

## PERFIL DO USUÁRIO DE DEMANDA ESPONTÂNEA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE VITÓRIA-ES

Cláudia Reis Cardoso de Mello<sup>1</sup>; Karina Sagassa Batista<sup>2</sup>, Sofia Filippe Mariani<sup>3</sup>; Gustavo Gomes Oliveira<sup>3</sup>; Delmiro Coimbra<sup>3</sup>; Élio Andriolo<sup>4</sup>; Tânia Mara Machado<sup>1</sup>

1 Docente do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX

2 Preceptora do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX

3 Interno do Curso de Medicina da Faculdade MULTIVIX,

4 Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória

### RESUMO

A demanda espontânea (DE) tem sido um entrave para o alcance de metas pactuadas na Estratégia Saúde da Família (ESF), gerando insatisfação dos profissionais de saúde e do usuário. Em uma Unidade de Saúde da Família (USF), localizada na cidade de Vitória, Espírito Santo, mesmo com a oferta de serviços de rotina diariamente das 07 às 21 horas, o usuário tem procurado a DE oferecida das 07 às 16 horas. Objetivou-se, com este estudo, determinar o perfil do usuário que busca a DE em uma USF de Vitória-ES. Foi conduzido um estudo descritivo, com abordagem quantitativa e coleta de dados por meio de entrevistas com os que procuraram a DE, após orientação sobre a pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados foram consolidados em tabelas de frequência que foram analisadas pelos pesquisadores. Participaram 540 usuários, com predomínio do sexo feminino (64,80%) e idade superior a 40 anos (62,78%). Quanto ao estado civil, 51,86% eram casados e 55,50% tinham de 12 a mais anos de estudo. A renda mensal predominante foi de três a seis salários mínimos (50,38%), 76,85% informaram não ter plano privado de saúde e 70,40% procuraram por consulta médica. O tempo de início dos sintomas foi de até 3 dias para 91,12% dos entrevistados. A expectativa de 77,7% dos usuários da DE era a de ser atendido por um médico. O estudo apontou a necessidade de melhorar a compreensão da população adstrita à USF sobre a Estratégia Saúde da Família e de qualificar o processo de trabalho da equipe.

**Palavras-chave:** Demanda espontânea. Acolhimento. Atenção Primária à Saúde.

### INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) implantada no Brasil, em 1994, é hoje norteadora da política de saúde da atenção primária em todo o país. É um dos eixos estruturantes do SUS. Com o propósito de se focar no indivíduo e não na doença, tem a atenção centrada no indivíduo dentro de um contexto familiar, sem perder de vista os determinantes sociais<sup>1</sup>.

Destaca-se que a ESF não é capaz de oferecer atenção integral em todas as situações, contudo, tem alta resolutividade, articulando diversos tipos de tecnologias. Sua proposta de trabalho é ampla, passando do individual para o coletivo, do curativo para o preventivo, pelas ações de saúde, pela demanda programada e a espontânea. Lida com situações de alta e baixa complexidade, que exigem preparo e esforço das equipes que nela trabalham.

A ESF introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde. Isso significa *não esperar a demanda chegar para intervir*, mas de agir sobre ela preventivamente, constituindo-se, assim, um instrumento real da sua reorganização<sup>1</sup>.

A demanda espontânea é um dos grandes entraves para o cumprimento das pactuações feitas dentro da ESF. Encontra-se estruturada com foco na doença e na medicina curativa e

possui baixa capacidade de resolver os problemas de saúde. Possui, ainda, uma relação custo–benefício desvantajosa<sup>2</sup>.

O que significa acolher? Acolhe-se o usuário quando se faz uma triagem para uma consulta médica? Quando se decide quem tem direito a uma abordagem imediata ou quem deverá aguardar a vaga de demanda programada? Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir<sup>3</sup>.

O acolhimento nas Unidades de Estratégia Saúde da Família (USF) é hoje parte integrante do processo de trabalho, garantindo o princípio da acessibilidade universal. Por ela deve-se atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde. É visto como um instrumento reorganizador do processo de trabalho, viabilizando a utilização da ESF como porta de entrada, bastando, para isso, que influa positivamente no padrão de utilização dos serviços pelo usuário, corroborando a longitudinalidade do cuidado, uma vez que objetiva a formação de vínculos duradouros, potencializando a integralidade e fortalecendo a coordenação do cuidado<sup>4</sup>.

Com a inserção do acolhimento no modelo de atenção à saúde, o conceito de porta de entrada teve que ser redefinido, não só para as profissionais, mas também para o usuário. Assim, a implantação do acolhimento pressupõe uma reorganização da recepção nas USF, enfocando a escuta qualificada com resposta adequada a cada demanda, seja dentro da própria unidade de saúde ou encaminhando para outros serviços<sup>5</sup>.

O acolhimento pode aumentar a utilização da ESF como *porta de entrada*, de forma positiva, à medida que conseguir influir no padrão de utilização dos serviços por parte do indivíduo. Se bem organizada, pode contribuir com questões sócio-organizacionais do serviço tais como: horizontalidade das relações cuidador-indivíduo, aumento da disponibilidade dos profissionais para responder às demandas, oferta de cuidados aceitáveis e adequados às reais necessidades da população<sup>6,7</sup>.

Os trabalhos mais recentes mostram que existe atualmente uma grande confusão em relação à produção de uma demanda para os serviços de saúde, pois se confunde a demanda real com a imaginária. Os usuários, muitas das vezes, confundem procedimento com cuidado<sup>1, 2</sup>.

Esse comportamento dos usuários em relação aos procedimentos ocorre porque se atribui a eles, por exemplo, ao exame de alta complexidade, um valor que eles não têm que é o de produzir cuidado. O instrumento, a maquinaria, protocolos, foram venerados nos processos produtivos. A desinformação, a falta de espaços de fala e escuta entre trabalhadores e usuários contribuem para que estes tenham entendimento distorcido do que é cuidado em saúde<sup>3</sup>.

Os usuários desconhecem o trabalho em equipe desenvolvido na ESF e poucos valorizam as práticas de cuidado, priorizando a busca pelo exame e o medicamento na USF. Por outro lado, os trabalhadores têm dificuldades na reorganização do seu processo de trabalho, sendo este fundamental para a concretização de acolhimento e vínculo<sup>5</sup>. Os usuários não reconhecem, ainda, as USF como espaço do exercício de micropolítica e, por isso mesmo, um lugar onde é possível produzir mudanças<sup>3</sup>. Esse trabalho buscou caracterizar o perfil do

usuário que comparece à demanda espontânea da USF em estudo, de forma a poder, a partir da realidade, estruturar forma de intervenção para este grupo populacional.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado com os usuários da demanda espontânea, cadastrados ou não, na USF do estudo, localizada no município de Vitória - ES; Brasil. Esta USF está localizada em um bairro de classe média e média alta da capital.

Foram excluídos os usuários que buscaram outros procedimentos, que não a consulta na demanda espontânea e aqueles que não concordaram em participar do estudo voluntariamente.

A coleta de dados foi realizada na sala de pré-consulta por internos do curso de Medicina da Faculdade Brasileira – MULTIVIX no período de 4 (quatro) semanas entre 07:00 e 16:00 horas, por meio de entrevista que abrangeu as seguintes variáveis de interesse: idade; sexo; estado civil; escolaridade; bairro de residência, bairro de trabalho, renda mensal; existência de plano de saúde; motivo da procura pela demanda espontânea; início dos sintomas que motivaram a vinda à demanda espontânea e profissional pelo qual gostaria de ser atendido. Após a coleta dos dados foi realizada a consolidação dos mesmos, por meio das frequências absoluta e relativa que foram apresentadas em tabelas que, em seguida, foram analisadas pelos pesquisadores.

Nessa pesquisa foram cumpridas as questões éticas constantes na Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde que inclui o uso do termo de consentimento livre e esclarecido e o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Brasileira – MULTIVIX sob n.º 40/10.

## **RESULTADOS**

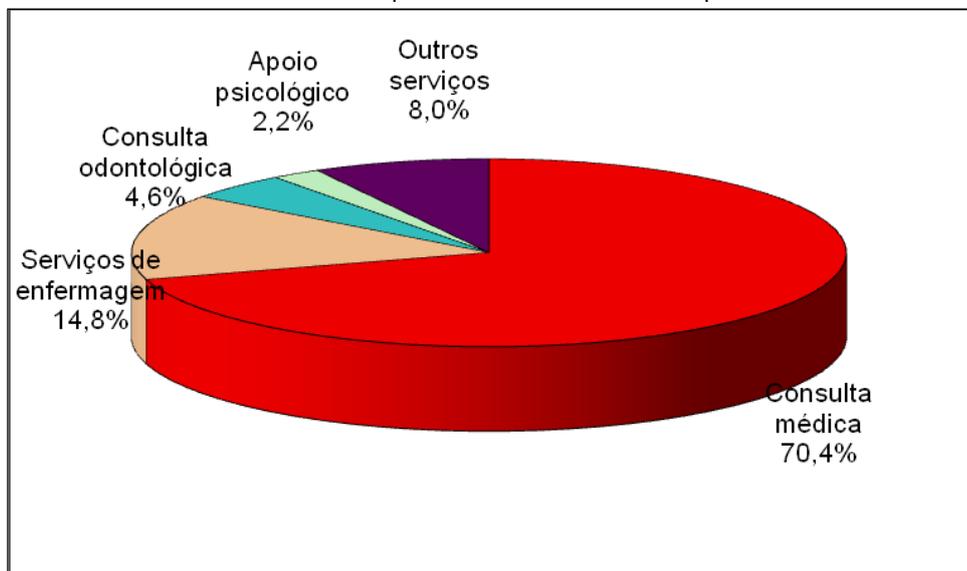
Participaram da pesquisa quinhentos e quarenta 540 usuários, com predomínio do sexo feminino (64,80%), tendo a maior parte deles idade superior a 40 anos (62,78%), estando 31,48% deles entre 40 e 49 anos. Quanto ao estado civil, 51,86% eram casados e no que diz respeito à escolaridade, 55,50% possuíam 12 ou mais anos de estudo, destacando-se ainda 3 usuários analfabetos e 16,50% que possuíam de 1 a < 9 anos de estudo. Na renda mensal observou-se que 38,33% dos usuários da DE recebiam abaixo de 3 salários mínimos. Quanto à existência de plano privado, 76,85% informaram não ter plano privado de saúde. (Tabela 1)

**Tabela 1:** Distribuição dos usuários da DE, segundo características sociodemográficas.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Sexo</b>		
Feminino	350	64,80%
Masculino	190	35,20%
<b>Faixa etária</b>		
< 9 anos	91	16,86%
10-19 anos	37	6,85%
20-39 anos	73	13,51%
40-49 anos	170	31,48%
50-59 anos	88	16,30%
60 anos ou mais	81	15,00%
<b>Estado civil</b>		
Solteiro (a)	123	22,78%
Casado (a)	280	51,86%
Divorciado (a)	76	14,07%
Viúvo (a)	61	11,29%
<b>Anos de estudo</b>		
Zero anos de estudo	3	0,60%
1 a < 9 anos	89	16,50%
9 a <12 anos	149	27,40%
≥ 12 anos	299	55,50%
<b>Renda mensal</b>		
Sem renda fixa	118	21,85%
< 3 salários mínimos	89	16,48%
3-6 salários mínimos	272	50,38%
> 6 salários mínimos	61	11,29%
<b>Plano de saúde</b>		
Sim	125	23,15%
Não	415	76,85%

Na análise dos motivos da busca pela DE, 70,40% procuraram para consulta médica. Os 8,00% dos usuários que procuram a DE por outros serviços, estes se referiram à solicitação de cadastros, aferição de pressão arterial e orientações gerais sobre os serviços da USF (Gráfico 1).

Gráfico 1 Motivos referidos para a busca da demanda espontânea na USF.



A maioria dos usuários da DE eram cadastrados na USF (70,38%). Em relação ao bairro de residência e bairro de trabalho, 50% residiam no bairro de abrangência da USF e 32,78% trabalhavam no mesmo. Quanto ao motivo da escolha da USF para busca de atendimento, 48,34% referiram ser perto da residência, destacando-se 13,7% que procurou a DE por achar que ali era um pronto socorro (Tabela 2).

Quanto ao início dos sintomas que os motivaram a procurar a DE, 91,12% responderam que os sintomas tinham até 3 dias de início, sendo que aqueles que informaram 1 dia de início dos sintomas corresponderam a 46,29% da população em estudo. Em relação à expectativa de atendimento profissional na DE, 77,78% informaram que procuravam ser atendidos por médicos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Distribuição dos usuários da DE, segundo características selecionadas.

Variável	Frequência absoluta	Frequência relativa
<b>Cadastro na USF</b>		
Sim	380	70,38%
Não	160	29,62%
<b>Residentes no bairro</b>		
Sim	270	50,00%
Não	270	50,00%
<b>Trabalha no bairro</b>		
Sim	177	32,78
Não	363	67,22
<b>Motivo da escolha USF</b>		
Perto da residência	261	48,34%
Perto do trabalho	129	23,89%
Estar na proximidade	76	14,07%
Pensou ser Pronto Socorro	74	13,70%
<b>Início dos sintomas</b>		
1 dia	250	46,29%
2 dias	173	32,03
3 dias	69	12,80%
Mais 1 semana	24	4,45%
Mais de 1 mês	11	2,03%
Mais de 1 ano	13	2,40%
<b>Expectativa de atendimento</b>		
Por médicos	420	77,78%
Outros	70	12,96%
Não responderam	50	9,26%

## DISCUSSÃO

Neste estudo houve predomínio do sexo feminino (64,80%) e de casados (51,86%) na busca do atendimento da DE, corroborando o fato de que, dentre os usuários cadastrados na USF, a maioria é do sexo feminino e casadas, sendo a pouca procura por serviços de saúde por parte de homens decorrente de um modelo hegemônico de masculinidade<sup>8,9</sup>.

O bairro de abrangência da USF possui maior contingente populacional na faixa etária de 40 a 49 anos, de acordo com os registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o que pode justificar ser esta a faixa etária que mais procura a DE. Já a faixa etária menos representada na DE (< 1 ano) fortalece a observação da equipe de saúde da USF em estudo, que com o progressivo aumento de custo com planos de saúde, as famílias priorizam fazê-lo para os filhos menores, em detrimento dos outros membros. Colabora também, para essa baixa demanda, a ausência de um pediatra da USF. Apesar de ser

também habilidade dos médicos de família o atendimento à criança, ainda faz parte da cultura da comunidade entender a presença de pediatra como necessidade de saúde.

Quanto à escolaridade, o predomínio de anos de estudo de 12 ou mais anos reflete a população da área adstrita à USF que é composta por funcionários públicos, profissionais liberais e universitários. Esse resultado foi diferente do encontrado por Elaine Tomasi et. al.<sup>4</sup> quando estudou as características da utilização de serviços de atenção básica à saúde entre as regiões Sul e Nordeste do Brasil, observando predomínio de usuários com ensino fundamental incompleto (36%).

Resultado não esperado pelos pesquisadores foi o local de residência dos usuários da DE, pois se tinha a hipótese de que pelo fato do bairro de abrangência da USF possuir muitos pontos comerciais, iria ser encontrado um número significativo de usuários que trabalhavam no bairro, mas que seriam moradores de outras áreas da Região Metropolitana de Vitória, o que não ocorreu.

Um aspecto de destaque é que metade dos usuários referiu residir no bairro, mas quando se analisa o cadastramento destes usuários, 70% referiram que são cadastrados, indicando que está ocorrendo cadastramento de não moradores ou que haja usuário que acredita que para ser atendido na DE, deve omitir que mora no bairro.

Os resultados também demonstraram que os usuários demandaram a DE com diferentes necessidades, porém foram destaques as de ordem biológica, centradas na medicalização e na figura do médico. Schimith e Lima<sup>5</sup> também encontraram que a realidade da população do seu estudo era o atendimento centrado no médico.

A maioria dos usuários da DE buscou o serviço com um dia de evolução do quadro clínico, quando muitas vezes ele ainda não está definido, indicando que esses usuários buscam o cuidado precoce com sua saúde.

## **CONCLUSÃO**

O estudo revelou um perfil de usuários da DE com predominância de mulheres com 12 ou mais anos de estudo, adultas, casadas e que não possuem plano privado de saúde. Destaca-se que a maioria buscou o atendimento com apenas um dia de início dos sintomas, preferindo o atendimento médico. Destacou-se o alto percentual de usuários cadastrados que deixaram de frequentar a rotina dos serviços da USF, optando pela DE, além da parcela de usuários que não conhece o funcionamento da Unidade, pois pensam ser um Pronto Socorro.

Os resultados remetem à necessidade de melhorar a compreensão da população adstrita à USF sobre a Estratégia Saúde da Família, o papel da USF e os serviços oferecem e qualificar o processo de trabalho da equipe, segundo as necessidades da sua população de abrangência, contribuindo, assim, com a qualidade do atendimento, garantindo o acolhimento adequado, a integralidade e a equidade, princípios norteadores do SUS.

## **REFERÊNCIAS**

1. PANIZZI, M.; FRANCO, T.B. A implantação do acolher Chapecó reorganizado o processo de trabalho. In: FRANCO, T.B. et al. (Org.). **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.79-109.
  2. ESMERALDO, G.R.O.V. et al. Análise do acolhimento na estratégia da saúde da família sob perspectiva do usuário. **Revista APS**. v.12, n. 2, p.119-130, abr./jun. 2009.
  3. ANDRADE, C.S.; FRANCO, T.B.; FERREIRA, V.S.C. Acolhimento: uma experiência de pesquisa-ação na mudança do processo de trabalho em saúde. **Revista APS**, v.10, n.2, p.106-115, jul-dez. 2007.
  4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. Brasília, DF, 2010.
  5. BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, DF; 2010
  6. TOMASI, E. et al. Características da utilização de serviços de atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil: diferenças por modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. v.16, n.11, p.4395-4404, 2011.
  7. Garuzi, Miriane et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. *Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health*. Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/111489>>.
  8. SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez, 2004.
- MOREIRA, RLSF; FONTES, WD de; BARBOZA, TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 615-621, Dez. 2014.