

DEMANDA DE SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA PERIFERIA DE ÁREA METROPOLITANA*

Sonia Maria Radaelli**
Silvia M. Pasa Takeda***
Luisa Isabel D. Gimeno**
Mário B. Wagner ****
Flávio José Kanter**
Vera M. de Mello**
João César Borges**
Bruce B. Ducan ****

RADAELLI, S. M. et al. Demanda de serviço de saúde comunitária na periferia de área metropolitana.
Rev. Saúde públ., S. Paulo, 24: 232-40, 1990.

RESUMO: Para melhor conhecer o conteúdo da assistência ambulatorial em Assistência Primária à Saúde, procedeu-se a um estudo com uma amostra de 4.319 atendimentos, representando 7% da população atendida de março de 1985 a março de 1986. O estudo foi realizado na Unidade Sanitária Murialdo (SSMA), localizada na Vila São José, na periferia de Porto Alegre, RS (Brasil). O sexo feminino ocupou 67% do total de atendimentos. A composição etária esteve mais significativamente representada por crianças até 10 anos (37%) e mulheres em idade fértil (21%). As vinte primeiras razões de encontro corresponderam a 63% do total, e a razão principal de procura do serviço foi para renovação de receitas e pedido de medicamentos (9,3%). De todos os diagnósticos do estudo, os vinte primeiros corresponderam a 61%, sendo que hipertensão arterial sistêmica (8,8%), infecções de vias aéreas superiores (7,8%) e imunizações (5,5%) foram os mais frequentes. O procedimento mais realizado foi fornecer, prescrever ou administrar medicação. Foram encaminhadas 7,3% do total das pessoas atendidas, mais da metade (5,0%) para profissionais do próprio serviço e apenas 0,6% foram encaminhadas para hospitalização. Estes dados, acrescidos daqueles de pesquisas que captaram os aspectos de morbi-mortalidade não facilmente obtidos em estudos de demanda, poderiam servir para orientar o planejamento dos serviços sanitários e treinamento de pessoal.

DESCRITORES: Pesquisa sobre serviços de saúde. Cuidados primários de saúde. Necessidade e demanda de serviços de saúde. Morbidade.

INTRODUÇÃO

Estudar o conteúdo fundamental da prática médica, no marco da assistência primária à saúde em unidades sanitárias que prestam serviços neste nível, é hoje uma tarefa que se impõe. Planejar, programar, treinar, avaliar e retroalimentar, nos serviços de saúde, fazem parte de um processo que necessita espelhar-se em dados concretos da realidade.

A morbidade pode ser pesquisada por meio de inquérito domiciliar ou pela demanda das pessoas que se apresentam espontaneamente ao serviço.

Cada uma dessas abordagens permite observar uma parte da realidade, e só sua junção pode oferecer um quadro completo da morbidade na coletividade.

Dentro da abordagem por utilização do serviço, existem três elementos da consulta que em seu conjunto dão um perfil da morbidade: a razão de encontro, o diagnóstico e/ou problema e o procedimento.

Os estudos pormenorizados da morbidade em contextos relevantes à experiência brasileira são recentes. A bibliografia em nível regional e/ou nacional é escassa, e os trabalhos realizados em

* Apresentado no 11º Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária, Florianópolis, SC, 1987. Financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo nº 404795/84 — MP — 29.10.84)

** Unidade Sanitária Murialdo da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente — Rua Vidal de Negreiros, 443 — 90000 — Porto Alegre, RS — Brasil.

*** Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição — Rua Domingos Rubo, 20 — 90000 — Porto Alegre, RS — Brasil.

**** Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul — Rua Sarmento Leite, esq. Luiz Englert, s/nº — 90050 — Porto Alegre, RS — Brasil.

nível internacional^{5, 6, 7, 10, 14, 21} geralmente são pouco aplicáveis.

No caso do Brasil temos referências de estudos como este em Ribeirão Preto, SP²⁰, Pelotas, RS³, Porto Alegre, RS^{9, 11, 15} e um estudo multicêntrico⁸ que abrange cinco serviços em São Paulo e um em Pelotas. Embora os estudos de Ribeirão Preto e Pelotas trouxessem informações importantes, a metodologia não padronizada e pouco detalhada limitou sua utilidade. Os resultados das três pesquisas anteriores realizadas em Porto Alegre também foram limitados por seus objetivos e/ou esquemas de amostragem. O estudo multicêntrico⁸ teve como objetivo testar um dos sistemas de classificação utilizado nesse estudo. Assim, seus resultados foram relatados somente por componentes (categorias) da classificação, e não por motivos de consulta específicos. O relato do estudo concluiu que "o próximo passo será avaliar o uso dessa classificação na prática da assistência primária".

Contudo, obteve-se acesso a estudo⁴ realizado em outro serviço de saúde comunitária no Rio Grande do Sul. Tal estudo empregou a mesma metodologia e classificações que este trabalho. As características da população analisada eram muito semelhantes às da população aqui referida. Ainda, por outro estudo realizado em Murcia (Espanha)¹², com o qual foi possível estabelecer um paralelo pela semelhança na estruturação dos serviços, na metodologia e nos instrumentos de classificação empregados.

Os principais objetivos do presente trabalho foram conhecer as razões de encontro mais frequentes, os diagnósticos realizados ou problemas listados e os procedimentos comumente efetuados em um serviço de medicina comunitária da rede estadual, com a finalidade de contribuir ao melhor conhecimento do perfil sanitário.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo foi realizado na Unidade Sanitária Murialdo, localizada na Vila São José, na periferia da cidade de Porto Alegre, RS. Esta Unidade contava com oito postos avançados, cada um responsável pelo atendimento em cuidados primários para a população de uma determinada área geográfica. A escolha do serviço ficava a critério do paciente. Assim, nem todos os moradores da área de abrangência faziam uso da Unidade. Disponha também de um centro de saúde onde funcionavam os serviços de segunda linha, de laboratório e de plantão (noturno, fim-de-semana e feriado). Nestes locais trabalhavam técnicos com diferentes formações: auxiliares de saúde, assistentes sociais, psicólogos, veterinários, médicos e enfermeiros, além de pessoal em treinamento: médicos residentes e assistentes sociais.

Para fins deste estudo foram considerados os

atendimentos prestados em dois postos avançados, incluindo o atendimento no plantão das pessoas procedentes das áreas de abrangência desses dois postos. (O atendimento de plantão é unificado em um único local). O critério de escolha destes postos residiu no fato de serem os mais representativos da situação sócio-econômica dos moradores da Vila São José, de acordo com os dados do Censo do IBGE, 1986¹.

Segundo dados da Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente do Rio Grande do Sul, a população estimada da área que o serviço cobria era de 78.500 habitantes, sendo que cada um dos postos onde este estudo foi realizado abrangia uma população com cerca de 7.000 habitantes.

Foi realizado treinamento e um teste piloto com todas as pessoas que participaram do estudo, o que subsidiou o aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados e a familiarização do grupo com o instrumento.

Os atendimentos do serviço durante uma semana de cada estação do ano foi o objeto de observação. Durante o estudo, para cada atendimento era aberta uma ficha de coleta de dados onde se registrou o número do posto de saúde, a estação do ano, o local de atendimento (posto, plantão ou domicílio), o responsável pelo atendimento (auxiliar de saúde, assistente social, médico, enfermeiro, veterinário, psicólogo e outros), até duas razões de encontro, até cinco diagnósticos e/ou problemas e até três procedimentos.

No que se refere ao preenchimento das fichas, os responsáveis pelo atendimento registraram todos os itens, com exceção do item "diagnóstico e/ou problema" que só foi registrado pelos médicos.

As razões de encontro, como relatadas pelos próprios pacientes, foram classificadas através da "International Classification of Primary Care" (ICPC)¹⁶.

Para codificar os diagnósticos foram utilizadas as categorias diagnósticas da "International Classification of Health Problems in Primary Care-2" (ICHPPC-2)¹⁸, ressalva feita aos diagnósticos nos eixos psicológico e social (cap. V e XVIII da ICHPPC-2) que foram codificados através da Classificação Tri-axial da OMS para problemas em assistência primária à saúde^{2, 17}.

Preferiu-se a ICHPPC-2 - revisão de 1979¹⁸, e não a ICHPPC-2-Defined¹⁹ porque esta última exige alto grau de precisão diagnóstica que não foi possível em nosso nível de assistência primária à saúde.

Para codificar os procedimentos foi utilizada lista própria elaborada especificamente para este fim.

RESULTADOS

Gerais

Nesta pesquisa foram estudados 4.319 atendimentos. Eles representaram 7% das pessoas que procuraram o serviço em dois postos avançados da Unidade Sanitária Murialdo, no período de março de 1985 a março de 1986.

Destes 4.319 atendimentos que compuseram o total da amostra, tivemos 5.357 razões de encontro e 3.380 diagnósticos e/ou problemas listados. Isto constituiu uma média de 1,3 razões de encontro por pessoa. Por outro lado, nem todos os encontros resultaram em um diagnóstico, uma vez que tivemos uma média de 0,8 diagnóstico por atendimento. Isso se deveu pelo fato de que, conforme estabelecido previamente, nos atendimentos realizados pelos auxiliares de enfermagem e outros técnicos não-médicos não era preenchido o item "diagnóstico". Foram realizados 1.944 atendimentos médicos, o que significa que em cada um destes foram feitos em média 1,7 diagnósticos.

Em relação ao sexo, houve uma predominância de mulheres com 67% da demanda frente a 33% de homens. Ao analisar a faixa acima de 10 anos, o predomínio de atendimento a mulheres foi ainda mais evidente, ficando as mesmas responsáveis por 73% do serviço e os homens por 27% (Figura).

Com relação à idade, de todos os grupos, o que mais procurou atendimento foi o das crianças de 0 a 10 anos, para ambos os sexos, com 37% do total de encontros. O segundo grupo a destacar foi o das mulheres de 20 a 40 anos com 21% dos encontros. Nove por cento dos atendimentos prestados foram

a pessoas com 60 anos ou mais (Figura).

Em 45% dos casos, os atendimentos foram realizados por médicos; em 43%, por auxiliares; em 9%, por médicos e auxiliares; e, finalmente, em 3% por outros técnicos (psicólogos, enfermeiro, assistente social e outros).

A estação do ano de maior número de atendimentos foi a do outono, quando ocorreu 30% da procura, seguida pela primavera com 26%, inverno com 23% e, por último, pelo verão com 21%.

Foram realizados nos postos avançados, 76% dos encontros; no plantão, 23%; e nos domicílios, 1,2%.

Perfil Nosológico

As vinte razões de encontro mais frequentes corresponderam a 63% de um total de 5.357. As cinco principais foram: renovação de receitas, encontro administrativo, aferição de pressão arterial, febre e aplicação de injeção (Tabela 1).

Destas vinte primeiras, 18,0% representaram razões clínicas propriamente ditas como febre, sintomas e queixas da garganta, tosse, gripe, dor de cabeça, feridas e infecções, vômito, encôrrado e diarreia; 6,1% corresponderam a medidas de prevenção como imunizações, anticoncepção oral e pré-natal; 32,2% corresponderam a atividades de seguimento como: renovar receitas e pedir medicamentos, medir pressão, aplicar injeção, fazer curativos, pesar, receber o resultado de exames e consultar novamente; e 6,7% corresponderam a atividade sobretudo de tipo administrativo: pedido de atestados, marcação da consultas e abertura de

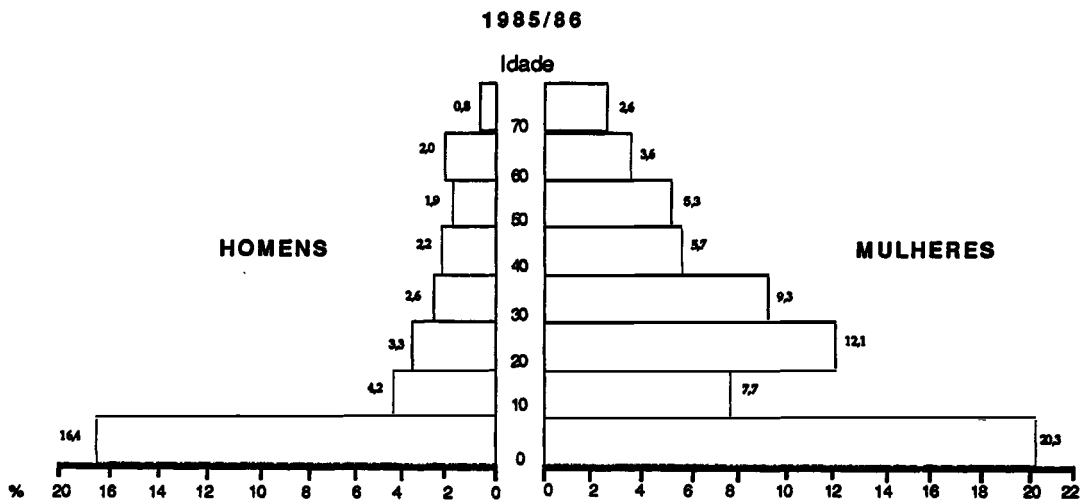


Figura — Distribuição da população da amostra por faixa etária e sexo. Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86.

TABELA 1
As vinte razões de encontro mais comuns observadas na Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Código*	Razões de Encontro	Nº	%
01	P50/A50	Renovação Receita/Pedido Medicamentos	497	9,3
02	D62/A62	Encontro Administrativo**	357	6,7
03	K31	Medir Pressão	339	6,3
04	A03	Febre	294	5,5
05	A55	Aplicar Injeção	236	4,4
06	S54	Curativo	207	3,9
07	T31	Pesar	206	3,8
08	A44	Imunizações	196	3,6
09	A60	Resultado de Exames	166	3,1
10	R21	Sintomas/Queixas de Garganta	145	2,7
11	R05	Tosse	112	2,1
12	R80	Gripe	80	1,5
13	N01	Dor de Cabeça	79	1,5
14	S11	Feridas/Infecções	77	1,4
15	A63	Reconsulta	69	1,3
16	W11	Anticoncepção Oral	66	1,2
17	D10	Vômito	64	1,2
18	R07	Encatarrado	64	1,2
19	W30	Pré-Natal	63	1,2
20	D11	Diarréia	59	1,1
Sub-total destas 20 mais comuns			3.376	63,0
Total			5.357	100,0

* Código da International Classification of Primary Care¹⁸.
** Atestados, marcação de consulta e abertura de prontuário de família

prontuário de família (Tabela 1). Menos de 1% das razões de encontro expressas foram problemas sociais.

Houve 278 diferentes razões de encontro, porém mais de 200 destas tiveram uma frequência menor do que 0,2%.

De um total de 3.380 diagnósticos, os vinte primeiros corresponderam a 61% de todos os diagnósticos. Os cinco principais diagnósticos pela ordem de frequência foram: hipertensão arterial sistêmica, infecções agudas das vias aéreas superiores, imunizações, amigdalites e paciente sadio (Tabela 2).

Cabe evidenciar a alta frequência de doenças infecciosas (49% de todos os diagnósticos). As mais frequentes foram infecções de vias aéreas superiores, amigdalites, pneumonia, impetigo, diarreia, parasitoses intestinais, pediculose e escabiose, cistite e infecção urinária e otite média. As doenças crônicas e/ou degenerativas ocuparam 16,6% de todos os diagnósticos sendo que as mais frequentes foram hipertensão arterial sistêmica, asma, diabetes mellitus e psicoses não especificadas (Tabela 2).

Observou-se nos diagnósticos e/ou problemas a presença de alguns itens que não são patologias em sentido estrito, mas que a classificação utilizada considera como diagnósticos. Isso explica o surgimento das imunizações, do paciente sadio, do cuidado pré-natal e da anticoncepção oral na listagem dos diagnósticos.

Quando se agruparam todos os diagnósticos por sistema ou tipo de problema, de acordo com a classificação utilizada (Tabela 3), constatou-se que os grupos mais representativos foram os do sistema respiratório (19%), das doenças infecciosas e parasitárias (13%) e das doenças do sistema circulatório (12%).

Chamou a atenção a frequência de registros no grupo "Medicina Preventiva", no qual as imunizações, o pré-natal e a anticoncepção foram os três diagnósticos mais frequentes (9%).

Observando a variação sazonal dos cinco diagnósticos mais frequentes verificou-se uma relativa constância na frequência de diagnóstico de

TABELA 2
Os vinte diagnósticos e/ou problemas mais comuns, observados na Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Código*	Diagnóstico e/ou Problema	Nº	%
01	120/121	Hipertensão Arterial Sistêmica	298	8,8
02	133/139	Infecções Agudas de Vias Aéreas Superiores	265	7,8
03	340	Imunizações	185	5,5
04	7/135	Amigdalites (Viral e Bacteriana)	182	5,4
05	900**	Paciente Sadio	160	4,7
06	351	Cuidado Pré-Natal	147	4,4
07	140	Pneumonia	128	3,8
08	144	Asma	112	3,3
09	323	Lacerações/Ferida Aberta	109	3,2
10	70	Ansiedade	81	2,4
11	344	Anticoncepção Oral	73	2,2
12	210	Impetigo	54	1,6
13	2	Diarreia Provavelmente Infecciosa	39	1,2
14	28	Parasitose Intestinal	39	1,2
15	29/30	Pediculose/Escabiose	37	1,1
16	170	Cistite e Infecção Urinária Inespecífica	36	1,1
17	52	Desnutrição	35	1,0
18	50	Diabetes mellitus	33	0,9
19	69	Psicoses não especificadas	31	0,9
20	102	Otite Médica Aguda e Crônica	30	0,9
Sub-total destas 20 mais comuns			2.074	61,4
Total			3.380	100,0

* "Position number" da International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision)¹⁹.
** Código suplementar.

TABELA 3

Frequência de Diagnósticos Agrupados Segundo a ICHPPC II* e a Classificação Tri-axial **, Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Seção de Diagnósticos	%
01	Doenças do Sistema Respiratório	19,2
02	Doenças Infecciosas e Parasitárias	13,4
03	Doenças do Sistema Circulatório	11,6
04	Medicina Preventiva	9,1
05	Desordens Mentais**	8,0
06	Gravidez, Parto e Puerpério	6,6
07	Doenças do Sistema Genito-Urinário	5,2
08	Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos	5,2
09	Acidentes e Envenenamentos	5,1
10	Doenças da Pele e Tecido Celular Subcutâneo	4,6
11	Doenças do Sistema Digestivo	3,4
12	Doenças Endócrinas, Nutricionais, Metabólicas	2,6
13	Doenças do Sistema Músculo-Esquelético e Tecido Conjuntivo	2,2
14	Problemas Sociais e Familiares**	1,6
15	Doenças do Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	1,0
16	Sinais/Sintomas Gerais e Condições Mal Definidas	0,7
17	Anomalias Congênitas	0,2
18	Neoplasias	0,2
19	Período Peri-Natal	0,1
Total (3.380 diagnósticos)		100,0

*International Classification of Primary Care ¹⁹.

**Classificação Tri-axial da OMS ¹⁵.

hipertensão arterial sistêmica e imunizações em cada estação. A variação sazonal foi um pouco maior para pré-natal e paciente sadio, porém infecções de vias aéreas superiores tiveram um comportamento diferente: após sofrer um aumento moderado na primavera, diminuíram consideravelmente no verão.

Considerando que o grupo das mulheres de 15 a 44 anos (Figura) foi aquele que mais consultou (27% do total da amostra) foram analisados detalhadamente os principais diagnósticos deste grupo (Tabela 4). Hipertensão arterial foi o diagnóstico mais freqüente. Ao se comparar com os homens (Tabela 5) da mesma faixa etária, observou-se que o número de mulheres com diagnóstico de hipertensão foi quase duas vezes maior. Embora as mulheres consultassem três vezes mais do que os homens, elas não o fizeram principalmente por problemas específicos da mulher. Do total de diagnósticos de mulheres de 15 a 44 anos (1.067 diagnósticos), 75% deveriam-se a patologias comuns aos dois sexos, e somente os 25% restantes corresponderam a patologias específicas do sexo feminino.

Conforme demonstra a Tabela 6, percebeu-se que, do total de procedimentos analisados, 39% referiram-se ao Grupo "Medicação" (fornecimento, prescrição e administração); 20% corresponderam

TABELA 4

Diagnósticos e/ou problemas mais comuns nas mulheres de 15-44 anos observados na Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Código*	Diagnóstico e/ou Problema	Nº	%
01	120/121	Hipertensão Arterial Sistêmica	70	6,6
02	344	Anticoncepcionais Orais	68	6,4
03	70	Ansiedade	56	5,2
04	900**	Paciente Sadio		
	7/135	Amigdalites (viral e bacteriana)	46	4,3
05	133/139	Infecções Agudas de Vias Aéreas Superiores	32	3,0
06	144	Asma	32	3,0
08	340	Imunizações	27	2,5
09	189	Menstruação Atrasada/ Escassa/Rara	23	2,2
10	194	Outros Distúrbios Orgânicos da Genitália Feminina	19	1,8
Sub-total destes 10 mais comuns			392	36,8
Total			1.067	100,0

* "Position number" da International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision)¹⁹.

** Código Suplementar.

TABELA 5

Diagnósticos e/ou problemas mais comuns nos homens de 15-44 anos. Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Código*	Diagnóstico e/ou Problema	Nº	%
01	323	Laceração/Cicatriz aberta	25	9,0
02	900**	Paciente Sadio	24	8,7
03	7/135	Amigdalites (Viral e Bacteriana)	22	8,0
04	340	Imunizações	20	7,2
05	120/121	Hipertensão Arterial Sistêmica	13	4,7
06	A105	Abuso Crônico de Alcool	11	4,0
07	133/139	Infecções Agudas de Vias Aéreas Superiores	10	3,6
08	069	Psicoses (Excluídas aquelas por Alcoolismo)	9	3,3
09	067	Esquizofrenia (Todos os Tipos)	8	2,9
10	140	Pneumonia	7	2,5
Sub-total destes 10 mais comuns			149	53,9
Total			276	100,0

* "Position number" da International Classification of Health Problems in Primary Care (1979 revision)¹⁹.

** Código Suplementar.

TABELA 6
 Frequência dos procedimentos analisados. Unidade Sanitária de Vila São José — Porto Alegre, RS, 1985/86

Ordem	Procedimentos	Nº	%
01	Medicação	2.183	39,0
02	Aconselhamento e Educação	1.119	20,0
03	Acompanhamento (controle de peso, aferir pressão arterial e curativos)	878	15,7
04	Procedimentos Administrativos*	459	8,2
05	Encaminhamentos	403	7,3
06	Exames Complementares	252	4,5
07	Imunizações	213	3,8
08	Rancho (Programa de Suplementação Alimentar)	84	1,5
Total		5.591	100,0

* Atestados, marcação de consultas e abertura de prontuário de família.

a "Aconselhamento e educação para a saúde" em nível grupal e/ou individual.

Seguindo a ordem de frequência, "Acompanhamento" (medir pressão arterial, pesar e fazer curativo) corresponderam a 15,7% dos procedimentos.

"Procedimentos administrativos" ocupam 8,2% de todos os procedimentos. Neste item foram incluídos agendamentos de consulta (4,9%), atestados de saúde e doença (2,1%), abertura de prontuário (0,7%), agendamento de visitas domiciliares (0,5%).

De todas as pessoas atendidas, 7,3% foram encaminhadas, sendo que 4,6% para profissionais de segunda linha dentro do próprio serviço e 2,1% foram referidas para fora do sistema. Somente 34 pacientes (0,6%) foram encaminhados para hospitalização.

COMENTÁRIOS

Gerais

Em relação ao sexo, as mulheres foram as que mais procuraram o serviço. Alguns aspectos para explicar o fato foram levantados: as mulheres estão mais em contato com o serviço de saúde uma vez que são elas que levam os filhos ao médico, preocupam-se com a anticoncepção e com a própria gestação. O horário de funcionamento dos postos (diurno) enquanto favorece o acesso da população feminina (na maioria donas de casa, diaristas e domésticas) dificulta este mesmo acesso à população masculina, em função dos seus horários de trabalho (construção civil e setor terciário da produção).

Em relação à idade, houve o predomínio das crianças até os 10 anos para ambos os sexos na amostra estudada. Fazendo a leitura para a faixa que

vai até os cinco anos, observou-se que é ainda maior a concentração neste grupo. Supôs-se que isto ocorreu em função da alta frequência de doenças infecciosas para as quais condutas bem desenvolvidas, necessitando pouco apoio laboratorial e de alta resolutividade, são disponíveis na rede pública, e em função da priorização dada pela Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente a este grupo etário, o qual possui programas específicos como imunizações, suplementação alimentar e puericultura.

Frente aos objetivos para se efetuar visitas domiciliares, ou seja, atendimento médico, busca de faltosos em programas, pesquisas epidemiológicas do processo saúde-doença e rastreamento de fatores de risco e prioridades, considerou-se o número de visitas realizadas, 1,2%, baixo.

Perfil Nosológico

Os dez primeiros motivos de consulta corresponderam a 51,4% do total, sendo que os cinco mais frequentes perfizeram um terço (32%) do total (Tabela 1). Estes dados evidenciaram que alguns problemas neste nível de assistência à saúde eram frequentes e mereceram maior atenção por parte dos formadores de técnicos na área de saúde.

Em comparação com o estudo do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição⁴, a procura para renovação de receitas e pedido de medicamentos foi muito alto: 9,3% no Murialdo comparado a 1,2% no Conceição. Para avaliar melhor este dado foram verificados os diagnósticos das pessoas cuja razão de encontro era buscar medicação. Assim, das doenças crônicas, a lista vem encabeçada por patologias no eixo psiquiátrico e/ou neurológico (ansiedade e epilepsia, principalmente). Convém chamar a atenção para a necessidade de estudos que verifiquem se há excesso de medicação nas práticas de saúde. Convém, também, avaliar se o paciente que faz uso crônico de medicamentos é revisado regularmente sobre a adequação da dosagem, o surgimento de efeitos colaterais e necessidade ou não de manter a droga.

Salienta-se que um pequeno número de problemas concentrou grande parte dos diagnósticos. Os dez primeiros diagnósticos corresponderam a 46%. Se tomados comparativamente, os dez primeiros diagnósticos corresponderam no Conceição⁴, a 42%; no estudo de Murcia, a 39%; e no "National Ambulatory Medical Care Survey" (NAMCS), a 41%^{7,12}.

Destes estudos comparou-se também a frequência para alguns diagnósticos. Chamou a atenção que em três dos cinco diagnósticos mais comuns (infecção das vias aéreas superiores, hipertensão arterial sistêmica e amigdalite) a ordem de frequência foi muito semelhante (Tabela 7).

TABELA 7
Diagnósticos mais frequentes em diferentes estudos de demanda ambulatorial

Diagnósticos	Muraldo	Conceição*	Murcia**	NAMCS***
	1985/86 %	1986 %	1981/82 %	1980 %
HAS****	8,8	10,1	11,0	4,4
IVAS*****	6,5	11,7	7,6	2,6
Imunizações	5,5	—	—	—
Amigdalite	5,4	3,7	3,1	0,8
Paciente Sadio	4,7	3,2	—	—
Pré-Natal	4,4	3,2	—	4,6
Pneumonia	3,8	1,3	—	—
Asma	3,3	4,0	—	1,0
Ferimento	3,2	—	—	—
Ansiedade	2,4	7,8	—	—

- * Ver referência bibliográfica nº 4.
 ** Ver referência bibliográfica nº 11.
 *** Ver referência bibliográfica nº 6.
 **** Hipertensão arterial sistêmica.
 ***** Infecções de vias aéreas superiores.

No estudo realizado o pré-natal ocupa o 8º lugar em ordem de frequência. Considerando a taxa bruta anual de fecundidade igual a 3%¹³, esperava-se para a população de referência (14.000 habitantes) uma prevalência de 315 mulheres grávidas a cada mês durante nove meses (420 por ano). Colocando como meta nove consultas por gestante durante a gravidez, estima-se que em um período de quatro semanas deveriam ocorrer 315 consultas pré-natais. Durante o presente estudo foram realizadas 147 consultas, ou seja, 47% de cobertura em relação à meta proposta.

Supõe-se que algumas causas para a baixa cobertura encontrada foram: a) desconhecimento da importância do pré-natal; b) inserção da gestante no mercado de trabalho; c) sistema de saúde voltado mais para atividades curativas do que preventivas; d) procura de outros serviços que garantam a internação no momento de parto, uma vez que na Unidade Sanitária Muraldo não existe um sistema de referência e contra-referência formal. Salienta-se a necessidade de um estudo que avalie melhor os índices de cobertura e adequação dos pré-natais.

Na área onde o trabalho foi realizado havia grande quantidade de problemas sociais (altos índices de desemprego, baixa cobertura de saneamento básico). Porém, os registros deste trabalho não acompanharam esta constatação. Os diagnósticos no eixo social tiveram frequência menor que a esperada. Talvez exista sub-registro, provavelmente porque a grande maioria dos médicos não se deteve a investigar problemas nesse eixo e nem a registrá-los. Esta atitude é o reflexo da tendência dos médicos a reduzirem os problemas a seus aspectos bio-psíquicos. Acredita-se que se o item "Diagnósticos" fosse preenchido não exclusivamente por mé-

dicos, seria maior o registro de problemas sociais.

A investigação das razões de encontro dos pacientes que receberam diagnóstico de paciente sadio mostrou que as principais razões foram as seguintes: encontro administrativo, aferição do peso para obtenção de rancho, consulta de revisão, exame ginecológico, imunizações, aferição da pressão arterial e planejamento familiar.

Comparando os diagnósticos agrupados segundo a ICHPPC-2 deste estudo com o da Espanha¹², observou-se que houve semelhanças na frequência em algumas categorias. As doenças dos sistema respiratório e circulatório encontraram-se entre as mais frequentes em ambos os estudos (Tabela 7). No que se refere aos grupos das doenças infecto-contagiosas (13,4% no Muraldo e 2,6% em Murcia), da gravidez, parto e puerpério (6,6% no Muraldo e 0,2% em Murcia) e das doenças mentais (8,0% no Muraldo e 3,0% em Murcia), no Muraldo esses grupos sobressaíram com uma frequência quase três vezes maior. Salienta-se que para desordens mentais utilizou-se neste estudo a classificação Triaxial da OMS¹⁷, e em Murcia, a ICHPPC-2¹⁸.

Procedimentos

O aconselhamento e a educação foram o segundo item em ordem de frequência com 20% dos procedimentos. Isto foi reflexo, em parte, das atividades do grupo praticadas, tanto terapêuticas (pacientes com doenças psiquiátricas, com hipertensão arterial sistêmica, com abuso crônico de álcool e desnutrição) como preventivas (gestantes).

Nos "Encaminhamentos" de um modo geral, Muraldo situou-se em uma posição intermediária em relação à frequência de encaminhamentos dos outros estudos. Em ordem crescente, no NAMCS⁷ foram encaminhados 6,0% dos pacientes; no Conceição⁴, 6,8%; no Muraldo, 7,3%; e Murcia¹² foi o que mais encaminhou, com 10%. Nos encaminhamentos especificamente para hospitalização, Muraldo e Conceição se comportaram igualmente com 0,6%; NAMCS⁷ apresentou o maior índice de referência para hospitalização, com 3,6%.

Sobre solicitação de "Exames complementares", Muraldo solicitou pouco se comparado com trabalhos realizados em outros serviços. No estudo de Pelotas⁹ foram solicitados exames complementares em 9,5% dos casos; Murcia¹², 10%; Conceição⁴, 19%; NAMCS⁷, 22%; e Muraldo, apenas 4,5%. Isto ocorreu principalmente porque no Muraldo, ao contrário dos outros trabalhos que observaram exclusivamente a demanda médica, foram também analisados os atendimentos prestados por técnicos não-médicos, o que contribuiu para baixar o percentual de solicitação de exames complementares do total dos procedimentos. Por outro lado, cabe colocar que no Muraldo não se contava com serviço

próprio ou de referência que suprisse a falta de alguns exames complementares básicos como culturas, raio-X, radioimunoensaio, entre outros.

Limitações

É importante salientar que os objetivos deste trabalho limitaram-se a caracterizar os atendimentos, quase na sua totalidade, de procura espontânea dos pacientes ao serviço.

Embora o serviço do Murialdo tivesse base geográfica, é sabido que existia certo grau de evasão para outros serviços por parte dos moradores desta área. Assim, os resultados descritos espelham a realidade dos atendimentos feitos e não a ne-

cessidade total da população da região servida.

Temos uma visão parcial do perfil sanitário da coletividade: os problemas de saúde daqueles que procuraram o serviço de saúde. É necessário que estas informações sejam complementadas com o conhecimento dos problemas daqueles que não vêm*.

Devido às características da Unidade (horário de atendimento, espectro de serviços oferecidos, e outros) existiam necessidades reprimidas, que este estudo não foi delimitado para medir. Além disso, o estudo não pretendeu mostrar a relação entre o que foi descrito e seus determinantes histórico-sociais, limitando-se conceitualmente às manifestações individuais das doenças.

RADAELLI, S. M. et al. [The demand for community health services in the metropolitan periphery area]. *Rev. Saúde públ., S. Paulo, 24: 232-40, 1990.*

ABSTRACT: The content of 4,319 consultations in primary health care representing 7% of all consultations from March, 1985 to March, 1986 at the Murialdo Health Center, was analyzed. The health center is located in the outskirts of Porto Alegre, RS (Brazil). Woman represented 67% of the total demand. Most consultations were for children under 10 years of age (37%) and woman of childbearing age (21%). The first twenty reasons for the visit corresponded to 63% of the total, and the most common reason for visiting the health center was for renewal of prescriptions and/or ordering medication (9,3%). Of all the diagnoses, the first twenty accounted for 62% of the total number of patients and the most frequent were: hypertension (8.8%), upper respiratory tract infection (7.8%), and immunization (5.5%). Prescription and administration of medication were the most common actions performed. Referrals resulted in 7.3% of the visits. Of these, 5% were sent to other providers within the Murialdo service. Only 0.6% were referred for hospitalization. These findings, combined with others which describe aspects of morbimortality not easily measured in studies of spontaneous demand for medical services, should help in the planning of primary health care services and in the training of health personnel.

KEYWORDS: Health services research. Primary health care. Health services needs and demands. Morbidity.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANUÁRIO ESTATÍSTICO DO BRASIL: 1980. (Fundação IBGE). Rio de Janeiro, 1981.
2. BUSNELLO, E. et al. O estudo conjunto da OMS sobre o registro tri-axial dos problemas de saúde — comunicação preliminar. *J. bras. Psiquiat.*, 32: 151-4, 1983.
3. FALEIROS, J. J. et al. Motivos de consulta mais freqüentes e utilização em um serviço de atenção primária à saúde. *Rev. Ass. méd. R.G. Sul*, 29: 297-300, 1985.
- **4. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Equipe de Epidemiologia. Diagnóstico de demanda ambulatorial. Porto Alegre, 1986. [Mimeografado].
5. HAIGHT, R.O. et al. Morbidity in the first year of a family practice and its comparison to the Virginia study. *J. Fam. pract.*, 9: 295-9, 1979.
6. KNOPKE, H. et al. A study of family in Winsconsin. *J. Fam. pract.*, 8:151-6, 1979.
7. LAURENCE, L. & MCLEMORE, T. 1981 summary: National Ambulatory Medical Care Survey. *Adv. Data Vital Hlth Statist.*, (88): 1-7, 1983.
8. LEBRÃO, M. L. Classificação internacional de motivos de consulta para assistência primária: testes em algumas áreas brasileiras. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 19: 69-78, 1985.
9. LOPES, J. M. et al. Diagnósticos mais comuns no serviço de medicina geral e comunitária, Unidades de Medicina de Família, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Porto Alegre, 1983. *Rev. Ass. méd. R. G. Sul*, 29: 301-6, 1985.
10. LOPEZ, I. M. et al. Morbilidad ambulatorial en el adulto. Servicio Salud Metropolitano Norte. *Cuad. med.*

* Relatório final do Seminário Interinstitucional sobre Pesquisas de Morbidade, promovido pela FUNDAP, São Paulo, 1984. (Dados inéditos).

** Não publicado. Original à disposição com os autores do presente trabalho.

- soc., Santiago de Chile, 25: 23-9, 1984.
11. MULLER, C. et al. Estudo da composição da demanda de uma unidade sanitária da Grande Porto Alegre. *Rev. Hosp. Clin.*, 32: 77-80, 1988.
 12. NICOLAS, J. A. et al. Estudio sobre la demanda sanitaria y morbilidad declarada en una pedania de Murcia. *Rev. sanit. Hig. públ.*, 58: 681-714, 1984.
 13. OLIVEIRA, L. A. P. et al. Tendências da fecundidade nos primeiros anos da década de 80. In: Encontro Brasileiro de Estudos Populacionais, 5ª, Águas de São Pedro, SP, 1986. *Anais*. Águas de São Pedro, 1986. p. 213-32.
 14. SCHEEWEISS, R. et al. Diagnosis clusters: a new tool for analyzing the content of ambulatory medical care. *Med. Care*, 21: 105-22, 1983.
 15. TAKEDA, S. et al. Estudo dos motivos de consulta em uma vila na periferia de Porto Alegre. *Rev. Ass. méd. R. G. Sul*, 29: 231-8, 1985.
 16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of primary care; revisão final. Geneva, 1984. [Fotocópia].
 17. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Handbook for field work WHO collaborate projects on recording health problems triaxially: physical, psychological and social components of claimed health care contacts (1981-1985). Geneva, 19
 18. WORLD ORGANIZATION NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS. Family Physicians, Classification Committee. *International classification of health problems in primary care; 1979 Revision*. Oxford, Oxford University Press, 1979.
 19. WORLD ORGANIZATION NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS. Family Physicians, Classification Committee. *International classification of health problems in primary care; 1983 Defined*. Oxford, Oxford University Press, 1983.
 20. YAZLLE-ROCHA, J. S. & NOGUEIRA, J. L. Padrões de morbidade em assistência primária na Região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 5: 215-24, 1985.
 21. YEKUTIEL, P. Morbidity recording in primary medical care its use for community diagnosis. *Israel med. Sci.*, 17: 160-9, 1981.

Recebido para publicação em 5/7/1989

Reapresentado em 30/1/1990

Aprovado para publicação em 30/1/1990