

Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família

Description of demand in a Family Health Unit

Caracterización de la demanda en una Unidad de Salud Familiar

Ítalo Rossy Sousa Pimentel¹, Bhagavan de Castro Coelho², Jussie Correia Lima³, Fabrício Gurgel Ribeiro⁴, Felipe Pereira de Castro Sampaio⁵, Rômulo Pedroza Pinheiro⁶, Fernando dos Santos Rocha Filho⁷

Palavras-chave:
Referência e Consulta
Sinais e Sintomas
Doença
Atenção Primária à Saúde

Resumo

Introdução: Os motivos de atendimento nas Unidades de Saúde da Família são diversos. Entretanto, é importante diagnosticar-se as principais necessidades da população para que o sistema de atenção básica à saúde possa se reorganizar, no sentido de solucionar os problemas mais prevalentes na população. Neste contexto, torna-se estratégico para a organização da Atenção Primária à Saúde o aperfeiçoamento de programas assistenciais neste nível, principalmente a Estratégia de Saúde da Família, por meio do conhecimento do perfil da demanda que procura a rede instalada de Unidade de Saúde da Família. **Objetivos:** Realizar uma análise do perfil demográfico da população em estudo, enfatizando o gênero e a faixa etária mais prevalente dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, destacando quais doenças, sinais e sintomas são mais comuns nessa população; descrever os principais motivos de atendimento na Unidade de Saúde da Família e destacar os encaminhamentos para serviços especializados em tal lugar. **Métodos:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo. O presente estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Luís Albuquerque Mendes, localizada em Fortaleza, no Ceará, de fevereiro a junho de 2010. **Resultados:** A prevalência de mulheres e pessoas com idade acima de 40 anos nessa Unidade de Saúde da Família foi de 72,2 e 54,5%, respectivamente. O motivo mais comum de atendimento na Unidade foi a hipertensão arterial sistêmica, com prevalência de 15,2%. Em relação aos sintomas mais frequentes, a lombalgia ficou em primeiro lugar, com 13,8%, e a cefaleia em segundo, com 6,9%. A doença mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica com 37%. Apenas 1,6% dos usuários procuraram a Unidade para pedir encaminhamentos a serviços especializados. **Conclusões:** Este estudo ajudou a caracterizar o perfil demográfico dos usuários de uma Unidade de Saúde da Família, como também diagnosticou as principais causas de atendimento, destacando-se as queixas e as doenças mais prevalentes.

Keywords:
Referral and Consultation
Signs and Symptoms
Disease
Primary Health Care

Abstract

Introduction: The reasons for encounters at Family Health Centers are diverse. However, it is important to diagnose the main needs of the population so that the system of primary care may be reorganized to solve the most prevalent problems of the population. In this context, it becomes strategic to the organization of Primary Health Care the improvement of care programs at this level, such as the Family Health Strategy, by knowing the demand profile that looks for the installed system of Primary Care. **Objectives:** To carry out a demographic profile analysis of the study population, emphasizing the most prevalent gender and age in primary care, highlighting which diseases, signs, and symptoms are more common in this population; to describe the main attendance reasons at a Family Health Center, and to highlight the demand from users for referrals to specialist services in Family Health Centers. **Methods:** This is an

Trabalho realizado no Centro de Saúde da Família Luís Albuquerque Mendes – Fortaleza (CE), Brasil.

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE). italorossy23@hotmail.com

² Universidade Estadual do Ceará (UECE). bhagavandecastro@hotmail.com

³ Universidade Estadual do Ceará (UECE). jussiecorreialima@hotmail.com

⁴ Universidade Estadual do Ceará (UECE). fabguri@yahoo.com.br

⁵ Universidade Estadual do Ceará (UECE). felipe.sampaio18@gmail.com

⁶ Universidade Estadual do Ceará (UECE). romulo_pinheiro18@hotmail.com

⁷ Prefeitura Municipal de Fortaleza (CE), Brasil. fernandorochoa1510@gmail.com

*Autor correspondente.

Fonte de financiamento: o trabalho foi financiado pelos autores do artigo.

Conflito de interesses: declararam não haver.

Recebido em: 01/02/2011

Aprovado em: 11/08/2011

observational, transversal, and descriptive study. It was conducted at the Center for Family Health Luís Albuquerque Mendes, which is located in Fortaleza, Ceará, from February to June, 2010. **Results:** The prevalence of women and people aged above 40 years-old at the Basic Health Unit was of 72.2 and 54.5%, respectively. The most common reason of service in the Unit was hypertension, with a 15.2% prevalence. Regarding the most frequent symptoms, low back pain came first with 13.8% and headache in second with 6.9%. The most prevalent disease was hypertension with 37%. Only 1.6% of users sought the Unit to request referrals to special services. **Conclusions:** This study helped to characterize the demographic profile of users from a Primary Health Care and it diagnoses the major causes of attendance in the Unit, emphasizing the most prevalent complaints and diseases.

Palabras Clave:
Remisión y Consulta
Signos y Síntomas
Enfermedad
Atención Primaria de Salud

Resumen

Introducción: Hay varias razones para buscar ayuda en los Centros de Salud Familiar. Sin embargo, es importante diagnosticar las principales necesidades de la población para que el cuidado de la salud del sistema primario pueda ser reorganizado a fin de solucionar los problemas más frecuentes en la población. En este contexto, se convierte estratégico para la organización de programas de Atención Primaria a la Salud la mejora de este nivel, tales como la Estrategia de Salud de la Familia, por medio del conocimiento del perfil de la demanda que busca la red instalada en los campos de los Centros de Salud Familiar. **Objetivos:** Analizar las características demográficas de la población de estudio, con énfasis en género y el grupo de edad de los usuarios más frecuentes del Centro de Salud Familiar estudiado; poner de relieve que enfermedades, que signos y que síntomas son más comunes en este estudio; describir las principales razones para la busca por asistencia a una Unidad Básica de Salud y destacar la demanda de los usuarios para referencia a servicios especializados en el Centro de Salud Familiar. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo. Este estudio se realizó en el Centro de Salud Familiar Luís Albuquerque Mendes, ubicado en Fortaleza, en el período de febrero a junio de 2010. **Resultados:** La prevalencia de mujeres y personas mayores de 40 años de edad en un Centro de Salud Familiar fue del 72,2 y 54,5%, respectivamente. La razón más común para la asistencia era la hipertensión arterial sistémica, con una prevalencia del 15,2%. En cuanto a los síntomas más frecuentes, lumbalgia ocupó el primer lugar con el 13,8% y cefalea en el segundo lugar con el 6,9%. La enfermedad más frecuente fue la hipertensión arterial con un 37%. Sólo el 1,6% de los usuarios buscaron la unidad del Centro de Salud Familiar para pedir referencias a servicios especializados. **Conclusiones:** Este estudio ayudó a caracterizar el perfil demográfico de los usuarios de atención primaria y también ha diagnosticado la causa principal de la asistencia en el Centro de Salud Familiar, poniendo de relieve las quejas y enfermedades más prevalentes.

Introdução

A atenção básica à saúde (ABS) é definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação¹. Portanto, a população que vive na área de responsabilidade de algum Centro de Saúde da Família (CSF) procura a unidade de saúde por vários motivos, tais como: diagnóstico e tratamento de alguma doença; prevenção de doenças por meio da imunização e dos exames de rastreamento; planejamento familiar; tratamento de doenças crônicas pelo recebimento regular de medicamentos; transferência para serviços especializados e outros motivos diversos.

As causas da demanda por atendimento nos CSF são diversas. Entretanto, é importante diagnosticar as principais necessidades da população para que o sistema de ABS possa se reorganizar, no sentido de solucionar os problemas mais prevalentes na população delimitada pelo CSF.

Estudos de demanda em ambulatorios gerais demonstram ainda que, embora seja ampla a variedade dos problemas de saúde, existem alguns muito frequentes, responsáveis por cerca da metade de toda a demanda trazida pela população. A metade das consultas deve-se a cerca de 30 diferentes diagnósticos. Em outras palavras, o manejo ade-

quado dos 50 diagnósticos mais frequentes permite a resolução de mais da metade da demanda médica em ambulatorios gerais^{2,3}. Por isso, é importante caracterizar melhor a demanda para definir o perfil dos usuários, as doenças mais prevalentes e letais⁴. Desta maneira, pode-se criar uma lista das prioridades e alternativas de intervenção para esses problemas.

É importante destacar a prevalência de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, depressão e outras, visto que, atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% do ônus decorrente das doenças no mundo⁵. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁵, um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/AIDS, o diabetes e a depressão irá se tornar obsoleto em pouco tempo. Por esse motivo, a atenção básica deve estar voltada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças ou agravos de maior relevância.

Neste contexto, torna-se estratégico para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e para o aperfeiçoamento de programas assistenciais neste nível, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), conhecer o perfil da demanda que procura a rede instalada, mormente nos campos da medicina ambulatorial das unidades de cuidados primários⁶.

Existe um crescente interesse no conhecimento do perfil epidemiológico dos pacientes a serem atendidos para a adequação das práticas de saúde. Portanto, conhecer a demanda ambulatorial na rede pública tornou-se tarefa necessária tanto para a avaliação de serviços, como para a orientação do trabalho em gerência, programação e planejamento em saúde⁷.

O planejamento é uma ferramenta que tem como finalidade aprimorar os serviços de saúde e auxiliar administrativamente a adequá-los à instituição, aos recursos, aos custos, às necessidades da população e ao momento social, portanto, histórico e político, aumentando assim a eficiência das ações e melhorando a qualidade dos serviços oferecidos⁸.

Este trabalho analisou a demanda por atendimento no CSF Luis Albuquerque Mendes na cidade de Fortaleza, Ceará, destacando as condições crônicas mais comuns e as necessidades da população no campo da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. A importância deste trabalho é fornecer dados que ajudem a planejar de forma mais adequada as estratégias de saúde, alocando verbas, recursos humanos, dentre outras ações para prevenir, promover, tratar e reabilitar estas doenças de forma mais eficaz.

Os objetivos do presente trabalho são: verificar a distribuição dos usuários por gênero e faixa etária; destacar os motivos mais comuns de atendimento no CSF, especificando as doenças mais prevalentes e os sintomas e sinais mais frequentes e quantificar quantos pacientes procuram encaminhamento para serviços especializados.

Métodos

Trata-se de um estudo observacional, transversal e descritivo, realizado no CSF Luís Albuquerque Mendes localizado na regional IV, bairro Serrinha, em Fortaleza, no Ceará, de fevereiro a junho de 2010. Foram entrevistados 244 usuários do CSF.

Seis acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Estadual do Ceará realizaram entrevistas com os usuários do CSF que estavam nas filas de espera para consulta. As entrevistas eram realizadas às segundas-feiras pela manhã das 7 às 12 horas, no período de três meses. As entrevistas ocorriam no período matutino, pois esse era o dia de atendimento da demanda espontânea. Foi perguntado o nome, a idade e o motivo da consulta. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes protocolo nº. 795/10. Não foi utilizado nenhum sistema de classificação como a Classificação Internacional de Doenças (CID) e o *Clinical Information Access Portal* (CIAP). A classificação foi criada no próprio estudo.

Os motivos de atendimento englobavam doenças, sintomas, sinais, imunização, planejamento familiar, pedido de encaminhamento para especialidades médicas, atendimento à gestante, demonstração dos resultados de exames, revisões pós-cirúrgicas e prevenção de câncer. Por exemplo, se um paciente referisse que estava com febre, seu motivo de consulta era um sintoma. Se referisse que estava com manchas na pele, seu motivo era um sinal clínico. Se fosse o caso de ter osteoporose, seu motivo de consulta era uma doença. Se o paciente referisse que queria ser vacinado, seu motivo era imunização. Se uma mulher viesse fazer um exame ginecológico, seu motivo era prevenção e se veio buscar anticoncepcionais e obter informações para evitar a gravidez, seu motivo de consulta era planejamento familiar.

Queixas relacionadas à gravidez e ao acompanhamento pré-natal eram classificadas como atendimento à gestante. Os sintomas e sinais foram classificados como queixas. As queixas dos pacientes foram transformadas em termos semiológicos, ou seja, se o entrevistado referisse que tinha dor ao urinar, classificar-se-ia com disúria. Após serem obtidos todos os dados do trabalho, foram feitas tabelas, nas quais uma listava os motivos de atendimento referidos, uma exibia as doenças e outra mostrava as queixas. Estas abrangiam os sintomas e sinais.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel e passaram por análise estatística descritiva, sendo informados os valores percentuais dos dados analisados.

Resultados

Foram incluídos, na análise, 244 usuários pertencentes à área de abrangência do CSF Luís Albuquerque Mendes, no bairro Serrinha. Em relação ao gênero, as mulheres corresponderam a 72,2% e os homens a 27,8% dos atendimentos.

Em relação à faixa etária, observou-se a seguinte distribuição: 19,3% eram menores de 21 anos; 26,2%, de 21 a 40 anos; 38,1%, de 41 a 60 anos; 16,4%, acima de 60 anos. Tal análise mostra que 54,5% dos pacientes têm idade superior a 40 anos. A distribuição em relação às faixas etárias está descrita na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos usuários do CSF por faixa etária.

Sexo	Total	%
≤20 anos	47	19,2
Entre 21 e 40	64	26,2
Entre 41 e 60	93	38,1
>60 anos	40	16,4
Total	244	100,0

Tabela 2. Distribuição dos motivos de atendimento no CSF.

Motivo	Quantidade por motivo	%
Hipertensão arterial sistêmica	40	15,2
Prevenção do câncer de colo uterino	28	10,6
Diabetes	15	5,6
Lombalgia	12	4,5
Atendimento à gestante	9	3,4
Planejamento familiar	7	2,6
Apresentar exame	7	2,6
Cefaleia	6	2,2
Dor abdominal difusa	6	2,2
Osteoporose	6	2,2
Artrite	5	1,9
Fraqueza	5	1,9
Febre	5	1,9
Gastrite	5	1,9
Mancha na pele	5	1,9
Síndrome gripal	5	1,9
Alergia	4	1,5
Dor no joelho	4	1,5
Encaminhamento a outra especialidade médica	4	1,5
Faringite	4	1,5
Nefrolitíase	4	1,5
Artralgia difusa	3	1,1
Claudicação intermitente	3	1,1
Imunização	3	1,1
Micose superficial	3	1,1
Tosse	3	1,1
Otite	3	1,1
Precordialgia	3	1,1
Arritmia cardíaca	2	0,7
Doença arterial coronariana (DAC)	2	0,7
Disúria	2	0,7
Dor em membro superior	2	0,7
Doença do refluxo gastroesofágico	2	0,7
Dispneia	2	0,7
Fimose	2	0,7
Hematúria	2	0,7
Marcação de exame	2	0,7
Ovários policísticos	2	0,7
Tontura	2	0,7
Úlcera vascular única	2	0,7
Verminose	2	0,7
Anemia	1	0,3
Revisão de histerectomia	1	0,3
Asma	1	0,3
Pneumonia	1	0,3
Prevenção CA próstata	1	0,3
Diarreia	1	0,3
Síncope	1	0,3
Revisão de mamoplastia	1	0,3
Epilepsia	1	0,3
Prevenção do câncer de mama	1	0,3
Tuberculose	1	0,3
Vômitos	1	0,3
Epigastria	1	0,3
Seborreia	1	0,3
Mal-estar	1	0,3
Úlceras disseminadas	1	0,3
Alopécia	1	0,3
Glaucoma	1	0,3
Mialgia generalizada	1	0,3
Dor na face	1	0,3
Rinite	1	0,3
Escoriações por trauma	1	0,3
Hipotensão	1	0,3
Abscesso axilar	1	0,3
Dor Torácica difusa	1	0,3
Check Up	1	0,3
Náuseas	1	0,3
Odinofagia	1	0,3
Total de motivos	261	100,0

Quanto aos motivos de atendimento neste estudo, é importante destacar que um paciente pode apresentar mais de um motivo. Portanto, foram entrevistadas 244 pessoas e foram obtidos 261 motivos de atendimento.

Os motivos de atendimento mais frequentes nesse CSF foram: a hipertensão arterial sistêmica (15,2%) em primeiro lugar; a prevenção do câncer de colo uterino (10,6%), em segundo; diabetes *mellitus* (5,6%), em terceiro e lombalgia (4,5%), em quarto. A distribuição com os motivos de atendimento está descrita na Tabela 2.

Quanto às queixas, que foram definidas pelos sinais e sintomas referidos pelos entrevistados, foram obtidas 87 no CSF em estudo. A lombalgia (13,8%) ficou em primeiro lugar em prevalência, seguida de cefaleia (6,9%), em segundo. A distribuição com as queixas de atendimento está descrita na Tabela 3.

Em relação às doenças, foram obtidas 108. A hipertensão arterial (37%) ficou em primeiro lugar em prevalência, seguida de diabetes *mellitus* (13,9%). A distribuição das doenças do CSF está descrita na Tabela 4.

A procura por encaminhamentos para serviços especializados corresponderam a apenas 1,5% dos motivos de consulta neste CSF. Apenas 1,6% dos usuários do CSF procuraram a unidade para pedir, por conta própria, encaminhamento ao especialista.

Tabela 3. Distribuição das queixas de atendimento no CSF.

Queixa (Sinal ou Sintoma)	Total	%
Lombalgia	12	13,8
Cefaleia	6	6,9
Dor abdominal difusa	6	6,9
Fraqueza	5	5,7
Febre	5	5,7
Mancha na pele	5	5,7
Síndrome gripal	5	5,7
Alergia	4	4,6
Dor no joelho	4	4,6
Artralgia difusa	3	3,4
Claudicação intermitente	3	3,4
Tosse	3	3,4
Precordialgia	3	3,4
Disúria	2	2,3
Dor em membro superior	2	2,3
Dispneia	2	2,3
Hematúria	2	2,3
Tontura	2	2,3
Diarreia	1	1,1
Síncope	1	1,1
Vômitos	1	1,1
Epigastria	1	1,1
Mal-estar	1	1,1
Úlceras disseminadas pelo corpo	1	1,1
Alopecia	1	1,1
Mialgia generalizada	1	1,1
Dor na face	1	1,1
Hipotensão	1	1,1
Dor torácica difusa	1	1,1
Odinofagia	1	1,1
Náuseas	1	1,1
31	87	100,0

Tabela 4. Distribuição das doenças no CSF.

Doença	Total	%
Hipertensão arterial sistêmica	40	37,0
Diabetes	15	13,9
Osteoporose	6	5,5
Artrite	5	4,6
Gastrite	5	4,6
Faringite	4	3,7
Nefrolitíase	4	3,7
Micose superficial	3	2,8
Otite	3	2,8
Arritmia cardíaca	2	1,8
Doença arterial coronariana	2	1,8
Doença do refluxo gastroesofágico	2	1,8
Fimose	2	1,8
Ovários policísticos	2	1,8
Úlcera vascular única	2	1,8
Verminose	2	1,8
Anemia	1	0,9
Asma	1	0,9
Pneumonia	1	0,9
Epilepsia	1	0,9
Tuberculose	1	0,9
Dermatite seborreica	1	0,9
Glaucoma	1	0,9
Rinite alérgica	1	0,9
Abscesso axilar	1	0,9
25	108	100,0

Discussão

Neste estudo fica evidente a predominância do atendimento à mulher⁹, possivelmente pela menor inserção desta no mercado formal de trabalho, com maior disponibilidade de tempo, além de uma possível percepção diferenciada do seu processo saúde-doença¹⁰.

A maior utilização feminina dos serviços de saúde, sejam estes ambulatoriais ou hospitalares, é bem estabelecida pela literatura. Enquanto a demanda masculina por serviços ambulatoriais é descrita, em sua maior parte, como gerada pelo trabalho ou pelo seguro social, a demanda feminina apresenta-se essencialmente como voluntária, revelando maior propensão das mulheres a buscar cuidados de saúde de modo espontâneo¹¹.

Outro ponto importante que este estudo sugere, para justificar a predominância das mulheres nessa Unidade Básica de Saúde, é a procura pela prevenção do câncer, sendo os exames para prevenção do câncer de colo uterino o segundo motivo de atendimento mais comum nessa unidade. A procura das mulheres pelo planejamento familiar é outro fator que se soma e contribui para a maior prevalência do sexo feminino no CSF.

Na avaliação do perfil demográfico, segundo a faixa etária, demonstrou-se que mais de 50% dos pacientes entrevistados têm idade superior a 40 anos. Houve prevalência de 38,1% de pessoas com idade no intervalo de 41 a 60 anos, sendo este va-

lor equivalente ao encontrado (36%) no estudo observacional transversal de Azeredo et al., numa amostra com 364 domicílios de Teixeiras, em Minas Gerais, de novembro de 2003 a fevereiro de 2004¹², e equivalente também àquele encontrado (36,19%) no de Magnago, em Tubarão, Santa Catarina¹³.

É possível que a maior demanda por atendimento na idade de 41 a 60 anos encontrada neste estudo seja causada pela alta frequência de doenças crônicas nessa faixa etária, associada ao provável maior número de pessoas nessa faixa etária que moram no local de abrangência da Unidade de Saúde.

Em relação aos motivos de atendimento, a hipertensão arterial sistêmica foi o motivo de consulta mais prevalente e a doença mais frequente. Diabetes *mellitus* foi a segunda doença mais frequente no presente estudo. Esse dado é compatível com os dados da literatura atual, os quais mostraram, na maioria dos estudos, a hipertensão arterial sistêmica como principal causa de consulta ambulatorial em unidades básicas de saúde preventiva^{9,14}.

A hipertensão arterial representa importante condição patológica em saúde pública pela sua prevalência e detecção tardia, na maioria das vezes. Desencadeia graves situações individuais e familiares, como a invalidez, ou situações coletivas como alocação de gastos públicos que envolvem internações. É caracterizada como fator de risco para doenças cardiovasculares¹⁵.

Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial sistêmica é uma das principais do grupo das doenças cardiovasculares e, nos últimos anos, vem crescendo de forma significativa. Nesse contexto, ressalta-se que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros são portadores da doença e sua prevalência varia de 22,3 a 43,9% na população adulta¹⁶.

O diabetes *mellitus* também é uma doença crônica muito comum, que representa um importante problema de saúde pública em nosso meio. As projeções do crescente número de pessoas que desenvolverão essa doença são alarmantes. Em 1995, estimava-se a existência de 135 milhões de pessoas com diabetes no mundo. Em 2025, calcula-se que esse número passe para 300 milhões¹⁷.

O Ministério da Saúde traçou vários planos de ações, com a finalidade de reduzir as complicações e os óbitos decorrentes das doenças crônicas. Ao realizar parcerias com os estados, municípios e união, além de apoios das associações de cardiologia e hipertensão, implantou-se, em 2000, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes *Mellitus* no Brasil. Este possibilitou oferecer melhoria da assistência aos pacientes portadores de doenças crônicas não-transmissíveis¹⁸.

Dentre estas ações está o HIPERDIA, que é um plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, o qual permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único

de Saúde (SUS) e garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e para o Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas¹⁹.

Desta forma, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são doenças crônicas muito comuns que merecem atenção especial, sendo necessário implementar um processo de educação permanente em ambas para os profissionais da rede básica de saúde do SUS, visando capacitá-los e atualizá-los continuamente na prevenção, no diagnóstico, no tratamento e no controle desses agravos.

Em relação às queixas (sintomas e sinais) mais prevalentes neste estudo, a lombalgia foi a queixa mais frequente em nossa Unidade e a cefaleia ficou em segundo lugar. Esse dado está de acordo com a literatura analisada, que afirma ser a lombalgia uma das queixas mais comuns da atualidade e o principal motivo de consultas em clínica geral²⁰⁻²².

As causas mais prevalentes de dor crônica na APS são lombalgias e cefaleias²³. Tais manifestações álgicas podem alcançar níveis epidêmicos em determinadas populações, com consequências negativas importantes dos pontos de vista social e econômico^{24,25}.

Teixeira et al. estimam que cerca de 70% da população em geral no Brasil poderá apresentar lombalgia em algum momento da vida, e que cerca de 10 milhões de pessoas no país poderão apresentar algum período de incapacidade, devido à lombalgia²⁶. Lemos estima que 80 a 90% da população adulta sentem dor lombar em algum momento da vida²⁷.

A OMS estima que 80% dos sujeitos têm ou terão lombalgia e, em 1 a 7% dos casos, a dor inicial tende a se tornar crônica. A dimensão desses dados traz como consequência prejuízos econômicos, sendo que as despesas relacionadas à lombalgia, incluindo os gastos para negócios, indústria e governo, totalizam cerca de 50 bilhões de dólares anuais^{28,29}.

No Brasil, as doenças da coluna correspondem à primeira causa de pagamento do auxílio-doença e a terceira causa de aposentadoria por invalidez³⁰⁻³³. Nos EUA, a lombalgia é a causa mais frequente de limitações para atividades da vida diária³⁴.

A outra causa mais prevalente de dor crônica na APS é a cefaleia. As cefaleias representam a sétima causa de procura por assistência ambulatorial nos EUA, perfazendo cerca de 18 milhões de visitas médicas por ano³⁵.

Desse modo, tanto a lombalgia quanto a cefaleia são quadros clínicos importantes no atendimento aos pacientes da APS, já que são bastante prevalentes, com etiologia benigna na maioria das vezes, e que leva os pacientes a procurarem assistência médica. Por conta disso, os médicos que atuam na APS necessitam de treinamento adequado para identificarem e tratarem os pacientes portadores de tais quadros clínicos.

Em relação aos encaminhamentos, comprovou-se a importância da Unidade Básica de Saúde em atender à maioria das morbidades que acometem a comunidade estudada, uma vez que apenas 1,6% dos usuários foram ao CSF pedir encaminhamentos para serviços especializados, mostrando que a maioria dos usuários tem consciência de que a maioria dos seus problemas podem ser solucionados com o clínico geral da Unidade Básica de Saúde.

O clássico estudo de White³⁶ demonstrou que, em uma população de 1.000 pessoas com mais de 15 anos, após um período médio de um mês, 750 terão sintomas ou problemas de saúde. A maioria dessas pessoas lidará com seus próprios problemas, mas 250 consultarão um clínico geral. Destas, cinco serão encaminhadas a um especialista e nove, hospitalizadas. Após 40 anos, o estudo foi repetido, utilizando-se metodologia similar e incluindo crianças. As proporções se mantiveram as mesmas³⁷. Este estudo mostra que 98% das pessoas que procuram assistência médica podem ter seus problemas resolvidos na atenção básica, sem necessidade de encaminhamento para um especialista.

Um estudo de demanda ambulatorial mostrou que, de um total de 7.849 atendimentos realizados em um serviço de APS, ao longo de 15 dias, 9% resultaram em encaminhamento para cuidados secundários e terciários³. Este estudo também demonstra que a maior parte dos problemas da população pode ser resolvido na Atenção Primária.

Os dados referentes à pequena procura por encaminhamentos na Unidade Básica de Saúde em estudo comprovam o valor do atendimento primário à saúde como porta de entrada do cidadão ao atendimento fornecido pelo SUS, diminuindo a sobrecarga dos serviços de urgência e de maior densidade tecnológica. Além disso, a postura preventiva adotada em tais unidades contribuiu para este objetivo³⁸.

É importante assinalar que uma limitação deste trabalho é a ausência de um sistema de classificação (CID, CIAP) para classificar as doenças, os sintomas e os sinais clínicos dos usuários. A classificação utilizada foi criada no próprio estudo, entretanto, esta utiliza termos técnicos e semiológicos da Medicina.

Conclusão

Este trabalho contribuiu para a melhor caracterização do perfil epidemiológico dos usuários dos serviços de saúde da atenção básica e para diagnosticar as causas mais comuns de atendimento na Atenção Primária.

Encontrou-se maior prevalência de mulheres dentre os usuários da Unidade Básica de Saúde estudada e destacou-se a predominância, segundo faixa etária, dos pacientes com idade superior a 40 anos. Tal fato mostra que, nessa faixa etária, a

necessidade por atendimento médico é maior, provavelmente devido à alta frequência de doenças crônicas e debilitantes.

Em relação às doenças, este estudo foi de acordo com os dados da literatura, revelando que a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus* são as mais prevalentes na atenção básica de saúde, corroborando os esforços para o diagnóstico e o controle dessas patologias.

Lombalgia e cefaleia foram as queixas (sinais e sintomas) mais comuns na população investigada, o que reforça a importância da detecção e do tratamento destas afecções clínicas pelas equipes da APS.

Em relação aos encaminhamentos, ficou evidente que a maioria dos problemas puderam ser resolvidos na atenção básica de saúde, sem necessidade de procurar serviços especializados.

Referências

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Seminário do CONASS para construção de consensos. Brasília: CONASS; 2004.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
3. Porto Alegre. Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Núcleo de Epidemiologia. Estudo da Demanda Ambulatorial. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde; 2002.
4. Radaeli SM, Takeda SMP, Gimeno LID, Wagner MB, Kanter FJ, Mello VM, et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana. Rev Saúde Pública. 1990; 24(3): 232-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101990000300010>
5. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial de Saúde; 2003.
6. Salvio RCNS, Salek MPC, Goicochea AE, Teixeira RJ, Anderson MIP. Inquérito de morbidade de serviço de primeiro atendimento ambulatorial em hospital universitário. Rev bras med fam comunidade. 2008; 4(14): 91-101.
7. Carvalho MS, D'orsi E, Prates EC, Toschi WDM, Shiraiwa T, Campos TP, et al. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1994000100003>
8. Riveira FJH. Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
9. Faleiros JJ, Martinez JC, Piccini RX, Adures TRML, Neto JISM, Silva DB. Motivos de consultas mais frequentes e utilização de um serviço de Atenção Primária à saúde. Rev Assoc Med Rio Grande do Sul. 1985; 29(4): 297-300.
10. Duncan BB. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em Atenção Primária. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.
11. Faleiros JJ, Piccini RX, Gigante AG, Neutzling MB. Praticando e ensinando medicina na comunidade: A Assistência Médica. Rev Bras Ed Med. 1986; 10(2): 98-104.
12. Azeredo CM, Cotta RM, Schott M, Maia TM, Marques ES. Assessment of sanitation and housing conditions: the importance of home visits in the Family Health Program context. Rev Cienc Saúde Col. 2007; 12(3): 743-53. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300025>
13. Magnago RF, Moreira DS, Cunha L, Sakae TM. Perfil dos usuários do posto de saúde da família do bairro de Humaitá, Tubarão - SC. Arq Cat Med. 2009; 8(2): 12-20.
14. Sala A, Nemes MIB, Cohen DD. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. Cad Saúde Pública. 1998; 14(4): 741-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400016>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Caderno de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
17. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. Diabetes Care. 1998; 21(9): 1414-31. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.21.9.1414>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão: Sistema de Cadastro e Acompanhamentos de Hipertensos e Diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
20. Santos KGI, Silva MAG, Pereira JS. Prevalência de lombalgia em praticantes de exercício contra-resistência. Fisioter Bras. 2004; 5(1): 37-43.
21. Moraes ERP, Silva MAG, Pereira JS. A prevalência de lombalgia em capoeiristas do Rio de Janeiro. Fisioter Bras. 2003; 4(5): 311-9.
22. Silva GV, Bonfim ABC, Silva MAG, Rodrigues CG, Consedy F, Andrade JF. Disfunção muscular em pilotos de helicóptero. Fisioter Bras. 2005; 6(4): 281-9.
23. Von Korff M, Dunn KM. Chronic pain reconsidered. Pain. 2008; 138: 267-76. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2007.12.010>
24. Loney P, Stratford P. The prevalence of low back pain in adults: a methodological review of the literature. Phys Ther. 1999; 79(4): 384-96.
25. Rasmussen BK. Epidemiology and socio-economic impact of headache. Cephalalgia. 1999; 19(25): 20-3.
26. Teixeira MJ. Tratamento multidisciplinar do doente com dor. In: Carvalho MMMJ, editor. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. p. 77-85.
27. Lemos TV, Souza JL, Luz MM. Métodos McKenzie vs. Williams: uma reflexão. Fisioter Bras. 2003; 4(1): 67-71.
28. Aniche RA. Incidência da lombalgia de acordo com idade, sexo e profissão em uma clínica de ortopedia de São Paulo. [monografia]. Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto; 1993.
29. Van der Roer N, van Tulder MW, Barendse JM, Van Mechelen W, Franken WK, Ooms AC, et al. Cost-effectiveness of an intensive group training protocol compared to physiotherapy guideline care for sub-acute and chronic low back pain: design of a randomized controlled trial with an economic evaluation. BMC Musculoskelet Disord. 2004; 5: 45-51. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-5-45>
30. Fernandes RCP, Carvalho FM. Doença do disco intervertebral em trabalhadores da perfuração de petróleo. Cad Saúde Pública. 2000; 16: 661-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300014>
31. Noriega-Elio M. La polémica sobre lãs lumbalgias y su relación com el trabajo: estudio retrospectivo em trabajadores com invalidez. Cad Saúde Pública. 2005; 21(3): 887-97. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300023>
32. Diepenmaat AC, van der Wal MF, de Vet HC, Hirsing RA. Neck/shoulder, low back, and arm pain in relation to computer use, physical activity, stress, and depression among Dutch adolescents. Pediatrics. 2006; 117: 412-6. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2004-2766>
33. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. BMC Musculoskelet Disord. 2007; 8: 21. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-8-21>
34. Bratton RL. Assessment and management of acute low back pain. Am Fam Physician. 1999; 60(8): 2299-308.
35. Barret EJ. Primary care for women: assessment and management of headache. Nurse Midwifery. 1996; 41: 117-24.
36. White KI, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961; 265: 885-92. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>
37. Green LA, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM, Novo W. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001; 344: 2021-5. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJM200106283442611>
38. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no Sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 1994; 28: 261-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101994000400004>