scand. J. Soc. Med.* 1995 Dec;23(4):251–7.
- Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública.* 2011 Jun;45(3):475–84.
- Bastos GAN, Santos I, Dias da Costa J, Capilheira M, Marcelo F. Ambulatory care utilization in the past 15 years: comparison between two population based studies. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 12/2011; 14(4):620-32.
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2003.
- Capilheira MF, Santos I da S dos. Individual factors associated with medical consultation by adults. *Rev. Saúde Pública.* 2006 Jun;40(3):436–43.
- Carvalho MS, D’Orsi E, Prates EC, Toschi WDM, Shiraiwa T, Campos TP, et al. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil; A survey of demand for medical care in three public health clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 1994 Mar;10(1):17–29.

- Costa JSD da, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev. Saúde Pública*. 1997 Aug;31(4):360–9.
- Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad. Saúde Pública*. 2008 Feb;24(2):353–63.
- Freeborn DK, Pope CR, Davis MA, Mullooly JP. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a prepaid group practice. *Med. Care*. 1977 Feb;15(2):115–28.
- Gusso GDF. Diagnóstico de Demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª Edição (CIAP - 2) [Internet] [Tese (Doutorado em Ciências)]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2009. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/pt-br.php>
- Howe A, Parry G, Pickvance D, Hockley B. Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. *Br. J. Gen. Pr. J. R. Coll. Gen. Pr.* 2002 Jul;52(480):561–2.
- Jaramilho G, Perez MK, Garaviria EM. Pacientes Hiperfrequentadores de Atenção Primária. *Cañasgordas*. 2009;1(2008).

- Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J. Psychosom. Res.* 1997 Feb;42(2):157–66.
- Landsberg G de AP, Savassi LCM, Sousa AB de, Freitas JMR de, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciência Saúde Coletiva.* 2012 Nov;17(11):3025–36.
- Lopes JMC. A pessoa como centro do cuidado : a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em Serviço de Atenção Primária à Saúde [Internet] [Dissertação (Mestrado em Educação)]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005. Available from: <http://hdl.handle.net/10183/5873>
- Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J, et al. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br. J. Gen. Pr. J. R. Coll. Gen. Pr.* 2010 Feb;60(571):49–55.
- Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Atención Primaria.* 2001;27(9):658–62.
- McWhinney I, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade.* 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

- Mendes A da CG, Miranda GMD, Figueiredo KEG, Duarte PO, Furtado BMASM. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012 Nov;17(11):2903–12.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
- Mendonza Sassi RA, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*. 2001;1(4):819–32.
- Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Atención Primaria*. 1996;18(9):484–90.
- Naessens JM, Baird MA, Van Houten HK, Vanness DJ, Campbell CR. Predicting persistently high primary care use. *Ann. Fam. Med*. 2005 Aug;3(4):324–30.
- Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br. J. Gen. Pract.* 1998 Jan;48(426):895–8.
- Oliveira VR, Gonçalves F de O. *Demanda por serviços de saúde: uma análise baseada em dados contábeis*. Porto de Galinhas: ANPEC; 2013.
- Organização Pan-Americana de Saúde. *La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización*

Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
Washington: OPS; 2007.

Organização Pan-Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010.

Porter Me, Teisberg Eo. REPENSANDO A SAÚDE- ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE E REDUZIR CUSTOS. Bookman.2007 ISBN 978.85.7780.002.5

Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM de, et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev. Saúde Pública. 1990 Jun;24(3):232–40.

Sampaio LFR. O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde no Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde: contribuições para discussão. Acompan. E Avaliação Atenção Primária [Internet]. Brasília: CONASS; 2004. p. 21–41. Available from: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_7.pdf

Sawyer DO, Leite I da C, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2002;7(4):757–76.

Smits F, Brouwer H, Ter Riet G. Persistent frequent attenders. Br. J. Gen. Pr. J. R. Coll. Gen. Pr. 2010 Apr;60(573):293–4.

Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, Weert HC van. Defining frequent attendance in general practice. BMC Fam. Pr. 2008 Apr 15;9(1):21.

Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF. A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. *J. Fam. Pract.* [Internet].

2001 Oct [cited 2012 Jan 6];50(10). Available from:

http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2350&issue=October_2001

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

Takeda S. Organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. *Med.*

Ambulatorial Conduas Atenção Primária Baseadas Em Evidências. 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p. 76–8.

Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS da, et al.

Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção.

Ciência Amp Saúde Coletiva. 2011 Nov;16(11):4395–404.

Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a

literature review with special reference to methodological considerations.

Public Health. 2005 Feb;119(2):118–37.

Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the

public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan.* 2010

Jul;25(4):253–61.

6 Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório multiprofissional de um serviço de atenção primária à saúde de Porto Alegre, Brasil

Analysis of demand and form of use of a multidisciplinary outpatient primary health care service in Porto Alegre, Brazil

Carmen Luiza C. Fernandes, Mestranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado ao Periódico: Revista de Saúde Pública

**Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório
multiprofissional de um serviço de atenção primária de Porto Alegre,
Brasil**

Analysis of demand and form of use of a multidisciplinary outpatient primary
care service in Porto Alegre, Brazil

Carmen Luiza C. Fernandes¹, Daniela Riva Knauth¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande
do Sul

Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre, RS – Brasil

Autor para correspondência: Carmen Luiza C. Fernandes

Nome Carmen Luiza C. Fernandes

Endereço: Dr Jorge Fayet 231

E-mail: Carmenlcfernandes@gmail.com

Resumo

Introdução: O presente artigo tem por objetivo analisar o padrão e as características de utilização de um serviço de atenção primária em nível ambulatorial.

Metodologia: Os dados analisados no presente artigo são resultado de uma pesquisa transversal com dados retrospectivos, para qual foram selecionados todos os Boletins de Atendimento (BA) gerados em duas unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (Porto Alegre, RS), no período de 1/1/2011 a 31/12/2011.

Resultados: O número total de consultas foi de 34.014 realizadas para 5.033 pessoas com cadastro nas unidades. A participação de moradores de área de risco foi de 31,3%, a prevalência de usuários considerados hiperutilizadores, ou seja, com mais de 6 consultas/ano, foi de 44,0% (2216 pessoas). Os hiperutilizadores tinham como característica predominante ser mulher (67,8%), pertencer à faixa etária dos 20 aos 49 anos ou ter mais de 60 anos. Os problemas relacionados à saúde mental e comportamental têm um percentual mais elevado entre os usuários hiperutilizadores, (6,9% vs 3,5). O profissional mais procurado é o médico (59,3%) seguido por odontólogo (27,5%). Os motivos de consulta são semelhantes entre pacientes hiperutilizadores e não hiperutilizadores e distribuídos dentro do esperado para as faixas etárias.

Conclusões: A diversidade de motivos de busca ao serviço de saúde ressalta a importância da abrangência do serviço para dar conta da complexidade das demandas. Este estudo reforça a importância do serviço de saúde em proporcionar o acesso de indivíduos mais vulneráveis. E embora o presente estudo não tenha se proposto a avaliar o impacto nas condições de saúde dos usuários que consultam mais de seis vezes ao ano no serviço de saúde, nossos dados sugerem que uma parcela importante da população adstrita tem a sua disposição um número bastante limitado de atendimentos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, demanda, Serviço de Saúde Comunitária, hiperutilizadores, consultador frequente, necessidades em saúde, utilização de serviço de Saúde.

INTRODUÇÃO

O contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil vem mudando rapidamente e o processo de globalização trouxe uma nova realidade em saúde que se constituiu de um aumento do uso dos serviços de saúde como a referência para uma série de demandas sociais.

A crescente modificação do padrão de consumo, incluindo a demanda de consumo da classe popular, a melhora dos índices de alfabetização e a incorporação da mulher ao mercado de trabalho foram elementos muito importantes no estabelecimento de um novo perfil sociodemográfico dos usuários do serviço de saúde. No estudo de Bastos e colaboradores,² realizado em 2007, a média de idade foi de 41,1±13,7anos para as mulheres, representando 56,7% da demanda e com aumento das consultas de prevenção em ambos os sexos, com maior ênfase para o sexo masculino especialmente na faixa etária de 20 a 39 anos, com aumento da utilização pela população de baixa renda e aumento da escolaridade dos usuários quando comparada a estudo realizado em condições semelhantes em 1992.

A demanda do serviço de saúde que se caracterizava como majoritariamente feminina – de mães com filhos pequenos e mulheres idosas - tem se apresentado de uma forma mais variada, com aumento progressivo da presença de homens, trabalhadores de atividades braçais ou não, homens com filhos pequenos, cuidadores de familiares com doenças crônicas, jovens em idade produtiva e com maior percentual de idosos com idade cronológica mais avançada.^{2,6,11}

O percentual de usuários da rede de APS no Brasil que, segundo Mendoza- Sassi e Béria,¹⁹ até 2.001 variava entre 10% e 15% da população, apresenta uma modificação no perfil de utilização dos serviços, chegando a 60,6% em 2.008 segundo o Ministério da Saúde.

Conhecer a forma como os usuários estão utilizando os serviços de saúde é um elemento fundamental para o planejamento tanto dos próprios serviços, como dos municípios e estados. Nesse contexto, o presente artigo tem por objetivo identificar o padrão e as características de utilização do ambulatório de um serviço de APS. Busca ainda analisar as características sociodemográficas dos usuários considerados hiperutilizadores.

METODOLOGIA

Os dados analisados no presente artigo são resultado de uma pesquisa transversal com dados retrospectivos, para qual foram selecionados todos os Boletins de Atendimento (BA) gerados em duas unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição no período de 1/1/2011 a 31/12/2011.

A população da presente pesquisa foi composta por famílias de baixa renda e de classe média inscritas em unidades de saúde de referência de acordo com sua área de moradia. Para o estudo foram selecionadas duas unidades que integram um total de doze unidades de saúde do SSC-GHC, instituição vinculada ao Ministério da Saúde e com contrato de cooperação com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Toda a demanda ao serviço de saúde gerou BAs de todos os atendimentos, documento este que está em uso há aproximadamente 8 anos e é emitido em todos os procedimentos ambulatoriais realizados nas unidades de saúde. As equipes são multiprofissionais e compostas por médicos de família e comunidade, dentistas, enfermeiras, pessoal administrativo, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, residentes de Medicina, Odontologia, Enfermagem, Serviço Social, acadêmicos e profissionais que atendem sob supervisão dos profissionais referidos. O banco de dados foi composto por todos os BAs emitidos, independentemente do tipo de agendamento da consulta, podendo ser por qualquer motivo ambulatorial (urgência, emergência, consulta eletiva, preventiva, administrativa) para cadastrados na unidade e com atendimento realizado pela equipe, segundo o fluxo de atendimento individual à nível ambulatorial da unidade (Anexo 1).

Quando o usuário da unidade chega para atendimento é gerado um BA que, posteriormente ele é digitado e os dados são consolidados e atualizados pelo setor de Monitoramento e Vigilância do Serviço de Saúde Comunitária e enviada ao setor de faturamento do GHC.

No documento fonte (BA), constam informações de identificação da unidade e do usuário, tais como: unidade, número do prontuário de família na unidade, número do registro do paciente no cadastro de pacientes do GHC, número do BA, data do atendimento, realização ou não da consulta, motivos de consulta e de não consulta, nome do paciente, sexo, data de nascimento, idade na data do atendimento, endereço, profissional que realizou o atendimento, diagnósticos com o número máximo de três pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID10) para as

consultas do dia e por profissional responsável, independentemente de a condição ser aguda ou crônica, passível de notificação compulsória ou não. No caso de o usuário ser portador de um diagnóstico prévio de doenças em acompanhamento continuado, como doenças crônico-degenerativas, gestação, puericultura, asma, a CID deve ser colocada, independentemente do motivo da consulta do dia em função de a vigilância a esse tipo de problema fazer parte de um programa de desempenho contínuo do SSC. Para a análise dos dados, algumas variáveis foram detalhadas e, no caso de inconsistência da informação ou falta dela, foi realizada a busca das informações no prontuário individual e/ou da família e com visita domiciliar, totalizando aproximadamente 2% da amostra.

Os dados dos atendimentos foram categorizados com o objetivo de traçar o perfil dos usuários hiperutilizadores, avaliar a relação entre o motivo de consulta com os programas prioritários, áreas de risco (áreas de moradia com propriedade irregular, invasão de área verde, sem luz e água individualizadas e coleta de lixo na rua de acesso) e com o número e tipo de profissionais envolvidos no atendimento.

Os motivos de consulta foram agrupados em sistemas, órgãos, sinais e sintomas, motivos de busca a serviços de saúde e categorizados conforme os capítulos da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10). Foram categorizados ao todo 22 capítulos, sendo que o 21, representado pela letra Z (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os Serviços de Saúde), foi analisado também em uma tabela específica. Os motivos classificados na letra Z são diversificados e usados muito frequentemente quando a demanda é atendida

não só pelo profissional médico, mas por uma equipe multiprofissional, incluindo a demanda por atividades de prevenção, seguimento, procedimentos e encaminhamentos nas várias categorias.

O banco inicialmente foi composto por 37.014 BAs. Foram excluídos 2.478 boletins (6,7% da amostra) pelas seguintes razões: 465 por óbito do paciente, 1.161 por mudança da área de residência durante o período do estudo, 837 por não pertencerem ao território de abrangência da Unidade e 15 por falta de dados. O banco final foi composto de 34.014 consultas efetivadas.

Para a caracterização do perfil sociodemográfico e motivos de consulta, foram consideradas as seguintes variáveis:

- 1) residência em área de risco: sim ou não;
- 2) número de consultas por pessoa e por família e número de hiperutilizadores por família;
- 3) motivos de consulta geral e por faixa etária;
- 4) número de motivos de consulta por usuário;
- 5) categoria profissional que realizou o atendimento.

Para fins da presente análise e a partir da literatura sobre o tema^{8,9,29,31,33} foi considerado hiperutilizador, também denominado na literatura como consultador freqüente, o indivíduo que consultou seis vezes ou mais no período de um ano.

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico SPSS versão 18.0. A análise descritiva respeitou as características e a distribuição das variáveis. As variáveis contínuas e com distribuição normal foram descritas por meio de média e desvio padrão, enquanto as variáveis contínuas e sem distribuição normal foram apresentadas como mediana (intervalo interquartil).

As variáveis categóricas foram descritas como números absolutos (percentual). O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através da Plataforma Brasil.

RESULTADOS

Os dados das duas unidades analisados não apresentaram diferenças significativas. Na unidade A, foram registrados 18.709 BAs, para um total de 2.572 usuários com pelo menos uma consulta, sendo que 14% faltaram ao atendimento agendado. A unidade B emitiu 19.305 BAs, para um total de 3.076 usuários, registrando 8% de atendimentos não realizado por não comparecimento do usuário. Do total de faltosos a consultas nas duas unidades, o percentual de usuário hiperutilizador foi de 35,9% (2.027 pessoas).

Foram assim realizados efetivamente, nas duas unidades em análise, 34.014 atendimentos para um total de 5.033 usuários. Do total de atendimentos, 30,9% (9.274 atendimentos) foram realizados para moradores das áreas de risco, sendo que 40,2% desses ocorreram na unidade A e 22% na unidade B.

Os atendimentos englobaram Desse total, 44,0% (2.216 pessoas) realizaram mais de 6 consultas/ano. (tabela 1). A média de consultas dos hiperutilizadores é quatro vezes maior do que a dos não hiperutilizadores,

sendo, respectivamente, de 12 e 3 consultas/ano. A média de consulta dos hiperutilizadores por família/ano também foi de doze consultas, sendo realizadas em média por dois membros da família, um dos quais com perfil hiperutilizador, presente em 53,7% das famílias atendidas. A análise dos dados não demonstrou diferença na composição familiar dos dois tipos de usuários. As famílias que buscaram atendimento apresentavam uma composição variada e em 81% delas, morava até três usuários do serviço em cada casa. O percentual de famílias nos quais havia somente um componente que realizara consulta no último ano foi de 34% (382 pessoas).

Dentre os usuários hiperutilizadores, 67,8% eram do sexo feminino e 32,2% do sexo masculino, diferença estatisticamente significativa. A média de idade dos hiperutilizadores foi de 39,3 anos. Em relação ao atendimento por faixa etária, observou-se uma diferença significativa entre hiperutilizadores e não hiperutilizadores, sendo que 38,6% dos hiperutilizadores tinham entre 20 e 49 anos, 15,2% entre 50 e 59 anos e 22,2% possuíam 60 anos de idade ou mais (tabela 1).

Dos hiperutilizadores, 32,0% moravam em áreas de risco, não apresentando diferença significativa em relação aos usuários que não moravam em áreas desse tipo (tabela 1).

A maioria (59,3%) dos hiperutilizadores buscou o serviço para atendimento médico, seguido de atendimento odontológico (27,3%). Os motivos de consulta desse grupo não apresentaram diferenças significativas quando comparados aos dos demais usuários dos serviços (tabela 2).

Os motivos mais frequentes da busca de atendimento dos pacientes hiperutilizadores, que correspondem a 38,8% da demanda ambulatorial,

encontram-se classificados no capítulo XXI da CID que inclui questões administrativas, representando 45,0% dos motivos desse capítulo, e em prevenção e reabilitação, que totalizam 24,0% dos atendimentos (tabela 3). Em segundo lugar estão as questões relacionadas ao aparelho digestivo (13,2%), seguidas das doenças do aparelho cardiocirculatório (10,9%). Os problemas relacionados à saúde mental e comportamental têm um percentual mais elevado entre os usuários hiperutilizadores, sendo o dobro daquele apresentado pelos não hiperutilizadores, 6,9% e 3,5%, respectivamente (Tabela 4).

DISCUSSÃO

A presente pesquisa apresenta características distintas das de grande parte dos artigos que analisam a demanda dos serviços de APS. Possui em comum com a literatura o fato de ser um estudo transversal, centrado na atenção primária à saúde, ter o médico de família como referência médica no atendimento e ser um serviço prestado por instituições públicas de saúde.^{2,3,6-11,13-17,19-22,24-26,29,30,32-35} Por outro lado, a maioria dos trabalhos utiliza dados recordatórios com período de seguimento de 3 meses. Na revisão da literatura foi identificado um único trabalho – também recordatório³ - que analisou os atendimentos prestados no período de um ano.

Em conformidade com os estudos realizados no Brasil, em outros países da América Latina e na Espanha, considerou-se hiperutilizador o usuário que compareceu a mais de 6 consultas ao ano.^{3,8,9,14,15,20,24,29,30,33,34} A partir dessa definição, observou-se uma prevalência de 44,0% de usuários hiperutilizadores

do serviço de saúde, cuja maioria (67,8%) era do sexo feminino e mais de um terço deles (38,6%) encontrava-se na faixa 20 a 49 anos.

Já em pesquisa realizada na cidade de Pelotas-RS em 1997,⁸ o número foi de 3 consultas/ano,por habitante. Nesse estudo a frequência de busca por atendimento por habitante/ano neste serviço de APS foi de 6,78 consultas/ ano. Essa diferença possivelmente está relacionada às características da APS investigada. No estudo, a equipe de APS é multidisciplinar para o atendimento e constituindo-se como referência para a população em diversas demandas.

Mendoza-Sassi-Béria,^{1,9} relataram que a utilização do serviço de saúde depende da forma de acesso. Em serviços de acesso universal - como no Brasil – idades extremas, sexo feminino e populações menos favorecidas associam-se a maior utilização do serviço. Da mesma forma que em outros estudos,^{1,10,13-15,17,19-21,23,25,28,30-32} observou-se aqui uma maioria de mulheres dentre os usuários do serviço e também dentre os hiperutilizadores. No estudo de Dias da Costa,⁸ realizado em 1999-2000, a utilização por mulheres foi de 3,5 vezes maior quando comparada ao sexo masculino.

Embora tenha sido encontrada diferença no padrão de uso do serviço por sexo - sendo de 1,52 quando considerado o total de usuários e de 2,10 quando analisados os hiperutilizadores - a diferença é menor do que a constatada por Dias da Costa.⁹ A diminuição na participação das mulheres dentre os usuários pode estar relacionada à maior utilização da população masculina nos serviços de saúde. Em sua pesquisa sobre a utilização de serviços médicos de saúde, Bastos² registrou uma prevalência de uso do serviço na população, em três meses, de 60,6%, sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os sexos, com prevalência de consultas

médicas de 45,6% e 35,1% entre mulheres e homens, respectivamente no ano de 2008.

Os usuários em situação de maior vulnerabilidade social (moradores das áreas de risco), que possivelmente possuem mais necessidade de cuidados de saúde, não são os que mais utilizam os serviços de saúde, representando, no presente estudo, cerca de um terço da amostra dos hiperutilizadores (32%) e também da amostra geral. Os estudos^{2,8,9,18,19,23,30} referem que usuários de classe social mais baixa procuram mais o serviço de saúde, e Mendoza-Sassie-Béria¹⁹ apontam a condição socioeconômica como determinante da utilização, principalmente através da categoria necessidade em saúde e das características dos serviços. A população com menor condição social, por exemplo, procura menos o serviço se não houver condições de acesso favoráveis.

Esse dado parece revelar uma característica do serviço local através da priorização das ações nas áreas de maior vulnerabilidade social e de facilitação do acesso, de forma a estabelecer a equidade entre os usuários. Mendoza-Sassie-Béria¹⁹ referem que :

Estudo realizado por Schoen et al.²⁷ encontrou, no Canadá e Inglaterra, que indicadores de acesso entre o grupo de renda maior e média quando comparadas a menor renda não foram diferentes. No entanto, nos Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia o uso dos serviços de saúde de 2 a 3 vezes maior no grupo de maior renda.

A desigualdade pode se refletir também na utilização de consultas preventivas. Nos Estados Unidos, Freeborn e colaboradores¹² verificaram que, dentre as mulheres de 40 a 59 anos, o grupo de maior renda teve uma associação significativa com consultas preventivas. O mesmo foi observado por Borrell e colaboradores.⁵ na Espanha, onde 61% das mulheres de classe social alta realizaram exames preventivos para câncer de colo do útero, comparados

com 32% das de classe social mais baixa. Também o Black Report⁴ refere que na Inglaterra as mulheres das classes sociais mais altas utilizaram mais consultas preventivas (consultas pré-natais e dentistas) que as classes mais baixas. Estes dados são semelhantes a outros estudos encontrados na revisão da literatura^{3,23,25} onde a baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade estão associadas com menor utilização do serviço de saúde.

O uso intensivo dos serviços de saúde também não parece ser uma característica familiar. Os nossos resultados ora apresentados indicam que em 36,3% das famílias há apenas um membro que é hiperutilizador. Este dado vai de encontro do estudo espanhol de Muñoz et al.,²⁰ realizado em 1996, que ao comparar populações hiperutilizadoras com não hiperutilizadoras referiu que existe um gradiente inverso de uso dos serviço e tamanho familiar (menos membros, mais uso). De acordo com o autor, as famílias com mais de três membros consultam menos, associando o uso frequente com uma rede de apoio menor.

Os motivos de busca de atendimento apresentaram grande diversidade e heterogeneidade (consulta clínica nas diversas profissões, tratamento odontológico, procedimentos, seguimento, orientação, prevenção, reabilitação e motivos administrativos). Tal diversidade provavelmente está vinculada ao tempo de implantação do serviço nas comunidades e à relação de referência da unidade para a comunidade, como também à capacidade das unidades em atender demandas reconhecidas como de sua competência. A concentração dos atendimentos (38,8% da demanda ambulatorial) nas questões administrativas, de prevenção e de reabilitação foi maior do que a descrita em outros estudos.^{2,8,17.} Essa característica provavelmente deve-se a orientação

do SSC do GHC em trabalhar com os atributos da APS. Contudo, essa tendência já foi apresentada em outras pesquisas desenvolvidas no Brasil, como a que trata do perfil de demanda em APS em Minas Gerais,¹⁷ que mostrou que 20% das consultas ocorreram por razões administrativas e, quando somados os dados de forma semelhante ao contido no capítulo XXI² aqui adotado, chegam a 31,3% como motivo administrativo.

A diversidade de motivos de busca de atendimento é um dos dados significativos desse estudo porque os dados não sofreram interferência de sazonalidade.. O período de coleta de dados de um ano possibilitou um amplo repertório de busca ao serviço.

Estudo realizado em 1997, em Pelotas-RS⁸ já apontava questões administrativas como motivo significativo de busca do serviço de saúde.

Esse dado pode ser interpretado em dois sentidos: por um lado, pode ser a expressão do efetivo funcionamento da APS como a principal entrada na rede de referência e acompanhamento em saúde; por outro lado, pode estar indicando a burocratização das ações de saúde e a superocupação do serviço por questões que poderiam ser solucionadas em outras instâncias, sinalizando a carência de uma rede mais ampla de assistência social.

Múltiplos fatores podem influenciar a busca do serviço de saúde desde a percepção de adoecimento, a gravidade do problema, a complexidade das demandas clínicas e psicossociais dos usuários e a relação serviço de saúde-usuário. É a compreensão dos motivos do uso acima do esperado por uma parcela dos usuários – hiperutilizadores - que poderá orientar a gestão para torná-la mais eficiente e mais satisfatória para os usuários e membros do serviço de saúde.

A diversidade de motivos de busca ao serviço de saúde ressalta a importância da abrangência do serviço para dar conta da complexidade das demandas.

Este estudo reforça a importância do serviço de saúde em proporcionar o acesso de indivíduos mais vulneráveis representados pela população com idade inferior a um ano de vida e pela com mais de 60 anos sem deixar de contemplar também as mulheres e o grupo entre 20 e 49 anos de idade, uma vez que há grande número de consultas nesses grupos. Sabe-se ainda que do total de consultas oferecidas (37.014), o absenteísmo foi de 11% (4.215), 76,7% (3.956) delas por hiperutilizadores.

E embora o presente estudo não tenha se proposto a avaliar o impacto nas condições de saúde dos usuários que consultam mais de seis vezes ao ano no serviço de saúde, nossos dados sugerem que uma parcela importante da população adstrita tem a sua disposição um número bastante limitado de atendimentos. Ou seja, como 44% dos usuários (hiperutilizadores) do serviço de saúde ocupam 78,7% das consultas efetivadas, resta aos demais (56%) menos de 22% da oferta. Desta forma, ao mesmo tempo que podemos nos perguntar de que forma a frequência que uma pessoa utiliza o serviço de saúde impacta sobre sua saúde, podemos também questionar o que ocorre com a saúde das pessoas que não conseguem acessar o serviço de saúde.

Uma das preocupações ligadas à execução de estudos epidemiológicos de base populacional de corte transversal é a ocorrência de viés de seleção. Este estudo teve sua base de dados coletada com a totalidade dos registros dos atendimentos efetuados aos usuários de duas Unidades do SSC – GHC durante o período de um ano, o que evita o viés de sazonalidade e com uma

perda de dados pequena para o tamanho da amostra (6,7%). A logística adotada permitiu o uso de um documento fonte que já estava sendo utilizado pelo setor de avaliação e monitoramento desse serviço há mais de oito anos, em equipes estáveis e com mais de vinte anos de inserção na comunidade. Do total de BAs emitidos e com consulta efetuada, somente o percentual de 2% necessitou de confirmação dos dados nos prontuários ou com os agentes de saúde.

A existência do prontuário e o cadastro de usuários atualizado permitiram a checagem dos dados e a correlação de motivo de consultas com faixas etárias e programas prioritários. A participação de dados multidisciplinares permitiu um olhar mais amplo na elaboração do perfil de usuários hiperutilizadores ou não do SSC - GHC.

Mudanças no sistema de saúde brasileiro após a implantação da Estratégia de Saúde da Família e o aumento da cobertura da população pela rede de Atenção Primária à Saúde influenciam o perfil demográfico e a morbimortalidade com uma conseqüente mudança nas formas de sua utilização.

É extremamente importante que os gestores do SUS reconheçam que existe um grupo de pessoas que utiliza o serviço de saúde acima do esperado e que isso ocorre independentemente de idade, de problemas de saúde e de participação em programas de vigilância como demonstra este estudo.

Considera-se que a magnitude do dado de frequência de hiperutilizadores do serviço e a busca por motivos administrativos devam estimular novos estudos que ampliem a compreensão sobre o que leva as pessoas a decidir buscar o serviço de saúde no âmbito da nossa cultura. Novas

pesquisas na busca desse entendimento podem auxiliar na construção de serviços com maior equidade, facilidade de acesso e utilização adequada, subsidiando, assim, a gestão e prover recursos com o objetivo de alcançar as metas propostas e a satisfação do usuário.

Referências

1. Andersson SO, Mattsson B, Lynoe N. Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden--a comparative study. *Scand J Soc Med.* 1995;23(4):251–7.
2. Bastos GAN, Duca GFD, Hallal PC, Santos IS. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2011;45(3):475–84. DOI:10.1590/S0034-89102011005000024.
3. Bellón Saameño JÁ, Rodríguez Bayón A. Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores. *Aten Prim.* 2008;40(12):591–3.
4. Black D, Townsend P, Davidson N, Whitehead M. Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. Londres; Penguin Books; 1988.
5. Borrell C, Rohlfs I, Ferrando J, Pasarín MI, Domínguez-Berjón F, Plasència A. Social inequalities in perceived health and the use of health

- services in a southern European urban area. *Int J Heal Serv Plan Adm Eval*. 1999;29(4):743–64.
6. Capilheira MF, Santos I da S dos. Individual factors associated with medical consultation by adults. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(3):436–43. DOI:10.1590/S0034-89102006000300011.
 7. Carvalho MS, D’Orsi E, Prates EC, Toschi WDM, Shiraiwa T, Campos TP, et al. Demanda ambulatorial em três serviços da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil; A survey of demand for medical care in three public health clinics in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 1994;10(1):17–29.
 8. Costa JSD da, Facchini LA. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(4):360–9. DOI:10.1590/S0034-89101997000400005.
 9. Costa JSD da, Olinto MTA, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S, Daltoé T, et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):353–63. DOI:10.1590/S0102-311X2008000200014.
 10. Costa JSD da, Olinto MTA, Soares SA, Nunes MF, Bagatini T, Marques M das C, et al. Utilização de serviços de saúde pela população adulta de

- São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil: resultados de um estudo transversal. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):868–76.
11. Fernandes LCL, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(4):595–603.
 12. Freeborn DK, Pope CR, Davis MA, Mullooly JP. Health status, socioeconomic status and utilization of outpatient services for members of a prepaid group practice. *Med Care*. 1977;15(2):115–28.
 13. Gusso GDF. Diagnóstico de Demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª Edição (CIAP - 2) [Internet] [Tese (Doutorado em Ciências)]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2009. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/pt-br.php>.
 14. Howe A, Parry G, Pickvance D, Hockley B. Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. *Br J Gen Pr*. 2002;52(480):561–2.
 15. Jaramilho G, Perez MK, Garaviria EM. Pacientes Hiperfrequentadores de Atenção Primária. *Cañasgordas*. 2009;1(2008).
 16. Karlsson H, Joukamaa M, Lahti I, Lehtinen V, Kokki-Saarinen T. Frequent attender profiles: different clinical subgroups among frequent attender patients in primary care. *J Psychosom Res*. 1997;42(2):157–66.

17. Landsberg G de AP, Savassi LCM, Sousa AB de, Freitas JMR de, Nascimento JLS, Azagra R. Análise de demanda em Medicina de Família no Brasil utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária. *Ciência Saúde Coletiva*. 2012;17(11):3025–36. DOI:10.1590/S1413-81232012001100019.
18. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Prim*. 2001;27(9):658–62.
19. Mendonza Sassi RA, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública*. 2001;1(4):819–32.
20. Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Prim*. 1996;18(9):484–90.
21. Naessens JM, Baird MA, Van Houten HK, Vanness DJ, Campbell CR. Predicting persistently high primary care use. *Ann Fam Med*. 2005;3(4):324–30. DOI:10.1370/afm.352.
22. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract*. 1998;48(426):895–8.

23. Oliveira VR, Gonçalves F de O. Demanda por serviços de saúde: uma análise baseada em dados contáveis. Porto de Galinhas: ANPEC; 2013.
24. Organización Pan-Americana de Saúde. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Washington: OPS; 2007.
25. Radaelli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM de, et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. *Rev Saúde Pública*. 1990;24(3):232–40. DOI:10.1590/S0034-89101990000300010.
26. Sawyer DO, Leite I da C, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):757–76.
27. Schoen C, Davis K, DesRoches C, Donelan K, Blendon R. Health insurance markets and income inequality: findings from an international health policy survey. *Heal Policy Amst Neth*. 2000;51(2):67–85.
28. Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*. 2004;9(4):897–908. DOI:10.1590/S1413-81232004000400011.

29. Smits FT, Mohrs JJ, Beem EE, Bindels PJ, Weert HC van. Defining frequent attendance in general practice. *BMC Fam Pr.* 2008 15;9(1):21. DOI:10.1186/1471-2296-9-21.
30. Smucker DR, Zink T, Susman JL, Crabtree BF. A framework for understanding visits by frequent attenders in family practice. *J Fam Pract.* [Internet]. 2001 [cited 2012 Jan 6];50(10). Available from: http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=2350&issue=October_2001.
31. Soriano Fuentes S, de la Torre Rodríguez R, Soriano Fuentes L. Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar. *Med Fam.* 2003;4(2):130–5.
32. Tomasi E, Facchini LA, Thumé E, Piccini RX, Osorio A, Silveira DS da, et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. *Ciência Saúde Coletiva.* 2011;16(11):4395–404. DOI:10.1590/S1413-81232011001200012.
33. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health.* 2005;119(2):118–37. DOI:10.1016/j.puhe.2004.03.007.
34. Victora CG, Matijasevich A, Silveira M, Santos I, Barros AJD, Barros FC. Socio-economic and ethnic group inequities in antenatal care quality in the public and private sector in Brazil. *Health Policy Plan.* 2010;25(4):253–61. DOI:10.1093/heapol/czp065.

35. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The Ecology of Medical Care. *N Engl J Med.* 1961;265(18):885–92.
DOI:10.1056/NEJM196111022651805.

Tabela 1

Característica dos usuários e utilização do serviço de saúde por padrão de utilização (hiperutilizador) em duas unidades do Serviço de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

Variável	Hiperutilizadores % (n)	Não Hiperutilizadores % (n)	Total % (n)	
Número de consultas	78,7 (26.832)	21,3 (7.277)	100,0 (34.109)	
Número de pessoas	44,0 (2.216)	56,0 (2.817)	100,0 (5.033)	
Numero de consulta/pessoas	12,11*	2,58*	6,78*	
Sexo				
Feminino	67,8 (1.503)	54,8 (1.545)	60,6 (3.048)	P < 0,000
Masculino	32,1 (713)	45,2 (1.272)	39,4 (1.985)	
Média de idade	39,3	31,80	37,5	< 0,000
Faixa etária				
0 a 5 anos	10,0 (223)	9,2 (260)	9,6 (483)	< 0,000
6 a 11 anos	5,1 (114)	10,6 (300)	8,2 (414)	
12 a 19 anos	8,8 (196)	14,9 (420)	12,2 (616)	
20 a 49 anos	38,6 (855)	42,4 (1.194)	40,7 (2.049)	
50 a 59 anos	15,2 (337)	11,2 (316)	13,0 (653)	
=> 60 anos	22,2 (491)	11,6 (327)	16,3 (818)	
Morador de área de risco				
Sim	32,0 (709)	30,1 (847)	30,9 (1.556)	P = 0,75
Não	68,0 (2;216)	69,9 (2.817)	69,1 (3.477)	
Número de componentes da família	3,68*	3,38*	3,58	
Faltantes	76,7(3.956)	23,3(1.203)	15,1(5.159)	
Total	44,0 (2.216)	56,0 (2.817)	100,0 (5,033)	

* Média

Tabela 2

Demanda de consultas por categoria profissional em duas unidades do Serviço de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

Categoria Profissional de Atendimento	% (n)
Medicina	59,3 (14.606)
Odontologia	27,5 (6.762)
Enfermagem	6,9 (1.698)
Psicologia	2,5 (619)
Nutrição	2,1 (518)
Serviço Social	1,7 (425)
Total	100,0 (24.628)

Tabela 3

Motivos de consulta integrantes do Capítulo Z do CID 10 demandados pelos usuários de duas unidades do Serviço de Atenção Primária à Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

Motivos de consulta	N (%)
Administrativo	45,2 (4.854)
Prevenção/reabilitação	24,9 (2.669)
Saúde da mulher	9,0 (964)
Saúde da criança	6,9 (743)
Saúde da gestante	5,4 (584)
Motivos psicossociais	5,2 (562)
Acompanhamento /investigação clínica	2,6 (281)
Outros	0,7 (78)
Total	100 (10.735)

Tabela 4

Motivo de consulta por padrão de uso do serviço (hiperutilizador e não hiperutilizador) em duas unidades do Serviço de Atenção Primária do Grupo Hospitalar Conceição.

Motivo da consulta	Hiperutilizadores % (n)	Não Hiperutilizadores % (n)	Total % (n)
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	3,2 (864)	5,1 (357)	8,3 (1221)
Neoplasias (tumores)	0,1 (34)	0,2 (16)	0,3 (50)
Doenças sangue órgãos hematológico e transtornos imunitários	0,2 (66)	0,3 (20)	0,5 (86)
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	7,0 (1882)	5,3 (375)	12,3 (2257)
Transtornos mentais e comportamentais	6,9 (1860)	3,5 (246)	10,4 (2106)
Doenças do sistema nervoso	0,7 (189)	0,6 (44)	1,1 (233)
Doenças do olho e anexos	0,4 (106)	0,9 (62)	1,3 (168)
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	0,8 (219)	2,2 (153)	3,0 (372)
Doenças do aparelho circulatório	10,9 (2923)	9,7 (686)	20,6 (3609)
Doenças do aparelho respiratório	6,2 (1649)	10,6 (752)	16,8 (2401)
Doenças do aparelho digestivo	13,2 (3545)	13,3 (938)	26,5 (4483)
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1,9 (511)	3,0 (212)	4,9 (723)
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	2,9 (775)	3,6 (252)	6,5 (1027)
Doenças do aparelho geniturinário	2,5 (661)	3,7 (265)	6,2 (926)
Gravidez, parto e puerpério	0,1 (35)	0,1 (7)	0,2 (42)
Algumas afecções originadas no período perinatal	0,0 (7)	0,1 (6)	0,1 (13)
Malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômica	0,1 (15)	0,1 (4)	0,2 (19)
Sintomas, sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	3,2 (856)	4,3 (303)	7,5 (1159)
Lesões envenenamentos e alguns outras conseqüências de causas externas	0,6 (169)	0,9 (67)	1,5 (236)
Causas externas de morbidade e mortalidade	0,1 (23)	0,3 (19)	0,4 (42)
Contatos com serviços de saúde	38,8 (10378)	32,3 (2284)	71,1 (32662)

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou o entendimento da demanda ambulatorial de um serviço de atenção primária com uma visão ampliada da distribuição de motivos de consulta para diversos profissionais com atuação em APS. A análise das razões de busca do serviço possibilitou compreender a forma como é consumido o serviço de saúde, permitindo, assim, estabelecer uma relação entre a necessidade, o acesso e a carga de trabalho a ser dividida nas diversas áreas do conhecimento.

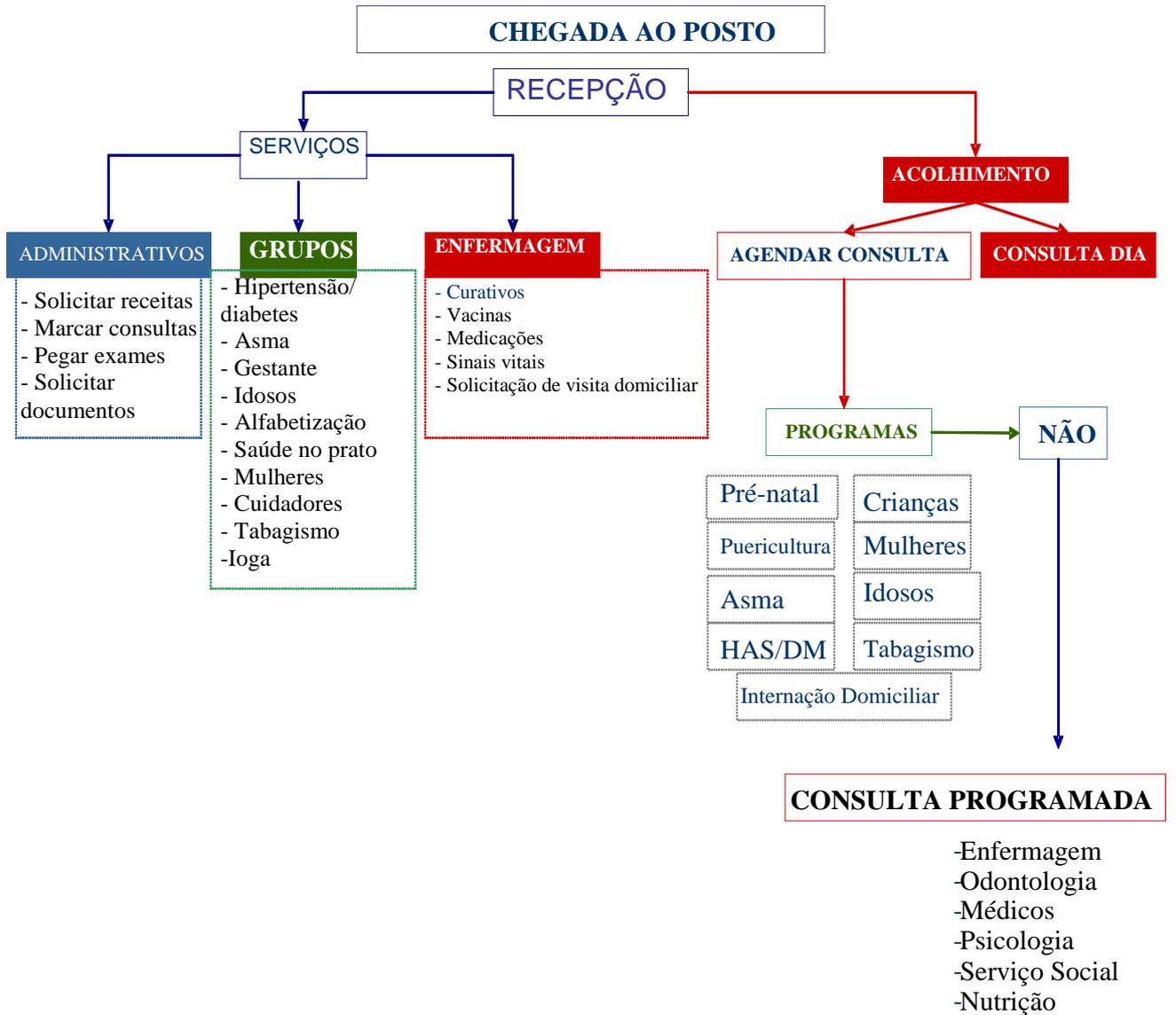
Os motivos médicos não diferem dos encontrados em outros estudos de demanda ambulatorial, mas a presença da possibilidade de atendimento odontológico aponta a importância da oferta no reconhecimento dessa necessidade por parte da população. A demanda por motivos encontrados no capítulo XXI (Z)(anexo 3) demonstra a complexidade da prestação de serviço e a importância da constante avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde na sua adequação.

O conhecimento adquirido com este trabalho sugere que uma parte da população (hiperutilizadores) tem uso frequente do serviço de saúde, ocupando a capacidade instalada de tal forma que questionamos o impacto desta forma de utilização no acesso e equidade do restante da população. Constatou-se, que do total de busca pelo serviço, 35% se dão por razões administrativas, evidenciando um novo papel do setor saúde na rede de apoio da sociedade.

A realização desta pesquisa abre a perspectiva da busca de conhecimento das necessidades específicas do grupo de hiperutilizadores do serviço de saúde de forma a entendê-lo e, assim, propor formas diferenciadas do enfrentamento do problema de oferta, acesso e utilização. Além da

contribuição para minorar as desigualdades do setor de saúde no Brasil, foram oferecidos subsídios para a criação de alternativas para o acesso à multiprofissionalidade em APS.

ANEXO A – FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO



ANEXO B – PLANILHA DE ATENDIMENTO

**** CONSULTA PROGRAMADA **** 20/10/1
GERENCIA DE SAUDE COMUNITARIA - UNIDADE: BARAO DO BAGE 14:40:4

* Tipo de Boletim: Numero do Boletim:

Paciente: Idade: ...ano(s) Reg.GHC: PRONTUARIO FAMILIA:
Data Consulta: / / Hora Consulta: ... :

Profissional:

CID	CID	CID	Prof	Sia/Sus	Qt	Prof	Sia/Sus	Qt	Prof	Sia/Sus	Qt
G E S T A N T E											

Inicio PN ___ / ___ / ___ DPP ___ / ___ / ___ Proxima consulta ___ / ___ / ___

Escore de Risco: |0|Baixo Risco |1|Medio Risco |2|Alto Risco |9|Ignorado
Numero doses antitetanica: ___ primeira dose em: ___ / ___ / ___ O pre-natal sera realizado na Unidade? |Sim| |Na

Data do Parto: ___ / ___ / ___ Tipo Parto: |1|Normal |2|Cesariana
|3|Forceps |4|Aborto
Registro da Crianca no GHC: _____ |5|Natimorto

INTERRUPCAO: Data ___ / ___ / ___ Motivo |1|Atend. outro servico |2|Encaminhamento alto risco |3|Recusa atend.

ANEXO C – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS: LETRA Z

O CID 10 tem na letra Z a seguintes categorizações:

- Prevenção/ Reabilitação: vacinas, aconselhamentos, revisão do adulto, exame de pessoas sem queixa, revisão pós- alta hospitalar, pós-operatório.
- Saúde da Criança: puericultura, visita ao recém-nascido, amamentação, crescimento e desenvolvimento, revisão do pré-escolar, revisão de saúde para o adolescente
- Acompanhamento de investigação clínica: ver exames laboratoriais. e de imagem, exame de olhos, ouvidos e garganta, avaliação de saúde oral, observação clínica, rastreamento de doenças genéticas,...
- Saúde da Mulher: menarca, exame ginecológico, Doença sexualmente Transmissível (DST), anticoncepção, Saúde da Gestante: acompanhamento pré-natal, pós-parto, orientações sobre parto e puerpério,
- Motivos Psicosociais: Problemas escolares, violência, abuso, evasão escolar, drogadição, alcoolismo, analfabetismo/baixa escolaridade, problemas com o meio social, aculturação, problemas do ciclo de vida, necessidade de psicoterapia, problemas com o núcleo primário...
- Administrativos: obtenção de atestados, laudo de acompanhamento para instituições (passe livre, bolsa família, conselho tutelar, escolas, serviço de DST/SIDA, solicitações de medicações especiais), prescrição de repetição
- Outros motivos: aconselhamento dietético, consulta para orientações sobre terceiro, Pessoa que consulta para explicação de achados de exame, Pessoas em contato com o serviço de saúde em outras circunstâncias.

ANEXO D – FLUXOGRAMA DOS RESULTADOS