

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM POLÍTICAS PÚBLICAS  
EM SAÚDE (PPGPPS)

ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ (EFG)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Fiocruz)

Juliana Felix Silveira

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DEMANDA DE UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE URBANA E RURAL NO DISTRITO FEDERAL

Brasília

2021

Juliana Felix Silveira

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DEMANDA DE UNIDADES BÁSICAS DE  
SAÚDE URBANA E RURAL NO DISTRITO FEDERAL

Trabalho de dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas de Saúde da Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde (Área de concentração: Vigilância e gestão em saúde).

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Dutra Fenner

Brasília

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Fundação Oswaldo Cruz

S587c Silveira, Juliana Felix  
Caracterização do perfil de demanda de unidades básicas de saúde urbana e rural no Distrito Federal. / Juliana Felix Silveira. – Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz, 2021.  
109 f. ; il. color. ; tab. ; graf.

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) –  
Fundação Oswaldo Cruz. Escola de Governo Fiocruz, 2021.

Orientador: Prof. Dr. André Luiz Dutra Fenner.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 3. Perfil de saúde. 4. Centros de saúde. I. Fenner, André Luiz Dutra. II. Título. III. Fundação Oswaldo Cruz.

CDD 614.2

Catalogação na fonte: Livia Rodrigues Batista / CRB1 - 3443



**Juliana Felix Silveira**

**Caracterização do Perfil de Demanda de Unidades Básicas de Saúde Urbana e Rural no Distrito Federal.**

Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Vigilância e Gestão em Saúde.

Aprovado em 08/11/2021.

BANCA EXAMINADORA



---

Dr. André Luiz Dutra Fenner. Orientador - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília




---

Dra. Luciana Sepúlveda Köptcke - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília



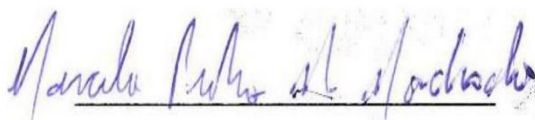
---

Dr. Bruno Brunelli - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF



---

Me. Carla Pintas Marques - Universidade de Brasília - UnB



---

Dr. Marcelo Pedra Martins Machado - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

Às mulheres infinitas e

*In memoriam* de todos aqueles que nos deixaram.

## AGRADECIMENTOS

Ao lembrar de agradecer, já reconheço de antemão que posso me esquecer de alguém.

Não fosse a pandemia, no meio do caminho, para lembrar-me incansavelmente do sentimento de gratidão pela vida.

Pelo suspiro, pelos abraços dados e não dados, pelos olhares trocados, carregados e empoçados de lágrimas, que já insistiram por derramar muitas vezes. Pelos sorrisos tapados por máscaras, que troquei com gente estranha que cruzou meu caminho e que me fizeram lembrar que a vida vale a pena.

Ao meu companheiro de “ladeira”, André. Que é puro amor e que me aqueceu nas longas madrugadas de trabalho com chá quente. Obrigada por todo o apoio. Sem você eu nem teria dado conta.

Aos meus guris, Caio e Heitor, que preenchem os meus dias de barulho de vida.

Aos meus pais, Kátia e Elizeu, pela lição de generosidade com a vida, que trago em cada passo que dou!

Aos meus irmãos, Mônica e Fábio, que são como um lugar firme e seguro onde posso pisar.

Aos meus “pacientes” da UBS 17 da Ceilândia, que são como combustível e me ajudam a ser gente todo “santo” dia.

Aos meus colegas de trabalho pelas trocas diárias, em especial minha querida equipe Lilás (Priscilla, Cassiana, Maria Clara, Ana Elisa, Adriene e Andreza). Somos o SUS real e possível!

Às minhas residentes, Cananda, Micaela e Renata, que são um bálsamo de renovação e alegria diária e me fazem ter esperanças por dias melhores!

Aos meus amigos tão queridos, que são meus incentivadores diários. Adriana, Priscilla, Rosana, Rossana, Márcia, Cinthia, Leia, Maurício, Daniela Mendes, Aline, Luís Henrique, Paula Lawall, muito obrigada! É bom partilhar a vida com vocês!

Aos queridos colegas do Mestrado, toda gratidão pelas trocas! A pandemia atravessou nossos caminhos, mas valeram os encontros!

Ao meu orientador André Fenner, pelo apoio e compressão, sobretudo nos momentos mais difíceis. Obrigada, obrigada!

À Fiocruz!

Viva os cientistas!

Viva a ciência!

Viva o SUS!



*Não me iludo  
Tudo permanecerá do jeito que tem sido  
Transcorrendo  
Transformando  
Tempo e espaço navegando todos os sentidos  
Pães de Açúcar  
Corcovados  
Fustigados pela chuva e pelo eterno vento  
Água mole  
Pedra dura  
Tanto bate que não restará nem pensamento*

*Tempo rei, ó, tempo rei, ó, tempo rei  
Transformai as velhas formas do viver  
Ensinai-me, ó, pai, o que eu ainda não sei  
Mãe Senhora do Perpétuo socorrei*

*Pensamento  
Mesmo o fundamento singular do ser humano  
De um momento  
Para o outro  
Poderá não mais fundar nem gregos nem baianos  
Mães zelosas  
Pais corujas  
Vejam como as águas de repente ficam sujas  
Não se iludam  
Não me iludo  
Tudo agora mesmo pode estar por um segundo (...)*

**Gilberto Gil**

## RESUMO

**Justificativa:** O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil consiste em Equipes de Saúde da Família (eSF). Esta forma de organização destaca-se como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde. A cobertura atual de ESF nacional é de 63,62% da população. As modificações ocorridas ao longo dos anos no Brasil, com o avanço da cobertura e o aumento da disponibilidade de serviços de saúde no nível da Atenção Básica (AB) reforçam sobre a necessidade de se estudar e conhecer os aspectos relacionados ao processo de saúde-doença das populações que são assistidas em território distintos (rural e urbano). Esse estudo procurou conhecer as características de demanda em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), rural e urbana, em Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal (DF), a partir dos problemas e condições avaliados por enfermeiros e médicos. **Método:** Estudo descritivo, realizado a partir de dados globais, secundários, não identificados, de registros de atendimento de janeiro a dezembro de 2019, extraídos do e-SUS-AB. **Resultados:** Foram identificados 52.103 registros de atendimento nas 4 UBS incluídas no estudo, 88% dos registros se deram em unidade urbanas, a população feminina representou 68,1% em unidade urbanas e 63% em território rurais, e 368 problemas distintos da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) avaliados em unidades rurais e 505 problemas em unidades urbanas. Na população rural 17 problemas distintos correspondem a 50% dos diagnósticos e na população urbana concentra-se apenas 5 problemas. Na CID-10 436 diagnósticos distintos em unidade rural e 825 em população urbana. Os problemas do capítulo Genital Feminino da CIAP-2 são predominantemente atendidos por enfermeiros, com 87%. Os atendimentos médicos concentram registros no grupo Geral e Inespecífico, Circulatório e Respiratório. **Conclusão:** Os registros de atendimento individual realizados por médicos e enfermeiros, durante os atendimentos, podem ser utilizados para caracterizar o perfil de morbidade e demanda de determinada população, em contextos de APS distintos. A partir da análise das condições avaliadas é possível planejar e programar a adequação da oferta de serviços, para faixa etária, sexo, características de problemas e territórios diferentes.

## ABSTRACT

**Justification:** The Primary Health Care (PHC) model adopted in Brazil consists of Family Health Teams (FHT). This form of organization stands out as the first point of attention and the preferred gateway to the health system. The current national FHT coverage is 63.62% of the population. The changes that have taken place over the years in Brazil, with the advancement of coverage and the increase in the availability of health services at the level of Primary Care (PC) reinforce the need to study and be aware of aspects related to the health-disease process of populations that are assisted in separate territories (rural and urban). This study sought to know the characteristics of demand in 4 Basic Health Units (UBS), rural and urban, in Administrative Regions (AR) of the Federal District (FD), starting from the problems and conditions assessed by nurses and doctors. **Method:** Descriptive study, based on global, secondary, unidentified data from care records from January to December 2019, extracted from e-SUS-AB. **Results:** 52,103 care records were identified in the 4 UBS included in the study, 88% of the records were in urban units, the female population represented 68.1% in urban units and 63% in rural territories, and 368 different problems from the International Classification of Primary Care (ICPC) evaluated in rural units and 505 problems in urban units. In the rural population, 17 different problems correspond to 50% of the diagnoses and in the urban population, there are only 5 problems. In ICD-10 436 different diagnoses in rural units and 825 in urban population. Problems in the ICPC-2 Female Genital chapter are predominantly attended by nurses, with 87%. Medical assistance concentrates assistance in the General and Nonspecific, Circulatory and Respiratory groups. **Conclusion:** The records of individual care carried out by doctors and nurses, during consultations, can be used to characterize the profile of morbidity and demand of a given population, in different PHC contexts. From the analysis of the conditions evaluated, it is possible to plan and program the adequacy of the offer of services, according to age group, gender, problem characteristics and different territories.

## RESUMEN

**Justificación:** El modelo de Atención Primaria de Salud (APS) adoptado en Brasil consiste en Equipos de Salud de la Familia (eSF). Esta forma de organización se destaca como el primer punto de atención y la puerta de entrada preferente al sistema de salud. La cobertura nacional actual del FSE es del 63,62% de la población. Los cambios que se han producido a lo largo de los años en Brasil, con el avance de la cobertura y el aumento de la disponibilidad de servicios de salud a nivel de Atención Primaria (AP) refuerzan la necesidad de estudiar y conocer aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad. poblaciones atendidas en territorios separados (rurales y urbanos). Este estudio buscó conocer las características de la demanda en 4 Unidades Básicas de Salud (UBS), rurales y urbanas, en las Regiones Administrativas (RA) del Distrito Federal (DF), a partir de los problemas y condiciones evaluados por enfermeros y médicos. **Método:** Estudio descriptivo, basado en datos globales, secundarios, no identificados de los registros de atención de enero a diciembre de 2019, extraídos de e-SUS-AB. **Resultados:** se identificaron 52.103 registros de atención en las 4 UBS incluidas en el estudio, el 88% de los registros fueron en unidades urbanas, la población femenina representó 68.1% en unidades urbanas y 63% en territorios rurales, y 368 problemas diferentes de la Clasificación Internacional. de la Atención Primaria (CIAP) evaluados en unidades rurales y 505 problemas en unidades urbanas. En la población rural 17 problemas diferentes corresponden al 50% de los diagnósticos y en la población urbana solo se concentran 5 problemas. En la CIE-10 436 diagnósticos diferentes en unidades rurales y 825 en población urbana. Los problemas en el capítulo genital femenino del CIAP-2 son atendidos predominantemente por enfermeras, con un 87%. La asistencia médica concentra registros en los grupos General y No Específico, Circulatorio y Respiratorio. **Conclusión:** Los registros de la atención individual realizados por médicos y enfermeras, durante las consultas, pueden ser utilizados para caracterizar el perfil de morbilidad y demanda de una determinada población, en diferentes contextos de APS. A partir del análisis de las condiciones evaluadas, es posible planificar y programar la adecuación de la oferta de servicios, según grupo de edad, género, características de la problemática y diferentes territorios.

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIAP2	Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde – Décima Edição
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
EPA	Enfermagem de Prática Avançada
MSB	Movimento Sanitário Brasileiro
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NE	Nordeste
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSC	Programa Saúde em Casa
PSF	Programa Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
RA	Região Administrativa
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SE	Sudeste
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIS AB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS

Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Estrutura da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2).....	36
Figura 2 - Estrutura do episódio de cuidado.....	37
Figura 3 - Mapa do Distrito Federal por Regiões de Saúde, Brasília-DF .....	45
Figura 4 - Mapa com a localização das UBS incluídas no estudo, Brasília-DF.....	46
Figura 5 - Prevalência de problemas CIAP-2 na população rural e urbana, nos 50% dos registros acumulados de Jan-Dez 2019, Brasília-DF .....	66

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Registros de atendimento por categoria profissional e .....	48
Gráfico 2 - Número de equipes por tipologia de unidade, Brasília-DF.....	49
Gráfico 3 - Média de registros de atendimento/mês por equipe.....	49
Gráfico 4 - Registro de atendimento por turno e tipologia de unidade, Brasília-DF .....	50
Gráfico 5 - Tipo de atendimento por tipologia de UBS, Brasília-DF .....	51
Gráfico 6 - Distribuição dos registros de atendimento por gênero e tipologia de unidade, Brasília-DF .....	51
Gráfico 7 - Distribuição por gênero e faixa etária da população atendida em unidade.....	52
Gráfico 8 - Distribuição por gênero e faixa etária da população atendida em unidade.....	53
Gráfico 9 - Número de problemas (CIAP-2) ou diagnósticos (CID-10) distintos identificados por tipologia de unidade, Brasília-DF .....	53
Gráfico 10 - Razão de sexo (M/F) da população atendida em UBS Rural e Urbana, Brasília-DF .....	65



## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo autor/ano, periódico, país, método e objetivo.....	27
Quadro 2 - Descrição das Unidade Básicas de Saúde do estudo, Brasília-DF.....	45
Quadro 3 - Problemas (CIAP-2) mais prevalentes entre mulheres e homens, na população atendida em unidades de tipologia rural e urbana, Brasília-DF .....	58
Quadro 4 - Diagnóstico (CID-10) mais prevalentes por sexo, em unidades de tipologia rural e urbana, Brasília-DF .....	59
Quadro 5 - Principais Capítulos CIAP-2 por gênero e tipologia de unidade, Brasília-DF.....	62

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tipologia da UBS, Nº de equipes por UBS em 2019 e 202, Brasília-DF 1 .....	47
Tabela 2 - População cadastrada por UBS nos anos de 2019 e 2021, Brasília-DF .....	47
Tabela 3 - Número total de registros de atendimentos, por categoria profissional, em 2019, Brasília-DF .....	48
Tabela 4 - Prevalência dos 20 problemas (CIAP-2) mais frequentes, avaliados por enfermeiros e médico em UBS de tipologia Rural no ano de 2019, Brasília-DF.....	54
Tabela 5 -Prevalência dos 20 problemas (CIAP-2) mais frequentes, avaliados por enfermeiros e médico em UBS de tipologia Urbana no ano de 2019, Brasília-DF.....	55
Tabela 6 - Prevalência dos 20 diagnósticos (CID-10) mais prevalentes em UBS de tipologia Rural no ano de 2019, Brasília-DF .....	56
Tabela 7 - Prevalência dos 20 diagnósticos (CID-10) mais prevalentes em UBS de tipologia Urbana no ano de 2019, Brasília-DF .....	57
Tabela 8 - Registro de problemas identificados por médicos e enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF .....	60
Tabela 9 - Registro de problemas identificados por médicos e enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF .....	61
Tabela 10 - Registro de problemas identificados por enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada, Brasília-DF .....	63
Tabela 11 - Registro de problemas identificados por médicos, por capítulos do CIAP-2, na população estudada, Brasília-DF .....	64
Tabela 12 – Prevalência dos 50% problemas (CIAP-2) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF.....	94
Tabela 13 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF .....	96
Tabela 14 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF.....	98
Tabela 15 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF.....	100

Tabela 16 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF.....	102
Tabela 17 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF.....	104
Tabela 18 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF.....	106
Tabela 19 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF.....	108

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>22</b>
1.1. Objetivo .....	26
1.1.1. Objetivo Geral .....	26
1.1.2. Objetivos específicos .....	26
<b>2. CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>27</b>
2.1. Serviços de saúde orientados pela APS .....	29
2.2. Morbidade e Necessidades de saúde na APS .....	31
2.3. As características dos problemas de saúde na APS do Brasil e do mundo.....	34
2.4. Registro Clínico – Classificação de Problemas e Classificação de Doenças .....	35
2.5. aspectos da saúde da população rural .....	39
<b>3. CAPÍTULO 2 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DEMANDA .....</b>	<b>41</b>
3.1. Caracterização do perfil de demanda de Unidades Básicas de Saúde, urbana e rural, no Distrito Federal .....	41
3.1.1. Resumo .....	41
3.1.2. Introdução.....	42
3.1.3. Materiais e Métodos .....	44
3.1.4. Resultados.....	47
3.1.5. Discussão dos resultados .....	67
3.1.6. Limitações e potencialidade do estudo.....	73
3.1.7. Considerações finais .....	74
<b>4. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>5. ANEXOS .....</b>	<b>84</b>
5.1. ANEXO A .....	84
5.2. ANEXO B.....	86
5.3. ANEXO C.....	91

<b>6. APÊNDICE</b> .....	<b>94</b>
--------------------------	-----------

## 1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a ideia de uma Atenção Primária à Saúde (APS) desde 1978, quando adotou esta abordagem como sendo essencial para o cumprimento da meta de “Saúde para todos”. Indicam com isso, que a APS é aposta central para produzir a transformação, o acesso universal e a proteção social em saúde. (1) A Conferência de Alma-Ata definiu APS como:

“(...)cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autonomia e autodeterminação (...) Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde (...)” (2)

Todavia, o conceito de uma APS remonta ao início do século passado, com a publicação do Relatório Dawson em 1920. O informe foi uma encomenda do Ministério de Saúde do Reino Unido, e dispõe sobre recomendações para organização dos serviços de saúde em diversos níveis, em função das necessidades da comunidade. É uma espécie de texto inaugural, tendo a concepção de centros de saúde primários como base. Sem dúvida esse texto influenciou a construção do sistema de saúde da Grã-Bretanha e outros sistemas nacionais de saúde, incluindo o brasileiro. (3)

Para Starfield, a APS é aquele nível de um sistema de saúde que se comporta como porta de entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, com atenção centrada na pessoa e não na enfermidade ou doença no decorrer do tempo. Fornece atenção a quase todas as condições, sejam elas quais forem, exceto as muito incomuns ou raras. A APS aborda os problemas mais comuns na comunidade e território, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. (4)

No contexto de Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nas últimas décadas os serviços do primeiro nível de atenção, conhecido como Atenção Básica em saúde (AB), vem se consolidando, com certo protagonismo, como estratégia nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização de uma política pública de saúde nacional. (5)

Não há uma concordância entre autores brasileiros sobre qual a melhor definição terminológica para o primeiro nível de atenção em saúde, Atenção Básica ou Atenção Primária.

Para Cecílio o termo “atenção básica em saúde” é uma característica bem brasileira, em contraposição ao uso hegemônico e consagrado de “atenção primária em saúde”, na literatura e agências internacionais. (5)

Segundo Mello *et al*, as origens e significados dos diversos termos relacionados ao primeiro nível se remonta a década 60, com a publicação do estudo ecológico de White e colaboradores, em 1961, que denominou a atenção para “atenção médica primária”, e que demonstrou que a imensa maioria dos cuidados médicos, nos Estados Unidos e Reino Unido, era realizado neste nível. E a partir da Declaração de Alma-Ata (1978) o termo “serviços básicos de saúde” entrou em desuso e a expressão APS se firmou como alternativa. (6,7)

Contudo, não é possível precisar com certeza o motivo, para o SUS, na contracorrente internacional, assumir a denominação “Atenção Básica”, tendência essa que ficou cristalizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. (5,7)

Mello *et al* relata que há um posicionamento ativo, com raízes no Movimento Sanitário Brasileiro (MSB). Porém, em suas conclusões, refere que: “os termos AB, AP e APS têm sido empregados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos.” (7)

Para Cecílio, a defesa da terminologia de AB parte do princípio de que o projeto de política de saúde brasileiro, não é mera reprodução de experiências internacionais, nasce no campo da esquerda democrática, movimento que não se separou da luta pela redemocratização do país no período da ditadura militar. E que pensava na construção de uma AB resolutiva em todo território nacional, que superasse o modelo médico-centrado hegemônico. E essas ideias que ficaram fixadas na Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988, quando coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado. (5, 8)

Este estudo, com o devido respeito as defesas terminológicas, considerará os termos atenção básica e atenção primária equivalentes.

Nesse sentido, devemos reconhecer a extraordinária expansão do projeto de AB no país nos últimos anos. Desde 1991, quando da implantação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, iniciativa essa iniciada na década

anterior em algumas localidades do Nordeste. E que em 1994, a partir de contribuições do PACS, veio o Programa Saúde da Família (PSF), criado por meio de convênios estabelecidos pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) com experiências no Nordeste (NE) e Sudeste (SE). Já em 2003, sendo denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF). (3, 5)

Tal experiência acumulada, com experiências municipais exitosas, culminou mais tarde na publicação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política é fruto da ação de um conjunto de atores historicamente envolvidos com a consolidação do SUS, e que ratifica a Saúde da Família como sua estratégia prioritária para expansão. (9–11)

A PNAB destaca a AB como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, de fácil acesso e acessibilidade, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade e diretrizes a regionalização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade, coordenação da rede e participação da comunidade. (9–11)

A concepção de acesso, ou acesso de primeiro contato, é um dos importantes atributos da APS. Porém o conceito de acesso é complexo, com uso de terminologia muitas vezes imprecisa (12). Para Starfield, acesso refere-se a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Entendendo a acessibilidade como as características da oferta. (4)

Os serviços de saúde precisam ser oportunos, contínuos, atender a demanda real, sendo capazes de assegurar o acesso. Não basta apenas a existência de serviços, é preciso adequação e equilíbrio frente a necessidade dos usuários e território. (13,14)

No contexto do Distrito Federal (DF), a organização dos serviços de saúde, bem como da sua Atenção Básica, tem relação direta com a história da construção de Brasília. Desde 1960, com o plano Bandeira de Melo, que propunha a organização de um sistema de saúde, com a separação das atividades executivas e operacionais. (15) Tal qual, com o plano Jofran Frejat de 1979, que assimilou alguns princípios do Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido e procurou organizar serviços de cuidados primário nas diversas regiões do território, como estratégia da ampliação da cobertura e do acesso, com a concepção de postos de saúde rural e centros de saúde. E que contava a época com a atuação de médicos especialistas de clínica médica, ginecologia e pediatria. Muito inspirado no modelo Semachko, que se trata uma experiência Russa de organização de cuidados primários, promovidos por uma tríade de médicos especialistas. (15,16)



De 1995 a 1999, o DF experimentou a implementação do Programa Saúde em Casa (PSC), equivalente ao Programa Saúde da Família (PSF), e que foi transformado posteriormente em ESF, com ampla cobertura inicial, que não se sustentou nos anos que se seguiram, devido as mudanças política-administrativas e o crescimento acelerado da cidade. (15)

Desse modo, o que se observou nas últimas décadas no DF, foi o convívio de modelos de AB, com Centros de saúde com atuação de especialistas, comumente denominado de tradicional, e o modelo ESF, com enorme dificuldade de ampliação da cobertura de Saúde da Família, não superando os meros 30%. Mesmo sendo apontados os ganhos importantes para a saúde pública brasileira com o aumento da cobertura de ESF no país, com a melhoria de acesso aos cuidados de saúde, de uma forma geral. (17)

Já recentemente, em 2017, com a publicação da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrital Federal e a Regulamentação do processo de conversão da APS do DF ao modelo único de ESF, por meio das Portarias n° 77 e 78, de 14 de fevereiro, respectivamente. A ideia foi, justamente, colocar fim ao modelo heterogêneo de AB, ampliar a cobertura e estabelecer os padrões mínimos de funcionamento de serviços de atenção primária do Distrito Federal. (17–19)

Nesta conjuntura da Atenção Primária e sua evolução ao longo do tempo, tanto no país quanto no DF, e entendendo que a AB é o lugar onde diariamente as pessoas, de todas as idades e gêneros, com uma grande porção de problemas, muitos deles de difícil classificação, procuram apoio e cuidado; e buscam os serviços de cuidados primários por inúmeros motivos, desde uma solicitação administrativa burocrática, um anseio, algum tipo de desconforto psicológico, medo em estar doente, desejo de obter algum tipo de informação, além de sinais e sintomas de doenças e agravos conhecidos. (20)

E partindo da ideia de APS como porta de entrada do sistema, com função resolutiva, capaz de resolver os problemas mais comuns de saúde e que satisfaça as demandas e necessidades da população e do território, justifica-se conhecer a natureza da demanda na APS do Distrito Federal. Esta pesquisa procurou caracterizar a demanda de Unidades Básicas de Saúde (UBS) em distintos territórios (da cidade e do campo).

## 1.1. OBJETIVO

### 1.1.1. Objetivo Geral

Conhecer as características de demandas em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana, no Distrito Federal, a partir dos problemas e condições avaliadas por enfermeiros e médicos.

### 1.1.2. Objetivos específicos

#### Capítulo 1

- Identificar na literatura nacional e internacional a produção científica sobre a temática de caracterização de demanda em serviços de atenção primária à saúde.

#### Capítulo 2

- Caracterizar as demandas, a partir dos problemas e condições avaliadas por enfermeiros e médicos, em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana do Distrito Federal; e
- Relacionar as demandas, por sexo e por faixa etária, da população relatada, tipo de atendimento em Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana.

## 2. CAPÍTULO 1: REVISÃO DE LITERATURA

Neste trabalho foram revisadas as bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Pubmed, Embase, Cochrane e Google Scholar, no período de 2000 a 2020.

Os descritores utilizados para a busca foram “*Primary Health Care*”, “*Health Services Needs and Demand*”, “*Health profile*”, “*Morbidity Surveys*”, “*Urban population*”, “*Rural population*” e “*International Classification of Primary Care*”. A busca foi feita utilizando diversas combinações dos termos MeSH. Foi utilizado o filtro de língua, restringindo para trabalhos em língua inglesa, portuguesa e espanhola. No caso da pesquisa pelo Google scholar limitou-se a avaliar as 10 primeiras páginas dos resultados que foram exibidos.

A busca resultou em artigos e teses (n=421) nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa que após leitura do título e resumo, passaram a ser 19 estudos. Os estudos selecionados foram lidos e incluídos na revisão. Além da pesquisa em base de dados utilizando os termos MeSH, alguns artigos foram incluídos, mesmo não tendo aparecido na busca inicial, pois foram de relevância para a revisão e constavam na referência dos artigos encontrados.

O Quadro 1 abaixo apresenta a descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo autor/ano, periódico, país, método e objetivo.

Quadro 1 - Descrição dos artigos incluídos na revisão de literatura, segundo autor/ano, periódico, país, método e objetivo

<b>Autor/ano</b>	<b>País</b>	<b>Periódico</b>	<b>Método</b>	<b>Objetivo</b>
Feliciano e Moraes (1999)	Brasil	Rev. Latino-am.enferm.	Estudo descritivo transversal	Perfil de clientela de uma UBS
Rodrigues (2000)	Portugal	Rev. Port Clin Geral	Estudo Observacional de base pop.	Caracterizar padrões de consulta em medicina familiar
Green (2001)	Inglaterra	N Engl J Med	Estudo ecológico	Estimativas de prevalência de doenças
Gusso (2009)	Brasil	Tese (USP)	Estudo de prevalência	Perfil de demanda de UBS

Pimentel e colaboradores (2011)	Brasil	Rev bras med fam comunidade	Estudo observacional descritivo	Descrever motivos de atendimento em UBS
Kumari (2010)	África do Sul	University Of Stellenbosch	Estudo prospectivo transversal	Motivos de consulta e diagnósticos pré-existentes
Yogolelo (2011)	África do Sul	University Of Stellenbosch	Estudo descritivo transversal	Amplitude e prevalência de motivos de consulta na APS
Okun (2011)	África do Sul	University Of Stellenbosch	Estudo prospectivo transversal	Motivos de consulta e diagnósticos
Landesberg e colaboradores (2012)	Brasil	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo descritivo (banco de dados secundário)	Principais motivos de consulta APS
Klinis e colaboradores (2012)	Grécia	Int. J Med. Sci	Análise de dados clínicos (secundários)	Razões de consulta em unidade rural
Kamarudin e colaboradores (2012)	Malásia	Med J Malaysia	Estudo descritivo (banco de dados secundário)	Perfil de morbidade em três clínicas de APS
Fernandes (2013)	Brasil	UFRGS (mestrado)	Estudo transversal retrospectivo	Perfil sociodemográfico de usuários de APS e motivos de consulta
Silva e colaboradores (2014)	Brasil	Ver Bras Epidemiol	Estudo transversal de base populacional	Perfil de morbidade referida por usuários de equipes de ESF
Salvi e colaboradores (2015)	Índia	The Lancet	Estudo descritivo	Prevalência de sintomas e condições em unidade de saúde
Sato e colaboradores (2015)	Brasil	O mundo da saúde	Estudo de prevalência	Caracterizar as condições de saúde da população de ESF
Rocha e Caldeira (2016)	Brasil	Rev. APS	Estudo transversal de base populacional	Caracterizar perfil de morbidade de crianças de equipes de ESF
Wong e colaboradores (2017)	China	Scientific Reports	Estudo transversal	Padrão de morbidade em serviços de APS
Molony e colaboradores (2015)	Irlanda	Ir J Med Sci	Estudo descritivo retrospectivo	Razões de consulta em serviços de cuidados primários
Mariolis e colaboradores (2008)	Grécia	BMC Health Services Research	Estudo transversal	Comparação de serviços de APS em áreas urbanas e rurais

Fonte: autora, 2021.

Adicionalmente, foram realizadas buscas bibliográficas para ampliação do escopo da revisão, a partir de termos que estão relacionados com a temática principal da pesquisa. Esta etapa foi realizada nas bases do Pubmed, Lilacs e Google Scholar, para os temas Atenção Primária à Saúde, Organização dos Serviços de Saúde, Necessidades de saúde, Saúde da População do campo e da cidade e Registro Clínico Orientado por Problemas.

## 2.1. SERVIÇOS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA APS

Serviços de saúde apropriados contribuem para melhorar os indicadores de saúde, em especial se esses serviços fizerem parte dos processos sociais mais amplos e voltados para as necessidades de saúde. Mas existem, é claro, outros motivos, além dos impactos nos melhores índices de saúde, porque todas as sociedades possuem necessidade de assistência de saúde com acesso relativamente fácil. Tais serviços são importantes não apenas por conta do aspecto ético, do ponto de vista de um direito humano básico, mas também por coerência e eficácia gerencial do serviço. (21, 22)

Existem evidências que os países caracterizados por uma forte orientação para atenção primária têm resultados de saúde mais equitativos do que comparados a sistemas voltados para atenção especializada. Acredita-se que a atenção primária seja menos onerosa para indivíduos e mais econômica para sociedade. (12)

Modelos de serviços de saúde integrados a comunidades, aos serviços sociais e ambientais se encaixam com a proposta discutida em Alma-Ata. Em 1978, a Conferência de Alma-Ata codificou a APS como um princípio para todos os sistemas de saúde do mundo e especificou os seus componentes fundamentais. Seriam eles: educação em saúde, saneamento ambiental, programas materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento reprodutivo; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento e atenção adequada de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de alimentação saudável e medicina tradicional. (3, 14, 23)

O Relatório de Dawson, de 1920, bem anterior a Declaração de Alma-Ata, apresentou uma estrutura de organização de sistema de saúde baseada em distintos níveis de atenção, sendo a mais básica o centro atenção primária à saúde. (14, 24)

Do mesmo modo, a PNAB brasileira considera que a Atenção Básica é:

“O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidados integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.” (9)

Reforça que a AB deve ser a principal porta de entrada e centro de comunicação da Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora e ordenadora das ações, que deverá ofertar seus serviços integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e as demandas do território. (9)

No Brasil, mesmo diante dos avanços evidentes da AB, existem uma diversidade de modelos de estruturação de cuidados primários. A ESF, como experiência nacional, tem provado ao longo dos anos ser um modelo de sucesso, dentro dos limites que foram dados para o seu desenvolvimento. Sendo sua equipe mínima formada por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários, responsáveis por território definido e adscrito. Inúmeras pesquisas têm demonstrado que a ESF é efetiva, eficiente e equitativa, superior as formas tradicionais de prestar cuidados primários. (3, 22)

A PNAB adota a ESF como sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da AB, mas também reconhece outras estratégias (centros de saúde organizado a partir de médicos especialistas sem território adscrito, centros de saúde mistos, com médicos especialistas e ESF, ou apenas equipes de agentes comunitário e enfermeiro, como o antigo programa de Agentes Comunitários – PACS).

E um dos principais pontos da discussão da ESF é a respeito ao acesso. O conceito de acesso não é simples. A acessibilidade ou acesso aparecem na atenção primária como um dos aspectos da oferta de serviços, que são relativos à capacidade de produzir serviços e de dar respostas às necessidades de saúde de uma população. (13)

Uma atenção básica seletiva não é suficientemente capaz de apreender as necessidades de sua população. Quando não são superadas as barreiras, sejam elas geográficas e sócio-organizacionais, é muito difícil se falar em um serviço que compreende o seu território.

Starfield reforça que os serviços de APS deveriam ser adequadamente acessíveis. O acesso deve ser universal e não necessariamente relacionado ao grau de necessidade, já que neste nível de cuidados não se espera que os usuários conheçam a gravidade da urgência de muitos dos seus problemas antes de buscar atendimento. Ela apresenta o conceito de atenção ao primeiro contato, ou acesso de primeiro contato, que implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema que motivam as pessoas a procurarem atenção à saúde. (4)

A PNAB (9) recomenda, como forma de garantir a coordenação do cuidado e ampliação do acesso:

“(…) as equipes, que atuem na AB, atinjam seu potencial resolutivo (...) é necessário que adotem estratégias que permitam a definição de um amplo escopo de serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as **necessidades e demandas de saúde da população** adscrita, que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios.” (grifo da autora)

O acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder as necessidades de saúde da população e que isso implica que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, como serão organizados e como a unidade de saúde funcionará. (9)

A PNAB ressalta que para garantir acesso é necessário acolher e resolver agravos de maior frequência no território e não apenas ações programáticas, garantido assim amplo escopo de oferta. (8)

## 2.2. MORBIDADE E NECESSIDADES DE SAÚDE NA APS

O modelo de Saúde da Família tem como escopo uma forte orientação comunitária. Não à toa, orientação comunitária tem forte capacidade de organizar os serviços em resposta às necessidades da sua população. No entanto, não há homogeneidade em sua implementação pelo país a fora. (3, 9)

A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias de forma ampla, não apenas estrito ao aspecto saúde, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde no ponto de vista populacional, bem como a integração com programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. (3, 4)

O princípio de que a APS deve ser “relacionada às necessidades” nem sempre é facilmente entendido em localidades onde os sistemas de saúde estão estabelecidos; ainda mais, em contextos sem sistemas de informação que faça uma documentação sistemática das necessidades ou que avalie os impactos dos serviços sobre os indivíduos. Os aspectos dos serviços de saúde orientado para a comunidade tem pouca base histórica nos sistemas de saúde da maioria dos países industrializados. (3, 14)

Mas sem dúvida, as últimas décadas no mundo e no Brasil foram necessárias para promover mudanças na direção de converter atenção médica tradicional para uma atenção primária mais ampla. Justamente com a intenção de sugerir que, ao aumentar a orientação dos serviços de atenção primária em direção a oferecer respostas às necessidades, tanto das comunidades como dos indivíduos que buscam atendimento, o modelo convencional de assistência tenderá a se aproximar da visão de APS concebida em Alma-Ata. Tanto no aspecto de maior equidade e proteção social. (14)

Segundo Pinheiro, a partir de uma perspectiva construtivista e fenomenológica, concebe-se que a demanda por cuidado como direito humano à saúde, seria um direito de cidadania, cujo a sua base de sustentação se encontra no cotidiano dos usuários na busca por esse cuidado e nas suas próprias experiências de adoecimento. Portanto seria coerente colocar, porque assim é de fato, o usuário na centralidade, o ator principal, que em sua distinção diz o que precisa. (25)

As necessidades de saúde são definidas, recortadas e objetivadas e, portanto, reconhecidas, nos espaços de articulação entre os serviços de saúde a população dos territórios. (26, 27). As necessidades de saúde são “*social e historicamente determinadas e situam-se entre natureza e cultura, ou seja, não dizem respeito somente a conservação da vida, mas a realização de um projeto em que o indivíduo, ponte entre o particular e o genérico, progressivamente se humaniza*”. (26)

Salienta-se, que a demanda se constrói na luta pela garantia do direito à saúde, ou seja, é muito mais amplo. Acontece no apoio ao trabalho em equipe com profissionais qualificados, capazes, com seus conhecimentos e práticas, de reconhecer a alteridade dos usuários e a participação dos indivíduos com seus distintos modos de ser e ter saúde. (28)

A concepção mais recente sobre necessidade de saúde no SUS é aquela que considera como estimativas de demanda de ações e serviços de saúde, determinadas por pressões e por consensos sociais provisórios do estágio atual do desenvolvimento. (29)



Conhecer os motivos que levam as pessoas buscarem a cuidados na APS a partir dos problemas e condições avaliados pelos profissionais de saúde são formas de compreender as necessidades de saúde de uma determinada população e território, mesmo que de maneira limitada. Nesse sentido, entender o território como parte da concepção de espaço e de todo o conjunto indissociável de sistemas que lá convivem. E compreendê-lo como *locus* de construção social, como espaço do cotidiano imediato, onde a vida acontece, a cooperação e a socialização, a vizinhança, a intimidade, a emoção. Onde reúne pessoas, empresas, instituições, formatos sociais, jurídicos e geográficos. (30)

A APS lida com pessoas inseridas em seu ambiente de vida cotidiana. Sabemos que essas pessoas, de todas as faixas etárias, gênero, ciclo de vida ou afecção, que procuram os serviços de APS por uma infinidade de motivos. Por exemplo, a clientela da APS vem sendo descrita como majoritariamente feminina, de mães com filhos pequenos ou mulheres idosas. Não obstante, já é possível identificar algumas mudanças, com um aumento gradativo, ainda que lento e discreto, para uma demanda mais variada. (31, 32)

A presença ainda discreta dos homens nas unidades básicas é um aspecto de destaque. Que pode ter relação com a origem da organização dos serviços de atenção básica, no Brasil e em vários países da América Latina, que foram inicialmente centrados na atenção a mulher e criança (com os Programas de Atenção Integral a Mulher e a Criança – PAIM e PAISC), com o objetivo de redução da mortalidade materna e infantil, respectivamente. No entanto, há um forte aspecto de gênero, haja vista que no mundo todos os homens procuram menos os serviços de saúde, e que em grande parte decorre das variáveis culturais. O estereótipo de masculinidade, enraizado há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é o ser masculino. A doença é considerada como sinal de fragilidade. E isto pode responder, em parte, a baixa procura dos homens nos serviços primários de saúde. Mas um outro importante ponto é a questão da dificuldade do acesso aos serviços de saúde, com horários de funcionamento restritos, marcação de consultas, tempo de espera e etc. (33)

### 2.3. AS CARACTERÍSTICAS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA APS DO BRASIL E DO MUNDO

Os problemas de saúde observados no dia a dia da atenção primária nem sempre são precisos, muitas condições autolimitadas que requerem do trabalhador de saúde apenas uma observação ativa. (32)

Nas unidades de saúde de AB há uma ocorrência recorrente de problemas gerais e inespecíficos e de enfermidades que não são doenças e que nem sempre é possível rotular com um diagnóstico preciso. Mais da metade das demandas da APS não são passíveis de diagnóstico. Estudo realizado em Florianópolis, Santa Catarina, evidenciou que só foram passíveis diagnóstico 62,6% da demanda da APS. (34) Em 2001, importante estudo ecológico realizado nos Estados Unidos da América, aponta que a cada 1.000 (um mil) pessoas, apenas, aproximadamente 21% demandarão de atenção em serviços primários. (35)

Estudo realizado em São Carlos/SP, identificou as morbidades mais comuns em uma UBS, a partir da CID, onde verificou-se que 87,1% da população atendida eram de mulheres, e os diagnósticos mais frequentes foram: doenças do aparelho geniturinário (35,5%), aparelho respiratório (11,5%) e sinais e sintomas gerais (9,9%). (36) No estudo de Florianópolis, identificou-se que os problemas mais frequentes têm uma variação a depender do grupo etário, crianças de 0 a 4 anos, por exemplo, demanda por ações de prevenção e manutenção da saúde. E evidenciou que 66,4% da demanda na APS é de mulheres e que adolescentes e jovens adultos utilizam pouco os serviços. (34) Em outro estudo realizado na cidade de Betim, Minas Gerais, constatou-se que a maioria das consultas, 68,1%, eram destinadas ao público feminino. (32,34)

Em 2011, pesquisa realizada em Fortaleza-CE, que procurou caracterizar a demanda em uma unidade de saúde da família, identificou que as mulheres eram 72,2% do público atendido e os motivos mais frequentes foram a Hipertensão Arterial (15,2%), Exame preventivo de câncer de colo do útero (10,6%), Diabetes Mellitus (5,6%), Dores lombares (4,5%) e consultas de pré-natal (3,4%). (37)

Em 2012, na Grécia, foi realizado estudo em uma unidade rural de cuidados primários, que também encontrou maior frequência de mulheres e os principais motivos de consulta foram: Manutenção da saúde/prevenção (19,1%), Hipertensão Arterial sem complicação (6,1%), Alteração dos lipídeos (6%), Epigastralgia (3,8%) e Doença Arterial

Coronariana (3,6%). Os 20 primeiros problemas de consultas mais prevalentes correspondiam a 61% do total de registros. (38)

Silva, em 2014 realizou estudo em Minas Gerais que avaliou o perfil de morbidade de equipes de saúde da família utilizando a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP-2), onde evidenciou maior prevalência de mulheres (67,6%), os problemas mais avaliados por enfermeiros foram de capítulos geral e inespecífico, genital feminino, gravidez e planejamento familiar; e os problemas avaliados por médicos foram do grupo do aparelho circulatório, sistema musculoesquelético, aparelho digestivo, respiratório e metabólico nutricional. (39)

O trabalho de Gusso, em 2009, identificou que aproximadamente 40% das consultas na atenção básica são por demandas não programadas ou por demandas espontâneas. As demandas não programadas, normalmente são condições agudas, as mais comuns são: infecção aguda de vias aéreas superiores, hipertensão arterial, gastroenterite, amigdalite aguda, perturbações depressivas e cistites/outras infecções urinárias. (29)

Tais estudos reforçam sobre a natureza variada e complexa dos cuidados primárias. Mesmo que muitas vezes reduzidas as condições crônicas (demanda programada), atenção aos eventos agudos (demanda espontânea) e demandas de cuidados preventivos. (3, 34)

Neste sentido, é fundamental entender que a APS apresenta um conjunto significativo de problemas gerais e inespecíficos. E que em grande parte das vezes é preferível trabalhar com a ideia de problemas de saúde ou com o termo condições de saúde, do que apenas com diagnóstico de doenças. Posto que um problema de saúde requer ou pode requerer uma ação da equipe de saúde, e não apenas de um único profissional e, em consequência, poderá motivar um plano de intervenção muito mais amplo. (40, 41)

#### 2.4. REGISTRO CLÍNICO – CLASSIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS

Há uma forte tendência nas últimas décadas e nos últimos anos no Brasil, com o processo de informatização da APS brasileira, da incorporação de modelos que se estruturam a partir de uma determinada lógica e base teórica. É o caso do sistema e-SUS AB com a funcionalidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Onde o modelo de Registro Clínico Orientado por Problemas (RCOP) foi incorporado. Esta forma de registro foi

idealizada em 1960 por Lawrence Weed, que ajudou a sistematizar e consolidar os conceitos de listas de problemas e prontuário orientado por problemas. (42)

A adoção pelo SUS, como parte do registro clínico, da Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2), que é um sistema de categorização que possibilita classificar questões relacionadas às pessoas e não há doenças. E que ainda permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da procura do cidadão pelo serviço, seja um sofrimento ou enfermidade, e as respostas propostas pela equipe. Deste modo, torna-se um instrumento útil para toda a equipe de saúde e gestão, onde os dados produzidos, por exemplo, possam ser utilizados como fonte de informação para diversas finalidades. (42, 43)

A CIAP2 baseia-se em uma estrutura simples, fundadas em 2 eixos, conforme demonstrada na Figura 1 a seguir. São 17 capítulos e 7 componentes, incluindo problemas sociais. Em Anexo A a classificação completa.

Figura 1 – Estrutura da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2)

CAPÍTULOS E COMPONENTES DA CIAP*	
A	Geral e não-específico
B	Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos (baço, medula óssea)
D	Aparelho digestivo
F	Olhos
H	Ouvidos
K	Aparelho circulatório
L	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Psicológico
R	Aparelho respiratório
S	Pele
T	Endócrino, metabólico e nutricional
U	Aparelho urinário
W	Gravidez e planejamento familiar
X	Aparelho genital feminino (incluindo mama)
Y	Aparelho genital masculino
Z	Problemas sociais
<b>Componentes (iguais para todos os capítulos)</b>	
1	Componente de queixas e sintomas
2	Componente de procedimentos diagnósticos e preventivos
3	Componente de medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos
4	Componente de resultados de exames
5	Componente administrativo
6	Componente de acompanhamento e outros motivos de consulta
7	Componente de diagnósticos e doenças, incluindo:
	– doenças infecciosas
	– neoplasias
	– lesões
	– anomalias congênitas
	– outras doenças específicas
* Sempre que possível, foi utilizado um código alfa mnemônico.	

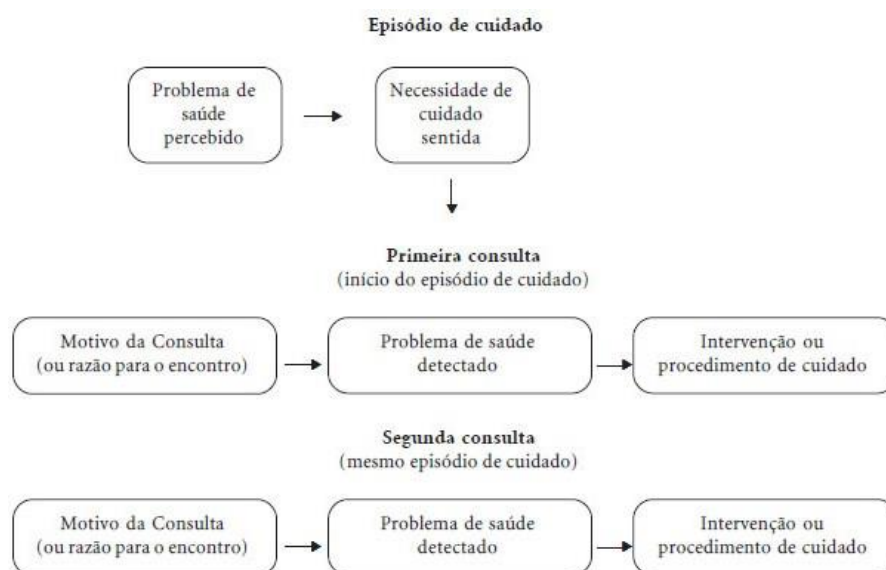
Fonte: CIAP-2, 2ª Edição (43).

Além da CIAP-2, o PEC e-SUS AB utiliza a consolidada Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10) na sua décima edição. A CID- 10 é a base para identificação de tendências e estatísticas de saúde em todo mundo e o padrão internacional para relatar doenças e condições de saúde. É o padrão de classificação diagnóstica para todos os fins clínicos e de pesquisa. Ela define o universo de doenças, distúrbios, lesões e outras condições de saúde relacionadas, listadas de maneira abrangente e hierárquica. (44)

Há inúmeros trabalhos, nacionais e internacionais, que buscam definir um perfil epidemiológico de determinado local ou serviço utilizando a Classificação Internacional de Doenças ou a Classificação Internacional de Atenção Primária. A CIAP tem recebido atenção especial nos últimos anos em pesquisas nacionais sobre atenção primária. Como, por exemplo, nos trabalhos de Gusso (2009), Landsberg (2012) e muito recentemente da Chueiri (2019).(20,34,45)

As condições avaliadas por profissionais de saúde é parte do processo de atenção ao usuário dentro de um serviço de saúde ou mesmo no domicílio ou comunidade, conhecido como episódio de cuidado. O episódio de cuidado pode ser caracterizado por 3 elementos básicos: motivo de consulta, problemas/condições de saúde detectados e Intervenção/procedimento de cuidado, conforme apresentado na Figura 2. (43, 45)

Figura 2 - Estrutura do episódio de cuidado



Fonte: Landsberg e colaboradores, 2012

Com a implantação do e-SUS AB em todo o território nacional e a incorporação destas classificações ao PEC, abriu-se um caminho importante para a ampliação de trabalhos e estudos com o uso destas bases de dados para auxiliar na compreensão, ao menos em parte, do perfil de morbidade, bem como, das necessidades de saúde de uma determinada população e território. (42) No DF, o e-SUS AB começou a ser implantado em meados de 2017; e progressivamente sendo incorporado as práticas dos profissionais da APS.

As necessidades de saúde na APS, depois de superadas todas as barreiras de acesso, transformam-se em demanda efetiva. E a demanda na APS é ampla e diversificada. No entanto, a prática social dos serviços de atenção primária, ainda operam com a estrutura de demanda limitada, que não reconhece a diversidade. E essa estrutura restritiva gera um desequilíbrio entre o que se demanda e o que é ofertado. (3)

Um modelo de registro clínico que seja mais adequado a prática da APS não é a resposta para a superação deste desequilíbrio, mas poderá contribuir para melhorá-lo. Sendo mais capaz de apreender e representar as necessidades dos indivíduos, no momento do episódio de cuidado. Além de ser importante fonte de dado e informação mais aproximada da realidade.

A ideia é que para toda necessidade identificada exista um processo de trabalho correspondente, ou seja, os processos de trabalho em saúde deveriam responder as necessidades ampliadas, partindo do conceito saúde-doença. O usuário procura nos serviços de saúde algo, uma atuação advinda dos trabalhadores, que resolva ou ao menos alivie o problema que o levou a buscar o serviço. (41)

Assim sendo, se faz necessário empreender uma discussão consistente sobre as diferentes formas de expressão da demanda da APS para que possamos organizar e estruturar resposta sociais realmente alinhadas a essas necessidades. Como afirma Mendes: “é urgente um reequilíbrio entre oferta e demanda na APS”. (3)

## 2.5. ASPECTOS DA SAÚDE DA POPULAÇÃO RURAL

As condições de saúde das populações do campo frequentemente evidenciam uma situação mais precária, quando comparadas as populações que vivem nas cidades. Segundo a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que as comunidades e populações vivem. Fatores como limitação de acesso e qualidade nos serviços de saúde, além de deficiência no saneamento ambiental. É importante destacar, que o saneamento básico está entre os mais importantes fatores sociais determinantes de saúde. (47)

O Programa Nacional de Saneamento Rural (PNSR) demonstra que ainda são graves as desigualdades no acesso aos serviços de abastecimento de água entre habitantes de áreas urbanas e rurais. A cobertura de serviços de saneamento oferecidos à população do campo ainda apresenta enorme déficit. Apenas 28% dos domicílios rurais tem a presença de rede de distribuição de água, onde 64% dos domicílios se mantém uma persistência de fossas rudimentares e 58% dos resíduos sólidos nos domicílios rurais são queimados. (48)

Nos territórios rurais brasileiros são encontrados maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, sendo caracterizados por pobreza e restrições de acesso aos bens e serviços importantes para a vida. O acesso aos cuidados de saúde, preconizados pelos princípios do SUS, ainda não estão disponíveis, de forma adequada, para parcela importante da população residente em áreas rurais. Há desigualdade regionais nas condições e ofertas de serviços. (47)

A população rural representa quase 16% da população brasileira, com forte dependência dos serviços públicos de saúde e enfrenta enormes dificuldades de acessibilidade, déficit de profissionais e precária rede de unidade de saúde. Estudo de Garnelo *et al*, que procurou discutir sobre acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas da região norte do Brasil, a partir dos dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), evidenciou que 34% dos 450 municípios apresentaram cobertura populacional de 100% de equipes de APS. No entanto o estudo enfatiza vazios assistenciais em grandes áreas da região norte e concentração de equipes em sedes municipais. Os territórios rurais da região contam apenas

com 20,6% das equipes atuando de fato em territórios rurais, o que pode representar menor acessibilidade geográfica ou organizacional. (49,50)

No contexto do DF, a ocupação dos territórios foi marcada por um processo de segregação espacial. Desde a implantação de Brasília houve uma atração de levas de imigrantes para realização de obras e em busca de melhoria de vida. As áreas rurais foram pensadas para abastecer os núcleos urbanos e realizar uma espécie de cinturão verde de proteção do Plano Piloto, e que deveriam ser arrendadas a produtores rurais. No entanto, este processo nunca se deu de forma criteriosa e acabou atraindo outros interesses, como as atividades recreativas, de lazer e a especulação imobiliária. Com isso, houve uma expansão urbana em direção às áreas rurais.(51) No DF, a proporção de a população total rural é de 3,38%. (52)

No plano Jofran Frejat, de 1978, havia a previsão da criação de Postos de Saúde Rurais (PSR), justamente para garantir atenção à saúde a esta população que ocupou esses territórios, quando da implantação da cidade. A recente Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, transforma todos os PSR em UBS de tipologia rural. Segundo dados do InfoSaúde do Distrito Federal, em 2021 há 175 UBS, destas 34 são de tipologia rural, representado 19,4% do total. (15,53)



### 3. CAPÍTULO 2 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DEMANDA

Este capítulo foi redigido em formato de artigo para futura submissão em revista científica.

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DEMANDA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE URBANA E RURAL NO DISTRITO FEDERAL

Juliana Felix Silveira<sup>1</sup> André Luiz Dutra Fenner<sup>2</sup>

1. Enfermeira, pós-Graduada do programa de Mestrado Profissional em Política Públicas em Saúde da Fiocruz-Brasília. Brasília-DF, Brasil. E-mail: [julifelix@gmail.com](mailto:julifelix@gmail.com). Autora principal

2. Pesquisador em Saúde Pública na Fiocruz. Doutor em Desenvolvimento e Políticas Públicas. Universidade de Brasília (UnB). Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM). Brasília-DF, Brasil. E-mail: [andre.fenner@fiocruz.br](mailto:andre.fenner@fiocruz.br)

##### 3.1.1. Resumo

**Justificativa:** O modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil consiste em Equipes de Saúde da Família (eSF). Esta forma de organização destaca-se como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema de saúde. A cobertura atual de ESF nacional é de 63,62% da população. As modificações ocorridas ao longo dos anos no Brasil, com o avanço da cobertura e o aumento da disponibilidade de serviços de saúde no nível da Atenção Básica (AB) reforçam sobre a necessidade de se estudar e conhecer os aspectos relacionados ao processo de saúde-doença das populações que são assistidas em território distintos (rural e urbano). Esse estudo procurou conhecer as características de demanda em 4 Unidades Básicas de Saúde (UBS), rural e urbana, em Regiões Administrativas (RA) do Distrito Federal (DF), a partir dos problemas e condições avaliados por enfermeiros e médicos. **Método:** Estudo descritivo, realizado a partir de dados globais, secundários, não identificados, de registros de atendimento de janeiro a dezembro de 2019, extraídos do e-SUS-AB. **Resultados:** Foram identificados 52.103 registros de atendimento nas 4 UBS incluídas no estudo, 88% dos registros se deram em unidade urbanas, a população feminina representou 68,1% em unidade urbanas e 63% em território rurais, e 368 problemas distintos

da Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) avaliados em unidades rurais e 505 problemas em unidades urbanas. Na população rural 17 problemas distintos correspondem a 50% dos diagnósticos e na população urbana concentra-se apenas 5 problemas. Na CID-10 436 diagnósticos distintos em unidade rural e 825 em população urbana. Os problemas do capítulo Genital Feminino da CIAP-2 são predominantemente atendidos por enfermeiros, com 87%. Os atendimentos médicos concentram registros no grupo Geral e Inespecífico, Circulatório e Respiratório. **Conclusão:** Os registros de atendimento individual realizados por médicos e enfermeiros, durante os atendimentos, podem ser utilizados para caracterizar o perfil de morbidade e demanda de determinada população, em contextos de APS distintos. A partir da análise das condições avaliadas é possível planejar e programar a adequação da oferta de serviços, para faixa etária, sexo, características de problemas e territórios diferentes.

**Descritores:** “*Primary Health Care*”, “*Health Services Needs and Demand*”, “*Health profile*”, “*Morbidity Surveys*”

### 3.1.2. Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende a ideia de uma Atenção Primária à Saúde (APS) desde 1978, quando adotou esta abordagem como sendo essencial para o cumprimento da meta de “Saúde para todos”. Indicam com isso, que a APS é aposta central para produzir a transformação, o acesso universal e a proteção social em saúde. (1)

No contexto de Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, nas últimas décadas os serviços do primeiro nível de atenção, conhecido como Atenção Básica em saúde (AB), vem se consolidando, com certo protagonismo, como estratégia nos processos de reestruturação, fortalecimento e racionalização de uma política pública de saúde nacional. (5) A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se mostrado como o eixo mais estruturante da organização da APS. O crescimento rápido das equipes ESF no país tem impactado com resultados positivos, com melhoria de indicadores de saúde e ampliação do acesso. A cobertura de ESF atualmente é de um pouco mais de 63,62% da população brasileira, conforme os dados do e-Gestor AB. (54)(55)

A PNAB destaca a AB como primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, de fácil acesso e acessibilidade. A concepção de acesso, ou acesso

de primeiro contato, é um dos importantes atributos da APS. (9–11) Os serviços de saúde precisam ser oportunos, contínuos, atender a demanda real, sendo capazes de assegurar o acesso. Não basta apenas a existência de serviços, é preciso adequação e equilíbrio frente a necessidade dos usuários e território. (13,14)

No Distrito Federal (DF), a organização dos serviços de saúde, bem como da sua Atenção Básica, tem relação direta com a história da construção de Brasília. Observou-se nas últimas décadas no DF, o convívio de modelos de AB, com Centros de Saúde com atuação de especialistas, comumente denominado de tradicional, e o modelo ESF, com enorme dificuldade de ampliação da cobertura de Saúde da Família, não superando os meros 30%. Em vista disso, em 2017, o DF deu início ao processo de reforma do sistema de saúde, com as publicações da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e a Regulamentação do processo de conversão da APS do DF ao modelo único de ESF. (15,17)

As mudanças ocorridas nos últimos anos no Brasil e no DF e no contexto de maior disponibilidade de serviços de saúde no nível de atenção básica, os aspectos relacionados ao processo de saúde-doença devem ser reconhecidos e estudados pelas equipes de saúde e gestores de políticas públicas. Muito embora tenhamos avançado, existem ainda muitos desafios a serem superados, e o conhecimento a respeito das características da demanda das populações assistidas, em territórios distintos, serão importantes. Particularmente no DF, não foram encontrados estudos que abordam sobre o perfil de demanda e morbidade da população. E em relação a população rural, os desafios se mostram ainda maiores, poucos trabalhos descrevem suas peculiaridades.

As pessoas que vivem e trabalham no campo, frequentemente, possuem condições de saúde mais precárias, quando comparadas as populações que vivem nos centros urbanos. Fatores como limitação de acesso e acessibilidade, qualidade dos serviços de saúde e problemas com saneamento ambiental interferem no processo saúde-doença. Nos territórios rurais brasileiros são encontrados maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo, sendo caracterizados por pobreza e restrições de acesso aos bens e serviços importantes para a vida. (47)

Com a implantação e implementação do sistema e-SUS AB com a funcionalidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a adoção de sistemas de categorização de problemas, como é o caso da Classificação Internacional da Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP-2) e a já consolidada Classificação Internacional de Doenças e Problemas

relacionados à Saúde (CID 10) na sua décima edição. A CIAP-2 é um sistema de categorização, simples e fácil, que tem sido utilizado em vários países, que possibilita classificar questões relacionadas às pessoas e não há doenças. Ainda permite classificar não só os problemas diagnosticados pelos profissionais de saúde, mas os motivos da procura do cidadão pelo serviço, seja um sofrimento ou enfermidade. (39) A CID-10 é considerada uma base para identificação de tendências e estatísticas de saúde em todo mundo e o padrão internacional para relatar doenças e condições de saúde. Em vista disso, atualmente é possível realizar estudos a partir desta base dados, utilizando diversas funcionalidades.(42,43)

Esta pesquisa, portanto, procurou caracterizar o perfil de demanda de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) em três Regiões Administrativas do Distrito Federal, a partir dos problemas e condições avaliados por enfermeiro e médicos, em distintos territórios (da cidade e do campo) no ano 2019.

### **3.1.3. Materiais e Métodos**

Trata-se de um estudo descritivo, realizado a partir de dados globais, secundários, não identificados, de registros de atendimento de quatro UBS da rede de Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), sendo duas de tipologia rural e duas de tipologia urbana, localizadas em Regiões Administrativas do DF (Ceilândia, Fercal e Sobradinho).

O território do Distrito Federal compreende a cidade de Brasília, capital federal, que é dividido em 35 Regiões Administrativas (RA). Sob o ponto de vista assistencial, a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) se organiza em 7 Regiões de Saúde que englobam algumas RAs, conforme demonstrado na Figura 3. As UBS são estabelecimentos de saúde, conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que desenvolvem atividades assistenciais prevista na Carteira de Serviços da Atenção Primária do Distrito Federal. (56)



Figura 4 - Mapa com a localização das UBS incluídas no estudo, Brasília-DF



Fonte: InfoSaúde-DF, SES-DF 2021.

A amostra foi constituída pela totalidade dos registros de atendimento individual, realizados por enfermeiros e médicos nas quatro unidades, de janeiro a dezembro de 2019.

Os dados relativos à descrição de produção, turno de atendimento, sexo, faixa etária, local de atendimento, tipo de atendimento e a lista de problemas e condições avaliadas/detectados utilizando a taxonomia da Classificação Internacional da Atenção Primária – CIAP 2 e da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 foram obtidos a partir dos *Relatórios de atendimento individual* do e-SUS AB, filtrados por categoria profissional (enfermeiros e médicos) e sexo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente (Fiocruz Brasília) e coparticipante (Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal) sob os pareceres nº 4.456.564 e nº 4.589.529 (Anexos B e C), de acordo com a Resolução nº 196/96 e seus complementares.

As variáveis analisadas no estudo foram: descrição de produção, turno de atendimento, sexo (feminino e masculino); faixa etária (ou idade em número de anos); tipo de atendimento; e lista de problemas e condições avaliadas/detectadas por enfermeiro e médico, a partir das taxonomias CIAP 2 e CID 10.

Para o desenvolvimento das análises estatísticas foram utilizados o *software Microsoft Excel 2020*, versão 2106, para tabulação dos dados e o *software IBM SPSS Statistics*, v.21.0, para análise de variáveis e tendências.

### 3.1.4. Resultados

As unidades do estudo representam 3,76 % do total de eSF do DF em 2019. O Distrito Federal contava com 372 equipes de Saúde da Família consistidas em 2019, com uma cobertura por equipe SF de 43,14%, conforme painel de indicadores do SISAPS em 2021.

A Tabela 1 apresenta a tipologia das unidades (urbana ou rural) e o respectivo número de equipes eSF no 3º quadrimestre de 2019 e no 1º quadrimestre de 2021.

Tabela 1 - Tipologia da UBS, N° de equipes por UBS em 2019 e 2021, Brasília-DF 1

UBS	RA	Tipologia	N° eSF 2019 (3Q)	N° eSF 2021(1Q)
UBS Boa Esperança	Ceilândia	Rural	01	02
UBS Catingueiro	Fercal	Rural	01	01
UBS Nova Colina	Sobradinho	Urbana	06	06
UBS Ceilândia	Ceilândia	Urbana	06	06
<b>Total</b>			14	15

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

A Tabela 2 apresenta população cadastrada por unidade, nos anos de 2019 e 2021. Fica evidenciado um incremento de mais de 27% da população cadastrada entre os anos de 2019 (3º quadrimestre) e 2021 (1º quadrimestre), com destaque para a UBS Boa Esperança, de tipologia rural, que aumentou o cadastro individual em 194% e dobrou o número de equipe consistida.

Tabela 2 - População cadastrada por UBS nos anos de 2019 e 2021, Brasília-DF

UBS	Tipologia	Pop. Cadastrada (Q3) 2019*	Pop. Cadastrada (Q1) 2021**
UBS Boa Esperança	Rural	1.440	4.242
UBS Catingueiro	Rural	2.135	2.512
UBS Nova Colina	Urbana	11.846	14.893
UBS Ceilândia	Urbana	17.202	20.012
<b>Total</b>		<b>32.623</b>	<b>41.659</b>

\* População cadastrada no 3º quadrimestre de 2019; \*\*População cadastrada no 1º quadrimestre de 2021; - População estimada SUPLANS/SES-DF 3.012.718

Fonte: e-Gestor AB, 2021.

A população cadastrada nas unidades do estudo, no 3º quadrimestre de 2019, representam 2,54% da população coberta por equipe SF no DF (1.283.400 pessoas), conforme painel de Indicadores do SISAPS, 2021.

Na Tabela 3 apresentamos o número de registros de atendimentos para enfermeiros e médicos, por tipologia de UBS, em 2019.

Tabela 3 - Número total de registros de atendimentos, por categoria profissional, em 2019, Brasília-DF

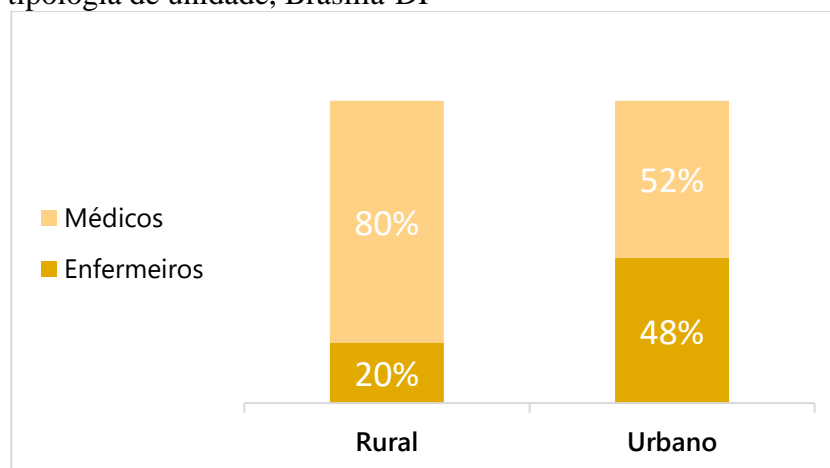
UBS	Tipologia	(n) Registro de Atendimento		Total (n)
		Enfermeiro	Médico	
UBS Boa Esperança	Rural	666 (0,23) *	2.143 (0,77)	2.809 (0,053)
UBS Catingueiro	Rural	631 (0,18) **	2.876 (0,82)	3.507(0,067)
UBS Nova Colina	Urbana	12.055 (0,45)	14.582 (0,55)	26.637 (0,511)
UBS Ceilândia	Urbana	10.090 (0,53)	9.060 (0,47)	19.150 (0,367)
<b>Total</b>		<b>23.442 (0,45)</b>	<b>28.660 (0,55)</b>	<b>52.103 (1)</b>

\*Não foram identificados registros nos meses jan. e fev.; \*\* Não foram identificados registros de jan. a abr.

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

O Gráfico 1 a abaixo demonstra os Registros de Atendimento por categoria profissional e tipologia de unidade.

Gráfico 1 - Registros de atendimento por categoria profissional e tipologia de unidade, Brasília-DF

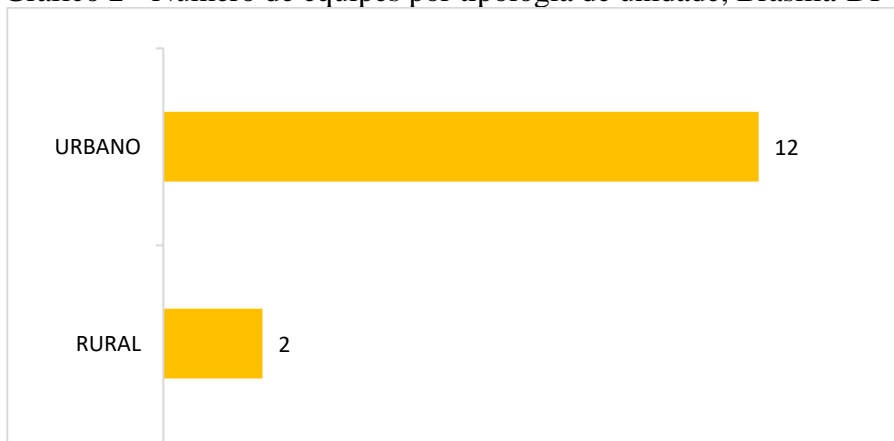


Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.



Durante todo o ano de 2019, foram identificados 52.103 registros de atendimentos realizados por médicos e enfermeiros nas 14 equipes de SF. O Gráfico 1 apresenta o número de eSF por tipologia de unidade.

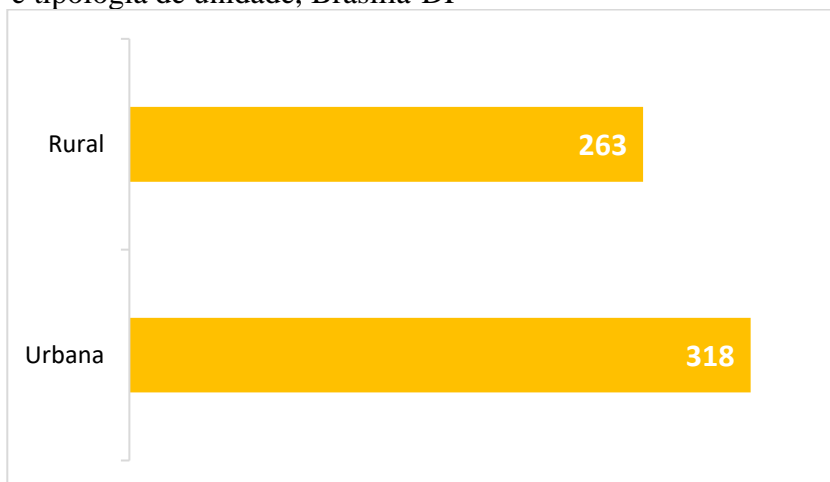
Gráfico 2 - Número de equipes por tipologia de unidade, Brasília-DF



Fonte: Painel SISAPS, 2021

Os médicos são responsáveis por 55% do total de atendimentos. Em relação a tipologia da UBS, 88% dos registros de atendimento se deram nas unidades urbanas, pois representam 86% das equipes incluídas no estudo. O Gráfico 2 a seguir expressa a média de atendimentos/mês por equipe e tipologia de unidade.

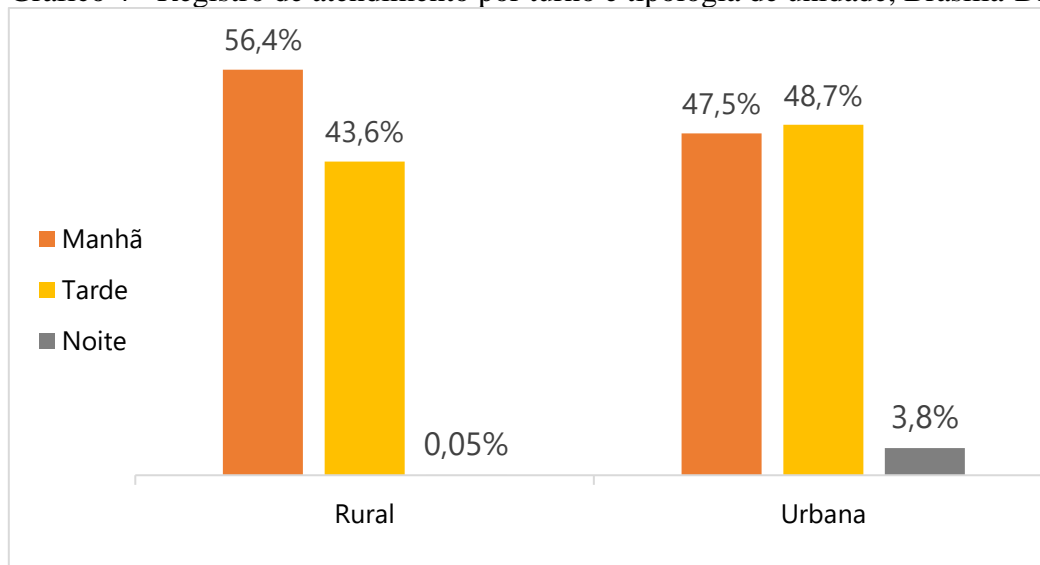
Gráfico 3 - Média de registros de atendimento/mês por equipe e tipologia de unidade, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

O Gráfico 4 a seguir expressa o registro de atendimento por turno e tipologia de unidade. Nas unidades de tipologia Rural predominam os atendimentos no período matutino, com 56,4%. Os atendimentos no período noturno ainda são pouco frequentes. No DF, a previsão de atendimento no período noturno se dá em unidades com 3 ou mais equipes de SF. Logo, as unidades de tipologia rural não realizam atendimentos nesse turno. (53)

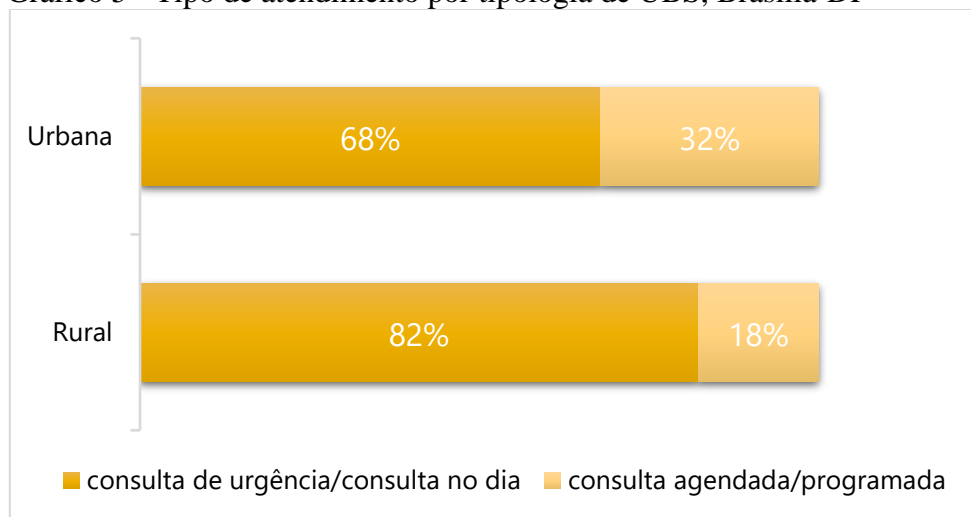
Gráfico 4 - Registro de atendimento por turno e tipologia de unidade, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

No Gráfico 5 se observa a distribuição dos tipos de atendimento (consulta agendada/programada e consulta no dia/atendimento de urgência) por tipologia de UBS (rural ou urbana). As unidades de tipologia rural apresentaram 18% dos registros de atendimentos por consultas agendadas ou programadas. Há baixo registro de atendimentos de urgência tanto em equipes em área rural e urbana, com menos de 1%.

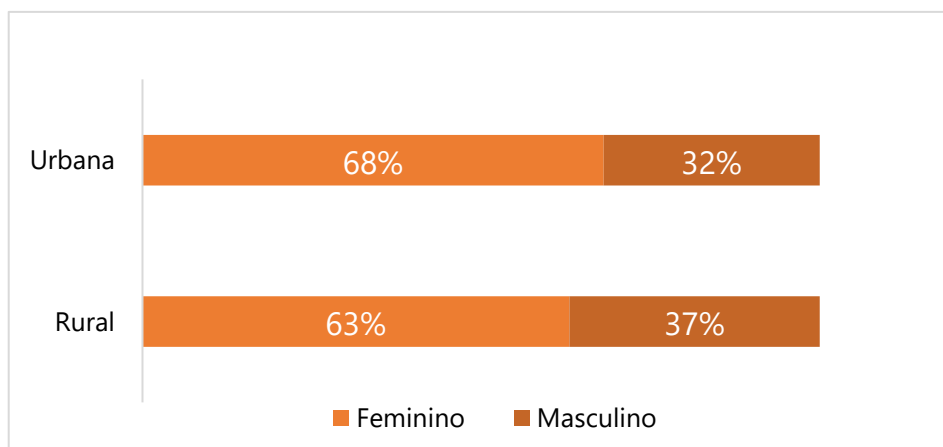
Gráfico 5 - Tipo de atendimento por tipologia de UBS, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Nas unidades urbanas, 68,1% pertenciam ao sexo feminino, enquanto em unidade rural as mulheres representaram 63%, conforme explicitado no Gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição dos registros de atendimento por gênero e tipologia de unidade, Brasília-DF

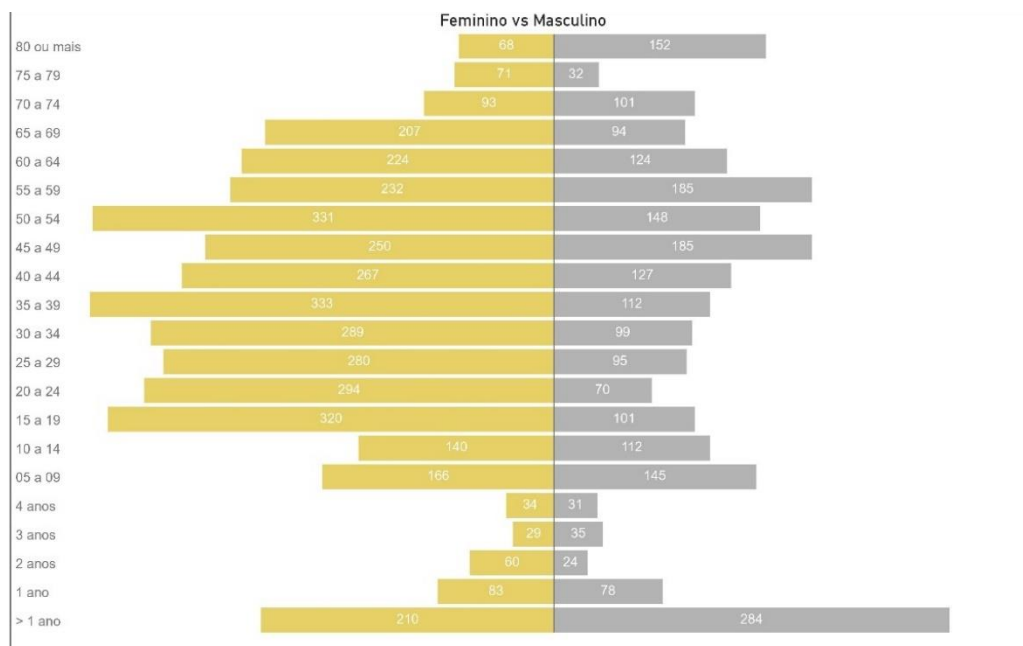


Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Os Gráficos 7 e 8 representam a distribuição por gênero e faixa etária para a população atendida em UBS de tipologia rural e urbana, respectivamente. Há uma distribuição equilibrada entre o sexo feminino e masculino até os 14 anos e a partir de 15 anos há diferença significativa, sempre com presença majoritária de mulheres, exceto no

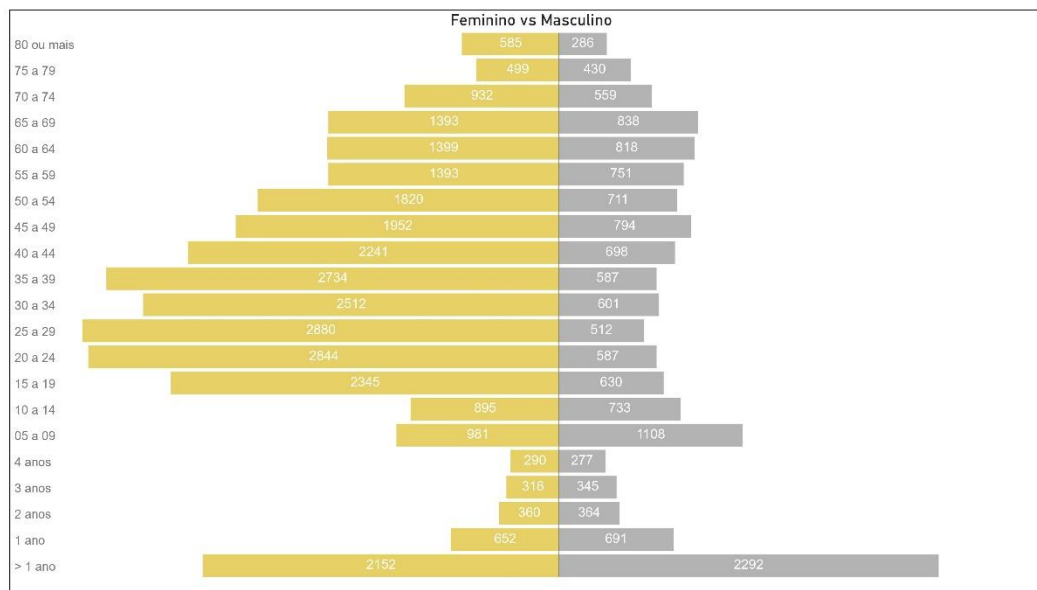
registro de atendimentos em pessoas com 80 ou mais em unidades de tipologia rural, onde há mais atendimentos para a população masculina.

Gráfico 7 - Distribuição por gênero e faixa etária da população atendida em unidade de **tipologia rural**, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

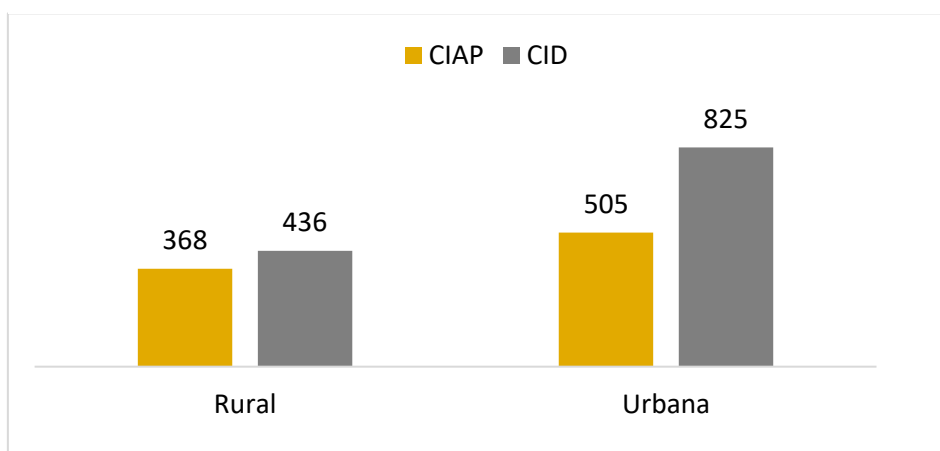
Gráfico 8 - Distribuição por gênero e faixa etária da população atendida em unidade de tipologia urbana, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Do total dos registros de atendimento foram identificados 368 problemas (CIAP-2) diferentes em unidades de tipologia rural e 505 problemas (CIAP -2) distintos em unidades de tipologia urbana. Em relação ao diagnóstico CID-10, foram 436 diagnósticos nas unidades rurais e 825 diagnósticos diferentes na população atendida em unidades urbanas, conforme Gráfico 9 a seguir.

Gráfico 9 - Número de problemas (CIAP-2) ou diagnósticos (CID-10) distintos identificados por tipologia de unidade, Brasília-DF



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Os 20 problemas (CIAP-2) mais prevalentes na população da área rural, representam 53,39 % da totalidade, e estão explicitados na Tabela 4. Os 5 primeiros problemas são *Medicina preventiva/Manutenção da Saúde, Gravidez, Sem doença, Hipertensão sem complicações e Dengue*; e representam 32,08%.

Tabela 4 - Prevalência dos 20 problemas (CIAP-2) mais frequentes, avaliados por enfermeiros e médico em UBS de tipologia Rural no ano de 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção Da Saúde	450	9,06%	9,06%
2	W78 - Gravidez	379	7,63%	16,70%
3	A97 - Sem Doença	313	6,30%	23,00%
4	K86 - Hipertensão Sem Complicações	313	6,30%	29,31%
5	A77 - Dengue E Outras Doenças Virais Ne	138	2,78%	32,08%
6	A91 - Investigação Com Resultado Anormal Ne	137	2,76%	34,84%
7	R74 - Infecção Aguda Do Aparelho Respiratório Superior (IVAS)	114	2,30%	37,14%
8	T89 - Diabetes Insulinodependente	105	2,11%	39,25%
9	N01 - Cefaleia	83	1,67%	40,93%
10	T90 - Diabetes Não Insulinodependente	80	1,61%	42,54%
11	D07 - Dispepsia/Indigestão	75	1,51%	44,05%
12	T82 - Obesidade	69	1,39%	45,44%
13	L02 - Sinais/Sintomas Da Região Dorsal	64	1,29%	46,73%
14	P76 - Perturbações Depressivas	53	1,07%	47,79%
15	R05 - Tosse	49	0,99%	48,78%
16	R97 - Rinite Alérgica	47	0,95%	49,73%
17	N88 - Epilepsia	46	0,93%	50,65%
18	P06 - Perturbação Do Sono	46	0,93%	51,58%
19	T93 - Alteração No Metabolismo Dos Lipídios	46	0,93%	52,51%
20	P74 - Distúrbio Ansioso/Estado De Ansiedade	44	0,89%	53,39%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

A Tabela 5 apresenta os 20 problemas (CIAP-2) mais prevalentes, avaliados por médicos e enfermeiros, na população da área urbana. Estes problemas (CIAP-2) mais prevalentes representam 70,71% do total. Os primeiros 5 problemas mais frequentes são *Medicina preventiva/Manutenção da Saúde, Gravidez, Hipertensão sem complicações, Sem doença, e Febre*. E representam um pouco mais de 50% dos problemas avaliados na população urbana.

Tabela 5 -Prevalência dos 20 problemas (CIAP-2) mais frequentes, avaliados por enfermeiros e médico em UBS de tipologia Urbana no ano de 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	10492	25,38%	25,38%
2	W78 - Gravidez	4125	9,98%	35,36%
3	K86 - Hipertensão sem Complicações	2789	6,75%	42,10%
4	Sem Doença	2554	6,18%	48,28%
5	A03 - Febre	1136	2,75%	51,03%
6	R05 - Tosse	1087	2,63%	53,66%
7	T90 - Diabetes não Insulinodependente	1020	2,47%	56,12%
8	A77 - Dengue e Outras Doenças Virais Ne	815	1,97%	58,09%
9	R21 - Sinais/Sintomas da Garganta	635	1,54%	59,63%
10	X14 - Secreção Vaginal	527	1,27%	60,91%
11	P03 - Tristeza/ Sensação de Depressão	518	1,25%	62,16%
12	N01 - Cefaleia	490	1,19%	63,34%
13	A80 - Lesão Traumática/Acidente Ne	480	1,16%	64,50%
14	D11 - Diarreia	475	1,15%	65,65%
15	T89 - Diabetes Insulinodependente	461	1,12%	66,77%
16	X86 - Esfregaço de Papanicolau/ Colpocitologia Oncótica Anormal	379	0,92%	67,68%
17	W29 - Sinais/Sintomas da Gravidez, outros	345	0,83%	68,52%
18	R80 - Gripe	326	0,79%	69,31%
19	W14 - Contracepção/Outros	296	0,72%	70,02%
20	R76 - Amigdalite Aguda	284	0,69%	70,71%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

As Tabela 6 e 7 apresentam os 20 mais frequentes diagnóstico CID avaliados por médicos, na população rural e urbana, respectivamente. Observa-se uma relação de similaridade entre os problemas CIAP-2 e diagnósticos CID-10 avaliados.

Tabela 6 - Prevalência dos 20 diagnósticos (CID-10) mais prevalentes em UBS de tipologia Rural no ano de 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z00 Exame geral investigação de pessoa s/queixa diagn relat	737	14,55%	14,55%
2	Z76 Pessoas em contato serv. saúde em outra circunstância	578	11,41%	25,96%
3	I10 Hipertensão essencial	353	6,97%	32,93%
4	Z34 Supervisão de gravidez normal	261	5,15%	38,08%
5	E66 Obesidade	129	2,55%	40,63%
6	A90 Dengue	122	2,41%	43,04%
7	E10 Diabetes mellitus insulino dependente	120	2,37%	45,41%
8	M54 Dorsalgia	115	2,27%	47,68%
9	J06 Infecção agudas vias aéreas super loc. Mult. NE	74	1,46%	49,14%
10	E11 Diabetes mellitus não insulino dependente	73	1,44%	50,58%
11	F41 Outros transtornos ansiosos	72	1,42%	52,00%
12	R52 Dor NCOP	56	1,11%	53,11%
13	Z30 Anticoncepção	52	1,03%	54,14%
14	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e out lipidem.	51	1,01%	55,14%
15	M79 Outros transt. dos tec moles NCOP	48	0,95%	56,09%
16	K30 Dispepsia	47	0,93%	57,02%
17	R10 Dor abdominal e pélvica	47	0,93%	57,95%
18	R51 Cefaleia	47	0,93%	58,87%
19	J03 Amigdalite aguda	45	0,89%	59,76%
20	J00 Nasofaringite aguda	42	0,83%	60,59%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.



Tabela 7 - Prevalência dos 20 diagnósticos (CID-10) mais prevalentes em UBS de tipologia Urbana no ano de 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z00 Exame geral investigação pessoa s/queixa diagn relat.	3387	13,43%	13,43%
2	Z76 Pessoas contato serv. saúde em outra circunstância	2278	9,03%	22,46%
3	I10 Hipertensão essencial	2274	9,02%	31,48%
4	Z34 Supervisão de gravidez normal	1899	7,53%	39,01%
5	E11 Diabetes mellitus não insulino dependente	594	2,36%	41,36%
6	M54 Dorsalgia	440	1,74%	43,11%
7	E10 Diabetes mellitus insulino dependente	401	1,59%	44,70%
8	A90 Dengue	380	1,51%	46,20%
9	R50 Febre origem desconhecida e outras origens	364	1,44%	47,65%
10	R51 Cefaleia	358	1,42%	49,07%
11	J03 Amigdalite aguda	354	1,40%	50,47%
12	M79 Outros transt. dos tec moles NCOP	342	1,36%	51,83%
13	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e out lipidem.	316	1,25%	53,08%
14	R10 Dor abdominal e pélvica	313	1,24%	54,32%
15	J02 Faringite aguda	300	1,19%	55,51%
16	F32 Episódios depressivos	289	1,15%	56,66%
17	J00 Nasofaringite aguda	289	1,15%	57,80%
18	F41 Outros transtornos ansiosos	261	1,03%	58,84%
19	Z30 Anticoncepção	237	0,94%	59,78%
20	R05 Tosse	236	0,94%	60,71%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Os 5 problemas (CIAP-2) mais prevalentes entre mulheres e homens, na população atendida em unidades de tipologia rural e urbana, estão representados no Quadro 3 a seguir. Na população feminina estudada, o problema *Gravidez* é o mais prevalente em unidade de tipologia rural, seguido pela *Medicina Preventiva/Manutenção da saúde*. Em unidade da área urbana, há uma inversão. Os 5 problemas mais frequentes avaliados em mulheres nas populações de territórios, rural e urbano, possuem pequenas variações de prevalência e estão dentro das margens estatísticas.

Na população masculina, há 3 problemas mais prevalentes (*Medicina Preventiva/Manutenção da saúde*, *Hipertensão sem complicação* e *Sem doença*), similares ao encontrado na população feminina, com variação nas frequências. Mas identificou-se que

os homens atendidos nas unidades de área urbana buscam os serviços, com frequência significativa, por queixas agudas, como *Febre* e *Tosse*. Em unidade rural, o problema *Dengue* (3,5%) foi o mais prevalente como condição aguda.

Quadro 3 - Problemas (CIAP-2) mais prevalentes entre mulheres e homens, na população atendida em unidades de tipologia rural e urbana, Brasília-DF

	<b>Rural</b>	<b>%</b>	<b>Urbana</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	W78 – Gravidez	11,8%	A98 – Medicina Preventiva/ Manutenção da Saúde	23,2%
	A98 – Medicina Preventiva/ Manutenção da Saúde	8,6%	W78 – Gravidez	14,4%
	A97 - Sem Doença	7,0%	K86 - Hipertensão sem Complicações	6,3%
	K86 - Hipertensão sem Complicações	6,0%	A97 - Sem Doença	6,0%
	T89 - Diabetes		T89 - Diabetes	
	Insulinodependente	2,4%	Insulinodependente	2,2%
	A98 – Medicina Preventiva/ Manutenção da Saúde	10,0%	A98 – Medicina Preventiva/ Manutenção da Saúde	30,2%
<b>Masculino</b>	K86 - Hipertensão sem Complicações	6,9%	K86 - Hipertensão sem Complicações	7,7%
	A97 - Sem doença	5,0%	A97 - Sem doença	6,7%
	A77 - Dengue e Outras Doenças		A03 – Febre	4,1%
	Virais NE	3,2%	R05 – Tosse	3,7%
	A91 - Investigação com Resultado Anormal NE	3,4%		

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Em relação a avaliação médica a partir da CID-10, os 5 diagnósticos mais prevalentes, entre homens e mulheres, estão explicitados no Quadro 4. Na população feminina, a Supervisão de gravidez normal aparece com 11,5% em unidade urbanas e em área rural 8,3%.

Quadro 4 - Diagnóstico (CID-10) mais prevalentes por sexo, em unidades de tipologia rural e urbana, Brasília-DF

	<b>Rural</b>	<b>%</b>	<b>Urbana</b>	<b>%</b>
<b>Feminino</b>	Z00 - Exame geral invest. pessoa s/queixa	13,2%	Z34 - Supervisão de gravidez normal	11,5%
	Z76 - Pessoas cont. serv. saúde em outras circunstâncias	12,2%	Z00 - Exame geral invest. pessoa s/queixas	11,3%
	Z34 - Supervisão de gravidez normal	8,3%	Z76 - Pessoas cont. serv. saúde em outras circunstâncias	9,0%
	I10 - Hipertensão essencial	6,2%	I10 - Hipertensão essencial	8,5%
	E66 - Obesidade	3,3%	E11 - Diabetes mellitus não insulino dependente	2,1%
	Z00 - Exame geral invest. pessoa s/queixas	16,7%	Z00 - Exame geral invest. pessoa s/queixa diagn. Relat.	17,4%
<b>Masculino</b>	Z76 - Pessoas cont. serv. saúde em outras circunstâncias	10,2%	I10 - Hipertensão essencial	10,0%
	I10 - Hipertensão essencial	8,3%	Z76 - Pessoas cont. serviço saúde em outras circunstâncias	9,1%
	M54 - Dorsalgia	2,7%	E11 - Diabetes mellitus não insulino dependente	2,8%
	A90 - Dengue	2,4%	E10 - Diabetes mellitus insulino dependente	2,2%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

A Tabela 8 expressa os registros de problemas identificados, por médicos e enfermeiros, segundo os capítulos da CIAP-2, para população atendida em unidades de tipologia Rural. Os 4 primeiros capítulos representam mais de 50% da totalidade.

Tabela 8 - Registro de problemas identificados por médicos e enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF

<b>Capítulo da CIAP-2</b>		<b>Problemas identificados (n)</b>		<b>%</b>
<b>A</b>	Geral e Inespecífico	1286		25,9%
<b>W</b>	Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	529		10,7%
<b>K</b>	Circulatório	495		10,0%
<b>R</b>	Respiratório	412		8,3%
<b>T</b>	Endócrino/Metabólico e Nutricional	394		7,9%
<b>D</b>	Digestivo	330		6,6%
<b>P</b>	Psicológico	317		6,4%
<b>S</b>	Pele	276		5,6%
<b>L</b>	Musculo esquelético	217		4,4%
<b>N</b>	Neurológico	201		4,0%
<b>X</b>	Genital Feminino	151		3,0%
<b>U</b>	Urinário	107		2,2%
<b>H</b>	Ouvido	70		1,4%
<b>Y</b>	Genital Masculino	62		1,2%
<b>F</b>	Olho	54		1,1%
	Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático,			
<b>B</b>	Baço	49		1,0%
<b>Z</b>	Problemas Sociais	16		0,3%
	Total	4.965		100,0%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Já a Tabela 9 apresenta os registros de problemas identificados, por médicos e enfermeiros, segundo os capítulos da CIAP-2, para população atendida em unidades de tipologia Urbana. Destaca-se os capítulos A (Geral e Inespecífico) e W (Gravidez, Parto e Planejamento Familiar) com a frequência acumulada de 53,6%.

Tabela 9 - Registro de problemas identificados por médicos e enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF

<b>Capítulo da CIAP-2</b>		<b>Problemas identificados (n)</b>	<b>%</b>
A	Geral e Inespecífico	16566	40,1%
W	Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	5567	13,5%
K	Circulatório	3260	7,9%
R	Respiratório	3204	7,7%
X	Genital Feminino	2000	4,8%
T	Endócrino/Metabólico e Nutricional	1916	4,6%
D	Digestivo	1847	4,5%
S	Pele	1808	4,4%
P	Psicológico	1277	3,1%
U	Urinário	935	2,3%
L	Musculoesquelético	867	2,1%
N	Neurológico	854	2,1%
H	Ouvido	415	1,0%
F	Olho	316	0,8%
Y	Genital Masculino	279	0,7%
B	Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	193	0,5%
Z	Problemas Sociais	39	0,1%
Total		41.343	100,0%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Os problemas avaliados no capítulo A da CIAP-2 referente a problemas “Gerais e Inespecíficos” foram os mais frequentes nas populações atendidas em equipes rurais e urbanas, em todas as faixas de idade. Na faixa etária de 0 a 4 anos os capítulos Respiratório, Pele e Digestivo foram os mais frequentes nos recortes das populações atendidas em unidades rural e urbana. A partir dos 15 anos, além do capítulo “Geral e Inespecífico”, os capítulos “Gravidez, Parto e Planejamento familiar” e “Genital feminino” foram mais prevalentes. Entre os idosos, os capítulos “Geral e Inespecífico”, “Circulatório”, “Endócrino/Metabólico e Nutricional” e “Respiratório” foram mais frequentes.

O Quadro 5 apresenta o principais Capítulos CIAP-2 por gênero e tipologia de unidade.

Quadro 5 - Principais Capítulos CIAP-2 por gênero e tipologia de unidade, Brasília-DF

	Rural	Urbana
<b>Feminino</b>	Geral e Inespecífico (24,8%)	Geral e Inespecífico (36,5%)
	Gravidez, Parto e Planejamento Familiar (16,5%)	Gravidez, Parto e Planejamento Familiar (19,4%)
	Circulatório (8,9%)	Circulatório (7,3%)
	Endócrino/Metabólico e Nutricional (8,1%)	Genital Feminino (7,0%)
	Respiratório (6,5%)	Respiratório (6,5%)
<b>Masculino</b>	Geral e Inespecífico (28,4%)	Geral e Inespecífico (48,2%)
	Circulatório (12,0%)	Respiratório (10,7%)
	Respiratório (11,8%)	Circulatório (9,2%)
	Pele (8,0%)	Pele (6,2%)
	Digestivo (7,8%)	Endócrino/Metabólico e Nutricional (5,7%)

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Em relação aos atendimentos realizados por enfermeiros, há uma prevalência de quase 45% de problemas do capítulo *Geral e Inespecífico*, sendo o problema Medicina Preventiva/Manutenção da saúde o mais frequente, como demonstrado na Tabela 10. Outro achado importante, é que os problemas do capítulo Genital Feminino são predominantemente atendidos por enfermeiros, com 87%. Os atendimentos médicos estão concentrados nos capítulos Geral e Inespecífico, Gravidez, Circulatório, Respiratório.

Tabela 10 - Registro de problemas identificados por enfermeiros, por capítulos do CIAP-2, na população estudada, Brasília-DF

<b>Capítulo da CIAP-2</b>		<b>Problemas identificados (n)</b>	<b>%</b>
A	Geral e Inespecífico	11210	44,6%
W	Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	3177	12,6%
X	Genital Feminino	1890	7,5%
R	Respiratório	1770	7,0%
K	Circulatório	1526	6,1%
S	Pele	1297	5,2%
T	Endócrino/Metabólico e Nutricional	1142	4,5%
D	Digestivo	979	3,9%
U	Urinário	541	2,2%
N	Neurológico	407	1,6%
P	Psicológico	356	1,4%
L	Musculoesquelético	285	1,1%
Y	Genital Masculino	202	0,8%
F	Olho	124	0,5%
H	Ouvido	117	0,5%
B	Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, Baço	92	0,4%
Z	Problemas Sociais	33	0,1%
Total		25148	100,0%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Nos registros de atendimentos médico, observou-se uma similaridade entre os diagnósticos CIAP-2 e CID-10 avaliados, como a dimensão preventiva, questões sobre gravidez, atendimento as condições crônicas como Hipertensão e Diabetes. Destaca-se que problemas do capítulo P (“Psicológico”) da CIAP-2, refere a questões relacionadas a saúde mental, é majoritariamente avaliado por médicos., com prevalência de 5,9%, conforme explicitado na Tabela 11.

Tabela 11 - Registro de problemas identificados por médicos, por capítulos do CIAP-2, na população estudada, Brasília-DF

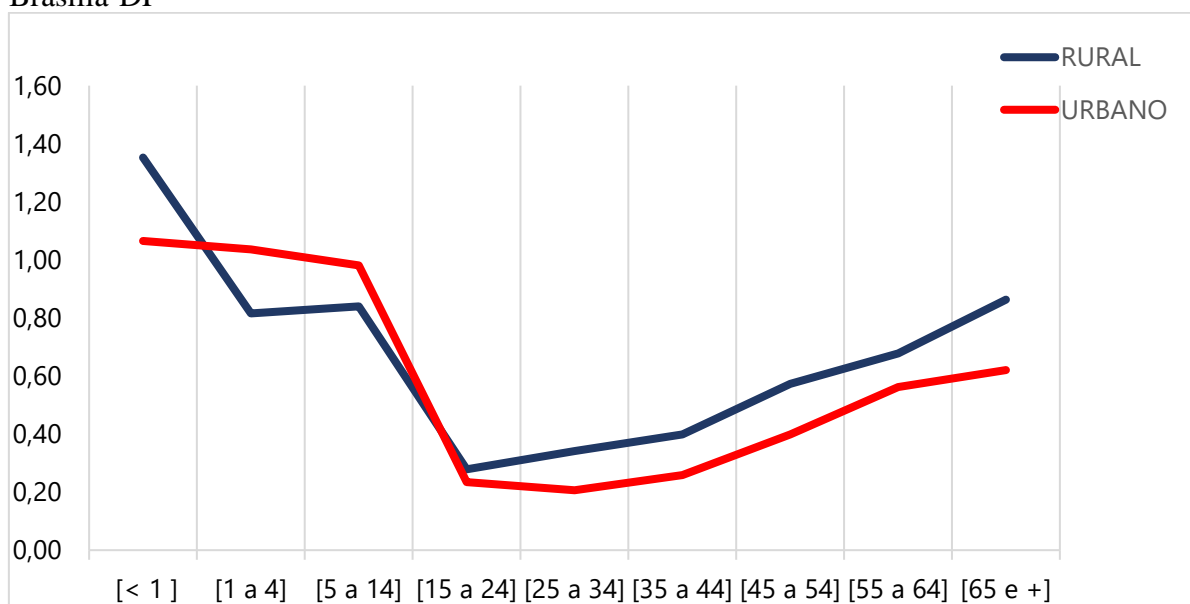
<b>Capítulo da CIAP-2</b>	<b>Problemas identificados (n)</b>	<b>%</b>
A Geral e Inespecífico	6641	31,4%
W Gravidez, Parto e Planejamento Familiar	2919	13,8%
K Circulatório	2229	10,5%
R Respiratório	1846	8,7%
P Psicológico	1238	5,9%
D Digestivo	1198	5,7%
T Endócrino/Metabólico e Nutricional	1168	5,5%
L Musculo esquelético	799	3,8%
S Pele	787	3,7%
N Neurológico	648	3,1%
U Urinário	501	2,4%
H Ouvido	368	1,7%
X Genital Feminino	261	1,2%
F Olho	246	1,2%
B Sangue, Sistema Hematopoiético, Linfático, baço	150	0,7%
Y Genital Masculino	139	0,7%
Z Problemas Sociais	22	0,1%
Total	21160	100,0%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

O Gráfico 10 a seguir expressa a Razão de sexo (M/F), de atendimentos em UBS rural e urbana, nas respectivas faixas etárias. Fica evidente o equilíbrio entre homens e mulheres até os 14 anos (Razão 0,8 a 1,1), e entre 15 e 54 anos se registram as maiores discrepâncias, com Razão de sexo entre 0,2 e 0,4, com presença quatro vezes maior das mulheres nos serviços. Observa-se que quase 50% da população do sexo feminino atendida se encontra entre a faixa etária de 15 a 44 anos. Nestas faixas etárias concentra-se os capítulos “Gerais e inespecíficos”, “Gravidez, parto e planejamento familiar” e “Genital Feminino”, sem distinção entre os territórios rural e urbano.



Gráfico 10 - Razão de sexo (M/F) da população atendida em UBS Rural e Urbana, Brasília-DF

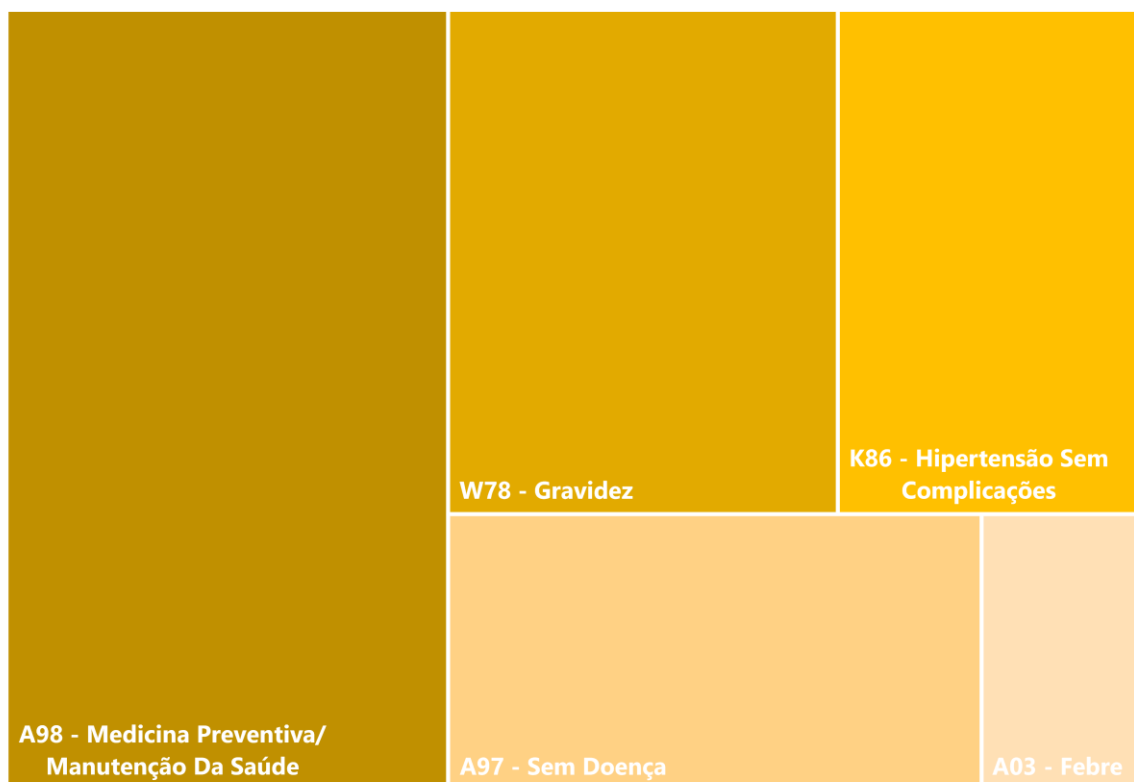


Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

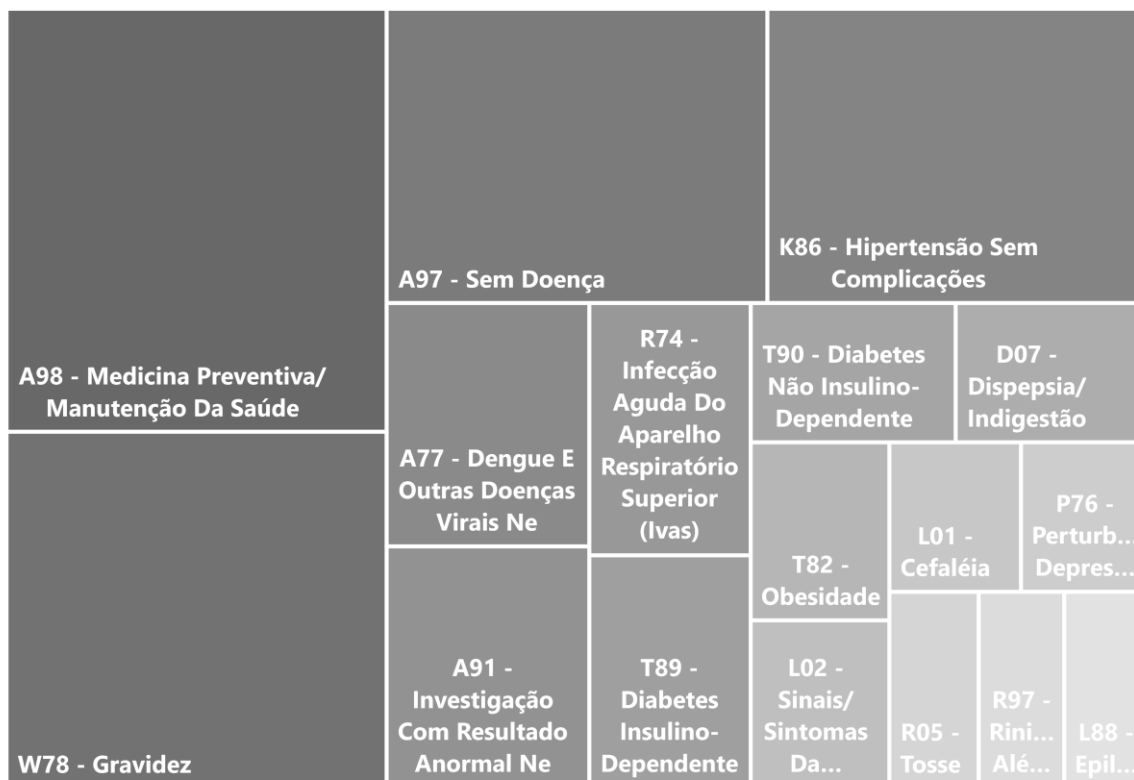
Em relação as características de problemas em unidades de tipologia rural e urbana é possível observar uma variabilidade maior de problemas na população atendida em unidades da área rural. Na população rural 17 (dezesete) problemas distintos correspondem a 50% dos diagnósticos. Já na população urbana há uma forte concentração nos 5 (cinco) principais problemas, conforme explicitado na Figura 5. A partir da codificação CID-10 foram 10 e 11 diagnósticos mais prevalentes na população rural e urbana, respectivamente, correspondendo a 50% da totalidade.

Figura 5 - Prevalência de problemas CIAP-2 na população rural e urbana, nos 50% dos registros acumulados de Jan-Dez 2019, Brasília-DF

### População Urbana



### População Rural



Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

### 3.1.5. Discussão dos resultados

A análise dos registros de atendimentos do e-SUS AB a partir das condições avaliadas pelos profissionais médicos e enfermeiros, são importantes fontes de informação a respeito do perfil de morbidade dos usuários acompanhados em unidades e equipes com características distintas. As populações do campo, por exemplo, têm modos de vida, produção e reprodução social que podem estar relacionadas fortemente ao local onde vivem, com necessidades de saúde específicas, aspectos de acesso e acessibilidade aos serviços de saúde. Os residentes de áreas rurais frequentemente são mais velhos, tem mais problemas financeiros, maior taxa de pobreza, são mais dependentes dos serviços de saúde pública, possuem menor escolaridade e enfrentam mais obstáculos ao tentar acessar os serviços de saúde, com distâncias maiores aos locais de atendimento, dificuldade de mobilidade, bem como escassez de serviços e profissionais. (47,50,57)

Os serviços de APS nas grandes cidades e áreas metropolitanas, frequentemente são mais variados, porém desigual. As últimas décadas, as cidades brasileiras têm mantido um crescimento na cobertura por eSF. Entretanto, as cidades com mais de 100 mil habitantes apresentam menor adesão ao modelo de ESF. Geralmente os serviços de APS possuem características de medicina subespecializada, com mais incorporação de tecnologia dura, com mais oferta de apoio diagnóstico e de profissionais. (58)

Os registros de atendimento de enfermeiros e médicos permitem avaliar os papéis desempenhados por estes profissionais e ampliar a discussão a respeito da incorporação de novas práticas e competências, que estejam alinhadas as necessidades de saúde das populações, seja do campo ou da cidade.

Neste estudo, observou-se um aumento de cadastramento da população em todas as unidades do estudo. Este incremento pode ter relação ao novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Básica, com a instituição do Programa Previne Brasil, em 2019, em substituição aos Pisos de Atenção Básica (PAB). O cálculo para incentivo financeiro passa a ser constituído por capitação ponderada, calculada a partir do quantitativo de população cadastrada por eSF e eAP. As alterações no modelo de financiamento poderão trazer inúmeros impactos sobre a APS e necessitam ser acompanhados, principalmente em um

contexto de austeridade fiscal somados aos aspectos relacionados a pandemia pela Covid-19. (59,60)

Em relação à média de registros de atendimento por equipe, eSF que atuam em áreas urbanas apresentam 20% a mais de atendimentos, quando comparadas a equipes que atuam em área rural. No presente estudo identificou-se ausência de registros de atendimentos de enfermeiros nas duas unidades rurais do estudo, em uma das unidades foram 4 meses sem registros de atendimento deste profissional. Não foi encontrado na literatura estudos que compare a média de atendimentos de serviços de APS em territórios rurais ou na cidade. No entanto, podemos considerar que aspectos relacionados a acesso, acessibilidade e fixação de profissionais a longo prazo para atuarem nestas localidades podem impactar na oferta de serviços em unidades em áreas rurais e, conseqüentemente, repercutir na capacidade de atendimento desta população. (50)

A distribuição dos tipos de atendimento, com majoritário percentual de atendimentos por consulta no dia, em ambos os territórios, pode sugerir uma possível mudança na forma de organização do trabalho, com agendas menos rígidas, sem a necessidade de agendamento prévio. A Política de Atenção Primária à Saúde do DF recomenda, por exemplo, que 50% das agendas dos profissionais das equipes de SF sejam destinadas para consultas agendadas ou programadas. O fortalecimento da APS depende da ampliação do acesso cada vez mais facilitado, em que o usuário consiga repostas as suas necessidades, em horário mais adequado, com formas de agendamento mais confortáveis, e menos burocráticas. Ainda é muito comum, encontrar agendas lotadas em que, com frequência, os pacientes não conseguem ser atendidos quando precisam. E é justamente para enfrentar este problema, que vários países e o Brasil tem discutido novas maneiras para enfrentar tais dificuldades, propondo abordagem conhecida como acesso avançado ou consultas do dia. A ideia é “Faça o trabalho de hoje, hoje!”. Seria algo como uma agenda organizada de forma mais flexível com 65 a 75% das vagas para atendimentos no mesmo dia ou dentro da mesma semana, por demanda espontânea. (61)

Neste estudo, as mulheres foram as maiores utilizadoras do serviço, repetindo o observado em outras pesquisas. (32,34,36,37,39) Houve uma diferença estatística entre os gêneros quanto a proporção de mulheres em relação aos homens, em especial na faixa etária de 25 a 34 anos, onde há 4,5 vezes mais atendimentos de mulheres.

Para Cobo, os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) 2019, reforçam a diferença de gênero no acesso aos serviços de saúde. As mulheres tendem a procurar mais os serviços de saúde para ações preventivas, questões de saúde reprodutiva e pré-natal. (62)

Na população masculina, há um aumento, ainda discreto, do registro de atendimentos de zona rural. O número de homens que frequentam os serviços de atenção primária ainda se mantém inferior ao número de mulheres. Em estudo Grego (38) a respeito de motivos de consulta em unidade rural, a proporção de homens para mulheres foi de 0,7:1. Apenas em um estudo comparativo entre serviços de atenção primária em áreas urbanas e cenários rurais a proporção de homens foi maior que mulheres na população do campo, com 50,72%. (57)

A discussão sobre o acesso do homem na APS brasileira tem sido motivo de preocupação. Nem mesmo o fato de os homens serem mais vulneráveis a doenças, sobretudo agravos graves e crônicos, com mais mortalidade precoce, levam eles a buscarem os serviços de atenção básica. A resistência masculina a procurar cuidados com a saúde, tem sido avaliada por inúmeros estudos. Algumas pesquisas qualitativas apontam para dois grupos de determinantes, que são as barreiras socioculturais e barreiras institucionais. Ou seja, as questões do estereótipo de gênero, que estão na base da socialização masculina, que considera a doença como fragilidade e se impõe com fator no reconhecimento destes homens a respeito das suas próprias vulnerabilidades. Além disso, é possível perceber que os homens ainda preferem utilizar outros serviços de saúde, como prontos socorros e farmácias, pois estes respondem de forma mais rápida e objetivas às suas necessidades. Ou seja, ainda não reconhecem a UBS como local acessível e de facilidade, que pode responder aos seus anseios. (33,63)

O debate sobre saúde do homem traz aspectos ainda mais peculiares quando se trata das questões da saúde do homem trabalhador de territórios rurais. Recente estudo a respeito da visão do homem trabalhador sobre o cuidado em saúde no contexto da APS, capturou que os homens do campo possuem uma visão muito baseada em modelo curativo, e que o trabalho produtivo exercido por eles tem papel prioritário, reforçando a ideia da identidade masculina com o papel provedor. Tal visão tem implicações negativas no seu cuidado da própria saúde. (64)

O trabalho do profissional enfermeiro na APS tem ganhado destaque ao longo dos anos no atendimento as mulheres. O rastreio do câncer de colo do útero nas mulheres, com a coleta de exames preventivo anuais e atendimentos as queixas ginecológicas, por exemplo,

têm sido majoritariamente realizadas por estes profissionais. O trabalho realizado por Silva em Minas Gerais que caracterizou o perfil de morbidade de usuários de uma equipe de SF, identificou frequência de 24% para problemas do capítulo X genital feminino, nos atendimentos realizados por enfermeiros e de 7,7% para os realizados por profissionais médicos. (39)

Estudos sobre motivos de consulta a partir da codificação CIAP-2, como de Gusso e Landesberg apresentam que aproximadamente 30-32 problemas de saúde correspondem a mais de 50% dos diagnósticos estabelecidos. Pesquisa realizada em Fortaleza, identificou 10 problemas distintos, mais prevalentes, abarcando os 50% total. Em Portugal, os 17 motivos de consulta avaliados representam 50%. Estudo de Klinis, especificamente com população rural, identificou que 11 problemas distintos correspondem a 50% da totalidade de problemas avaliados. Estudos realizados em vários distritos da África do Sul, encontrou mais de 20 problemas correspondendo a quase 50%. (20,34,37,38,65,66)

A Hipertensão arterial, nas populações rural e urbana, correspondem por importante condição, com uma prevalência de 6,3% e 6,75, respectivamente. Os dados preliminares do Vigitel 2020, a partir de morbidade referida, a frequência de adultos que referiram o diagnóstico de hipertensão variou de 17,3% a 30,1%. (67) Estudo sobre motivos de consulta ou morbidades em serviços de atenção primária apresentaram prevalência de 6,1% a 37%. (34,38,68–70) Segundo o Ministério da Saúde, a hipertensão arterial é de grande relevância na saúde pública, haja vista que pode desencadear problemas mais graves, com aumento dos gastos públicos com internações. É considerada fator de risco para doenças cardioneurológicas.

Para Mendes, apesar do grande número de problemas, os motivos de consulta ou as condições de saúde que se expressão na clínica, há forte concentração em problemas mais prevalentes. (16) É relevante este achado, no sentido de promover, primeiramente, o aperfeiçoamento dos profissionais das equipes a respeito dos problemas que são mais prevalentes nas populações. Por outro lado, é importante uma reflexão a respeito de oferta de serviços na APS como uma espécie de “domesticadora” da demanda. Ou seja, restringe e define o tipo necessidade que os serviços poderão absorver. Mantendo-se um modelo de APS seletiva, voltado para determinados agravos, gênero e grupos etários. Não é que as demandas não sejam amplas ou não existam; e sim, muito possivelmente, porque são invisibilizadas estruturalmente, pela forma com os serviços de saúde se organizam. Outro

aspecto, passa pela maneira como os profissionais são preparados para compreender os problemas da população. (28)

Os problemas mais prevalentes entre mulheres, evidenciado neste estudo, é similar há outros trabalhos. Os motivos Gravidez e Medicina preventiva, seguido pelas condições crônicas não transmissíveis (Hipertensão arterial e Diabetes) são os mais frequentes entre as mulheres de áreas rurais e urbanas. Entre os homens há maior procura por questões relacionadas a Medicina preventiva, Hipertensão arterial e queixas agudas como Tosse, febre e dengue. Correspondendo a estudos que tratam sobre saúde do homem, e onde se verificou que normalmente procuram os serviços para realização de exames de “*check up*” e por queixas agudas. (20,34,63)

Outro dado importante é em relação à média de problemas identificados por encontro ou registro de atendimento. Na população rural, foram 1,58 problemas avaliados por encontro e na população urbana de 1,45. Em estudo de Betim-MG e outro de Portugal, observou uma média de 2,1 motivos de consultas por encontro (32,65). A divergência pode ser explicada pelo fato de tratar-se de estudos com características distintas, pois avaliaram motivos de consulta e não o episódio de cuidado condições avaliadas ou problema detectado, como nesse estudo. O número de registros de problemas/diagnósticos para cada registro de atendimento no sexo feminino foi 1,46 problema CIAP-2) e entre o sexo masculino foi de 1,48.

Quanto aos principais capítulos da CIAP-2, nas populações rural e urbana, foi possível perceber uma similaridade nos 4 primeiros capítulos (“Geral e Inespecífico”, “Gravidez, Parto e Planejamento Familiar”, “Circulatório” e “Respiratório”). Vale destacar o capítulo “Geral e Inespecífico” respondeu por 25,9% na população rural e 40,9% na população da cidade. Outro destaque, é em relação ao capítulo “Psicológico” (P), com prevalência de 6,4% na população rural e 3,1% na urbana. Os trabalhos de Gusso e Landesberg, a partir de motivos de consulta, identificam uma frequência de 7,0% e 4,6%, respectivamente. Em estudo Grego, em população de área rural, identificou uma prevalência de 2,5 % para o mesmo capítulo. (20,34,38)

Na perspectiva da APS como porta de entrada para a maioria dos problemas de uma dada população, os serviços de saúde devem atentar-se que parcela significativa dos usuários procuram as unidades por problemas não orgânicos, mas por questões complexas, com queixas inespecíficas e muito variadas, que envolvem inúmeros fatores; e que exigirá dos

profissionais uma abordagem muito mais centrada na pessoa e na família, levando em consideração os aspectos do território e do trabalho.

Em relação ao capítulo menos prevalente, os “Problemas sociais” responderam por 0,3% e 0,1%, nas populações rurais e urbanas, respectivamente. O que pode estar relacionado com a baixa capacidade e sensibilidade dos profissionais em reconhecerem e registrarem problemas de caráter social, ou mesmo o desconhecimento da codificação. Há de se ressaltar, que o modelo de atenção ainda é muito centrado no biomédico, que valoriza acentuadamente as questões de natureza orgânica. (71)



### 3.1.6. Limitações e potencialidade do estudo

Este estudo apresenta limitações por tratar-se de dados secundários, extraídos do sistema e-SUS AB. Além disso, é que se trata de um sistema “jovem” e sua implantação foi iniciada em 2017, no Distrito Federal. A forma de utilização das codificações CIAP-2 e CID-10 não foram controladas e podem sofrer variações de concordância com a realidade, a depender do grau de formação do profissional (enfermeiro e médico) a respeito do seu uso correto.

Outro aspecto, diz respeito a amostragem de conveniência. Já que não foi aleatória e nem mesmo calculada de forma representativa do Distrito Federal, portanto não permite inferência para um grupo populacional maior.

Ainda assim, este estudo conseguiu um escopo amostral de registros muito significativo, que possibilitou avaliar as dinâmicas de prevalência relacionadas a sazonalidade. Haja vista, que utilizou os dados de registro de atendimento de duas categorias profissionais, durante todo o ano de 2019, em quatro unidades básicas de saúde distintas, em diferentes localidades e tipologias, do Distrito Federal.

Este trabalho apresenta alguma similaridade com outros estudos no Brasil, mas não há na literatura atual estudos com base de dados do e-SUS AB, utilizando duas taxonomias (CIAP-2 e CID-10), duas categorias profissionais e que apresente dados explicitando a morbidade de população rural.

### 3.1.7. Considerações finais

Os registros de atendimento individual realizados por médicos e enfermeiros durante os atendimentos podem ser utilizados para caracterizar o perfil de morbidade e demanda de determinada população, em contextos de APS distintos. A CIAP-2 se mostra como taxonomia ampla que dá conta de problemas inespecíficos, muito comuns na APS. O que reforça a necessidade de qualificação destes registros no sistema de informação e-SUS AB.

A partir da análise das condições avaliadas é possível planejar e programar a adequação da oferta de serviços, para faixa etária, sexo, características de problemas e territórios diferentes (populações urbanas e rurais). Além de permitir a melhoria do planejamento e implementação de ações para organização do processo de trabalho das equipes, melhoria do acesso, das ofertas de serviços que respondam as demandas das populações.

A população do campo apresenta um amplo escopo de problemas e esta discussão pode contribuir para adequação dos serviços as realidades e contexto específicos, com forte ênfase na fixação de trabalhadores, na qualificação profissional e na melhoria do acesso e acessibilidade. A ampliação do acesso dos homens a APS passa por uma revisão dos principais problemas e necessidades deste grupo, bem como da identificação de estratégias que possibilitem um melhor atendimento aos homens.

Diante da diversidade dos problemas encontrados nas populações e os aspectos da integralidade do cuidado é fundamental a discussão sobre o fortalecimento de modelos de atenção multiprofissionais, como é o caso do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). O NASF precisa ampliar sua atuação e sua capacidade de resolutividade nos territórios.

As questões relacionadas papel do enfermeiro na APS tem recebido destaque, pois cada vez mais vem ampliando funções, estas historicamente foram evoluindo informalmente devido a necessidade de ampliação de acesso aos serviços de saúde para populações vulneráveis, comunidades rurais subatendidas e em localidades remotas. Agora, mais recentemente, tais funções têm sido descritas como Enfermagem de Práticas Avançadas (EPA) e poderão impulsionar novas estratégias de formação destes profissionais, com

ampliação de programas de residência em enfermagem da família e comunidade e a consolidação de políticas e normativas que respaldem tal atuação. (72,73)

Em relação ao contexto do DF, o estudo de caracterização dos problemas da população atendida por equipes de saúde da família, poderá contribuir no processo de qualificação do modelo de atenção centrado na APS, com o aperfeiçoamento das atividades de planejamento e programas voltados para educação permanente das equipes.

Outro aspecto relevante, do ponto de vista da gestão, diz respeito as ações voltadas para qualificação do registro. O uso adequado dos sistemas de informação por parte dos profissionais é estratégia fundamental para permitir que os dados guardados possam induzir novos trabalhos e estudos com dados secundários. Outros estudos similares serão bem-vindos.

#### 4. REFERÊNCIAS

1. Macinko J, Montenegro H, Nebot C. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005;44. Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_americas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf)
2. World Health Organization. Declaração de alma-ata. Conf Int Cuid Primarios. 1978;3.
3. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. 1ª. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 193 p.
4. Starfield B. Atenção primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
5. Cecilio LC de O, dos Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cad Saude Publica. 2018;34(8):1–14.
6. Sepúlveda Álvarez C. Alma Ata-2008, recuerdo y proyección, 30 años después TT - Alma Ata-2008: remembrance and projection, after 30 years. Cuad méd-soc (Santiago de Chile) [Internet]. 2008;48(4):251–61. Available at: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-525350>
7. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Rev APS [Internet]. 2009;12(2):204–13. Available at: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/307>
8. Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil. Brasilia; 1988.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2017. p. 32. Available at: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. American Journal of Human Genetics Brasília, Brasil: Editora MS; 2006 p. 0–60.
11. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Editora MS. Brasília, Brasil; 2011.
12. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health

- outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–65.
13. Albuquerque M do SV de, Lyra TM, Farias SF, Medeiros MF de, Martelli MPJ de L. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. *Saúde em Debate.* 2014;38(special):182–94.
  14. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. 1ª Edição. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
  15. Göttems LBD, Almeida MO de, Raggio AMB, Bittencourt RJ. O Sistema Único de Saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2018): revisitando a história para planejar o futuro. *Ciência & Saúde Coletiva* 2019 p. 1997–2008.
  16. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. 1ª Edição. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; 2015. 137 p.
  17. Corrêa DSRC, Moura AG de OM, Quito MV, Souza HM de, Versiani LM, Leuzzi S, et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2019;24(6):2031–41.
  18. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017b. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Distrito Federal; 2017 p. 1–14.
  19. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017b. Disciplina o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo de Estratégia de Saúde da Família. 2017 p. 3–7.
  20. 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. *Cien Saude Colet.* 2012;17(11):3025–36.
  21. Gish O. Some links between successful implementation of primary health care interventions and the overall utilization of health services. *Soc Sci Med.* 1990;30(4):401–5.
  22. Macinko J, de Fátima Marinho de Souza M, Guanais FC, da Silva Simões CC. Going

- to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med.* 2007;65(10):2070–80.
23. Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários. Proj Promoção da Saúde Declar Alma-Ata; Cart Ottawa; Declar Adelaide; Declar Sundsvall; Declar Santafé Bogotá; Declar Jacarta; Rede Megapaíses; Declar do México [Internet]. 1979;15. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf) [http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf)
  24. Ministry of Health. Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. London; 1920 p. 46.
  25. Pinheiro R, Silva Junior AG da. Por uma sociedade cuidadora. 1ª Edição. ABRASCO C-I, organizador. Rio de Janeiro; 2010. 447 p.
  26. Egry EY, Oliveira MA de C, Ciosak SI, Maeda ST, Barrrientos DMS, Fonseca RMGS da, et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na estratégia de Saúde da Família. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2009;43(spe2):1181–6.
  27. Cecilio LC de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. In: Pinheiro RMR., organizador. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2001. p. 113–26.
  28. Pinheiro R et al. Construção social da demanda por cuidado : revisitando o direito à saúde , o trabalho em equipe , os espaços Construção social da demanda por cuidado : revisitando o direito à saúde , o. 1ª Edição. Rio de Janeiro: CEPESC Editora; 2013. 304 p.
  29. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão do SUS. Vol. II, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 78 p.
  30. Monken M et al. Território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 41.
  31. Fernandes CLCF. Análise da demanda e forma de utilização do ambulatório

- multiprofissional de um serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
32. 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 TT - Analysis of demand for family medical care in Brazil using the International Classification of Primary Care. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012;17(11):3025–36. Available at: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100019](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100019)
  33. BRASIL Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes). Brasil; 2008 p. 40.
  34. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2º edição (CIAP-2) TT - Patient demand evaluation in Florianópolis, Brazil, using International Classification of Primary Care 2nd edition (ICPC-2) [Internet]. 2009. p. [212]-[212]. Available at: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5159/tde-08032010-164025/publico/GustavoGusso.pdf>
  35. Green LA et al. The Ecology of Medical Care Revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021–5.
  36. Feliciano, A.B; Moraes S. Demanda por doenças crônico-degenerativas entre adultos matriculados em uma unidade básica de saúde em São Carlos. *Rev Latino-Am Enferm*. 1999;7:41–7.
  37. Pimentel ÍRS, Coelho B de C, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FP de C, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2011;6(20):175–81.
  38. Klinis S, Markaki A, Kounalakis D SE. Monitoring Reasons for Encounter via an Electronic Patient Record System: the Case of a Rural Practice Initiative. *Int J Med Sci* [Internet]. 2012;9(8):704–70. Available at: <https://www.medsci.org/v09p0704.htm>
  39. Silva VM, Pereira IVS, Rocha M de JL, Caldeira AP. Morbidade em usuários de equipes de Saúde da Família no nordeste de Minas Gerais com base na Classificação

- Internacional da Atenção Primária. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(4):954–67.
40. Lopes, JMC; Gusso G. Registro em saúde orientado por problemas. In: Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
  41. Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: Uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Commun Heal Educ*. 2007;11(23):605–18.
  42. Saúde M da. e-SUS Atenção Básica MANUAL DE USO DO SISTEMA COM e - SUS Atenção Básica. 2019;
  43. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Classificação Internacional de Atenção Primária (ciap 2). SBMFC, organizador. Florianópolis; 2009.
  44. World Health Organization. Classification of Diseases (ICD). World Health Organization. 2018.
  45. Chueiri PS. Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira . 2019;
  46. Gusso GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária : 2ª edição (CIAP -2). Universidade de São Paulo; 2009.
  47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta [Internet]. Minist. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 48 p. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacoes\\_campo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf)
  48. Saúde BM da SFN de. Programa Nacional de Saneamento Rural. Vol. 53, Programa nacional de saneamento rural - PNSR. Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 266 p.
  49. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, Herkrath FJ. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):81–99.




50. Oliveira AR de, Sousab YG de, Silvac DM da, Alvesd JP, Medeirosse ÍVADSM de, Martinianof CS, et al. A Atenção Primária à Saúde no contexto rural : visão de enfermeiros. *Rev Gaúcha Enferm.* 2020;41:1–8.
51. Andrade Bertolini V. Para onde vai o rural no DF? Universidade de Brasília. Brasília: Universidade de Brasília; 2015. p. 192.
52. Secretaria de Estado de Meio Ambiente do Distrito Federal. Zoneamento Ecológico-Econômico do Distrito Federal (ZEE/DF): Matriz Socioeconômica [Internet]. Caderno técnico. Brasília: Secretaria de Estado de Meio Ambiente do Distrito Federal; 2017. p. 148. Available at: <http://www.zee.df.gov.br/>
53. Brasília. Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Portaria N° 77, de 14 de fevereiro de 2017 Brasília; 2017.
54. McKee M, Haines A, Ebrahim S, Lamptey P, Barreto ML, Matheson D, et al. Towards a comprehensive global approach to prevention and control of NCDs. *Glob Heal* [Internet]. 2014;10:74. Available at: <https://dx.doi.org/10.1186/s12992-014-0074-8>
55. Paim J, Travasso C, Almeida C, Bahia L MJ. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet.* 2011;377:1778–97.
56. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde. Brasília; 2017. 268 p.
57. Mariolis A, Mihás C, Alevizos A, Mariolis-Sapsakos T, Marayiannis K, Papathanasiou M, et al. Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:1–13.
58. Costa N do R. A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles Brasileiras. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(5):1389–98.
59. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cienc e Saude Coletiva.* 2020;25(4):1181–8.
60. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil: Diário Oficial da União 2019, 13 nov.; 2019.

61. Secretaria Municipal de Saúde. Novas possibilidades de organizar o Acesso a Agenda na Atenção Primária. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2014. 29 p.
62. Cobo B, Cruz C, Dick PC. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(9):4021–32.
63. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc e Saude Coletiva*. 2005;10(1):105–9.
64. Miranda SVC, Duraes, P S; Vasconcellos LCF. A visão do homem trabalhador rural norte-mineiro sobre o cuidado em saúde no contexto da atenção primária à saúde. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(4):1519–28.
65. Rodrigues J. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clin Geral* [Internet]. 2000;16:442–52. Available at: [http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path\[\]=9814](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path[]=9814)
66. KUMARI J. Reasons for encounter and diagnoses at Primary Care Level in Klipfontein subdistrict, Cape Town metropole [Internet]. Vol. 7, UNIVERSITY OF STELLENBOSCH. UNIVERSITY OF STELLENBOSCH; 2010. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tplants.2011.03.004><http://dx.doi.org/10.1016/j.pbi.2010.01.004><http://www.biomedcentral.com/1471-2156/12/42><http://dx.doi.org/10.1016/j.biotechadv.2009.11.005><http://www.sciencemag.org/content/323/5911/240.short>
67. Brasil M da S. *Vigitel Brasil 2020: Vigilância de fatores de risco em saúde e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis.; 2021.
68. Lee A et al. Morbidity patterns of non-urgent patients attending accident and emergency departments in Hong Kong: cross-sectional study. *Hong Kong Med J* [Internet]. 2001;7(2):131–8. Available at: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L33509552>
69. Asma SB, Iness B, Sana E, Meriem BS, Aroua BS, Chahida H, et al. From demand to

- decision: Not programmed contact for adult family medicine. *Tunisie Medicale* [Internet]. 2015;93(2):92–5. Available at: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L605026754&from=export>
70. Kamarudin MF Bin, Noh KM, Jaafar S. Morbidity profiles at three primary care clinics in Perlis, Malaysia. *Med J Malaysia*. 2012;67(4):363–8.
  71. World Health Assembly 44. Effects of nuclear war on health and health services: report of the WHO management group on follow-up of resolution WHA36.28 [Internet]. 1991. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/174229>
  72. Oldenburger D, De SH, Cassiani B, Bryant- D, Valaitis RK, Pulcini J, et al. Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;(7):1–8.
  73. OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. 1ª. Washington, DC: OPAS; 2018. 37 p.

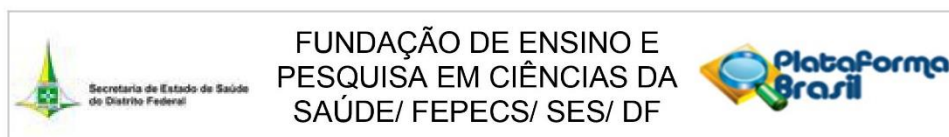
5. ANEXOS

5.1. ANEXO A

<p><b>ICPC-2</b>  <b>Classificação Internacional de Cuidados Primários - 2ª Edição</b>  <b>Comité Internacional</b>  <b>Classificações Wonca</b>  <b>(WICC)</b></p>  <p><b>Procedimentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-30 Exame médico/aval. saúde - completo</li> <li>-31 Exame médico/aval. saúde - parcial</li> <li>-32 Teste de sensibilidade</li> <li>-33 Exame microbiológico/imunológico</li> <li>-34 Análise de sangue</li> <li>-35 Análise de urina</li> <li>-36 Análise de fezes</li> <li>-37 Citologia exfoliativa/histologia</li> <li>-38 Outras análises laboratoriais NE</li> <li>-39 Teste de função física</li> <li>-40 Endoscopia diagnóstica</li> <li>-41 Radiologia/imagiologia diagnóstica</li> <li>-42 Traçados eléctricos</li> <li>-43 Outros procedimentos diagnósticos</li> <li>-44 Vacinação/medicação preventiva</li> <li>-45 Obs./educ. Saúde/acção/conselho/dieta</li> <li>-46 Consulta com prestador de CSP</li> <li>-47 Consulta com especialista</li> <li>-48 Clarificação/discussão de MC/pedido</li> <li>-49 Outros procedimentos preventivos</li> <li>-50 Medicação/prescrição/renovação/ injeção</li> <li>-51 Início/desagem/aspiração/remoção</li> <li>-52 Excisão /biopsia/remoção/caterização</li> <li>-53 Instrumentação/caterização/intubação</li> <li>-54 Reparação/sutura/gesso/prótese</li> <li>-55 Injeção local /infiltração</li> <li>-56 Penso/ligadura/compres./tamponamento</li> <li>-57 Medicina física/reabilitação</li> <li>-58 Aconselhamento/escuta terapêutica</li> <li>-59 Outros proc. terapêuticos/pec. cirurgia NE</li> <li>-60 Resultados análises/procedimentos</li> <li>-61 Result. exames/teste/carta outro prestador</li> <li>-62 Procedimento administrativo</li> <li>-63 Consulta de seguimento não especificada</li> <li>-64 Episódio / problema inic. pelo prestador</li> <li>-65 Episódio / problema inic. por outro NE</li> <li>-66 Refer. out. prestador /ent. ass. social/terap.</li> <li>-67 Refer. médico/especialista/clínica/hospital</li> <li>-68 Outras referências NE</li> <li>-69 Outro motivo consulta NE</li> </ul> <p><b>Geral e Inespecífico A</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A01 Dor generalizada /múltipla</li> <li>A02 Arrepios</li> <li>A03 Febre</li> <li>A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga</li> <li>A05 Sentir-se doente</li> <li>A06 Desmaio/síncope</li> <li>A07 Coma</li> <li>A08 Inchaço</li> <li>A09 Problemas de sudorese</li> <li>A10 Sangramento/Hemorragia NE</li> <li>A11 Dores torácicas NE</li> <li>A13 Recuo/Medo do tratamento</li> <li>A16 Criança irritável</li> <li>A18 Preocupação com aparência</li> <li>A20 Pedido/discussão eutanásia</li> <li>A21 Factor risco malignidade</li> <li>A23 Factor risco NE</li> <li>A25 Medo de morrer/medo da morte</li> <li>A26 Medo de cancro NE</li> <li>A27 Medo de outra doença NE</li> <li>A28 Limitação funcional/incapacidade NE</li> <li>A29 Outros sinais/sintomas gerais</li> <li>A70 Tuberculose</li> <li>A71 Sarampo</li> <li>A72 Varicela</li> <li>A73 Malária</li> <li>A74 Rubéola</li> <li>A75 Mononucleose infecciosa</li> <li>A76 Outro exantema viral</li> <li>A77 Outras doenças virais NE</li> <li>A78 Outras doenças infecciosas NE</li> <li>A79 Carcinomatose (loc primária desconhecida)</li> <li>A80 Lesão traumática/acidente NE</li> <li>A81 Politraumáticos/ferimentos múltiplos</li> <li>A82 Efeito secundário de lesão traumática</li> <li>A84 Intoxicação por medicamento</li> <li>A85 Efeito adverso de fármaco dose correcta</li> <li>A86 Efeito tóxico de substância não medicinal</li> <li>A87 Complicações de tratamento médico</li> <li>A88 Efeito adverso de factor físico</li> <li>A89 Efeito de prótese</li> <li>A90 Malformação congénita NE/múltiplas</li> <li>A91 Investigação com resultado anormal NE</li> <li>A92 Alergia/reacção alérgica NE</li> <li>A93 Recém nascido prematuro</li> <li>A94 Morbilidade perinatal, outra</li> <li>A95 Mortalidade perinatal</li> <li>A96 Morte</li> <li>A97 Sem doença</li> <li>A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde</li> <li>A99 Outras doenças gerais NE</li> </ul>	<p><b>Sangue , Sistema Hematopoético, Linfático, Baço B</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>B02 Gânglio linfático aumentado/doloroso</li> <li>B04 Sinais/sintomas sangue</li> <li>B25 Medo de SIDA/VIH</li> <li>B26 Medo cancro sangue/linfático</li> <li>B27 Medo outras doenças sangue /linfático</li> <li>B28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>B29 Out. sinais /sint. sist. imunitário/linfático</li> <li>B70 Linfadenite aguda</li> <li>B71 Linfadenite crónica NE</li> <li>B72 Doença Hodgkin/linfomas</li> <li>B73 Leucemia</li> <li>B74 Outra neoplasia maligna sangue</li> <li>B75 Neoplasia benigna NE</li> <li>B76 Ruptura traumática do baço</li> <li>B77 Out. lesões traumáticas/sangue/linfa/baço</li> <li>B78 Anemia hemolítica hereditária</li> <li>B79 Outra. malf. congénita sangue/linfática</li> <li>B80 Anemia por deficiência ferro</li> <li>B81 Anemia perniciosa/deficiência folatos</li> <li>B82 Outras anemias NE</li> <li>B83 Púrpura/defeitos de coagulação</li> <li>B84 Glóbulos brancos anormais</li> <li>B87 Esplenomegalia</li> <li>B90 Infecção VIH/SIDA</li> <li>B99 Outra doença sangue/linfáticos/baço</li> </ul> <p><b>PROCEDIMENTOS</b></p> <p><b>SINAIS/SINTOMAS</b></p> <p><b>INFECCÕES</b></p> <p><b>NEOPLASIAS</b></p> <p><b>TRAUMATISMOS</b></p> <p><b>ANOMALIAS CONGÉNITAS</b></p> <p><b>OUTROS DIAGNÓSTICOS</b></p> <p><b>Digestivo D</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>D01 Dor abdominal generalizada/cólicas</li> <li>D02 Dores abdominais, epigástricas</li> <li>D03 Febre</li> <li>D04 Dor anal/rectal</li> <li>D05 Irritação perianal</li> <li>D06 Outras dores abdominais localizadas</li> <li>D07 Dispepsia/indigestão</li> <li>D08 Flatulência /gases/eructações</li> <li>D09 Náusea</li> <li>D10 Vômito</li> <li>D11 Diarreia</li> <li>D12 Obstipação</li> <li>D13 Icterícia</li> <li>D14 Hematemese/vômito sangue</li> <li>D15 Melenas</li> <li>D16 Hemorragia rectal</li> <li>D17 Incontinência fecal</li> <li>D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais</li> <li>D19 Sinais/sintomas dentes gengivas</li> <li>D20 Sinais/sintomas boca/língua/lábios</li> <li>D21 Problemas de deglutição</li> <li>D23 Hepatomegalia</li> <li>D24 Massa abdominal NE</li> <li>D25 Distensão abdominal</li> <li>D26 Medo cancro aparelho digestivo</li> <li>D27 Medo outras doenças aparelho digestivo</li> <li>D28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>D29 Outros sinais/sintomas digestivos</li> <li>D70 Infecção gastrointestinal</li> <li>D71 Papeira/parotidite epidémica</li> <li>D72 Hepatite viral</li> <li>D73 Gastroenterite, presumível infecção</li> <li>D74 Neoplasia maligna estômago</li> <li>D75 Neoplasia maligna cólon/recto</li> <li>D76 Neoplasia maligna pâncreas</li> <li>D77 Neopl. mal. aparelho digestivo NE</li> <li>D78 Neopl. benigna apar. digestivo/incerta</li> <li>D79 Corpo estranho aparelho digestivo</li> <li>D80 Outras lesões traumáticas</li> <li>D81 Malformações congénitas apar. digestivo</li> <li>D82 Doença dentes/gengivas</li> <li>D83 Doença boca/língua/lábios</li> <li>D84 Doença esófago</li> <li>D85 Úlcera duodeno</li> <li>D86 Úlcera péptica, outra</li> <li>D87 Alterações funcionais estômago</li> <li>D88 Apêndicite</li> <li>D89 Hérnia inguinal</li> <li>D90 Hérnia hiato /diaphragmática</li> <li>D91 Hérnia abdominal, outras</li> <li>D92 Doença diverticular intestinal</li> <li>D93 Síndrome cólon irritável</li> <li>D94 Enterite crónica/colite ulcerosa</li> <li>D95 Fissura anal / abcesso perianal</li> <li>D96 Lombrias /outras parasitas</li> <li>D97 Doenças do fígado /NE</li> <li>D98 Colecistite, coledocistite</li> <li>D99 Outra doença aparelho digestivo</li> </ul>	<p><b>Olho F</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>F01 Dor no olho</li> <li>F02 Olho vermelho</li> <li>F03 Secreção ocular</li> <li>F04 Moscas volantes/pont. luminosos/manchas</li> <li>F05 Outras perturbações visuais</li> <li>F13 Sensações oculares anormais</li> <li>F14 Movimentos oculares anormais</li> <li>F15 Aparência anormal olhos</li> <li>F16 Sinais/sintomas pálpebras</li> <li>F17 Sinais/sintomas rel. óculos</li> <li>F18 Sinais/sintomas rel. lentes contacto</li> <li>F27 Medo de doença ocular</li> <li>F28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>F29 Outros sinais/sintomas oculares</li> <li>F70 Conjuntivite infecciosa</li> <li>F71 Conjuntivite alérgica</li> <li>F72 Blefarite/ordéolo/calázio</li> <li>F73 Outras infeções/inflamações oculares</li> <li>F74 Neoplasia olho/anexos</li> <li>F75 Contusão/hemorragia ocular</li> <li>F76 Corpo estranho ocular</li> <li>F79 Outras lesões traumáticas oculares</li> <li>F80 Obstrução canal lacrimal criança</li> <li>F81 Outras malformações congénitas do olho</li> <li>F82 Descolamento retina</li> <li>F83 Retinopatia</li> <li>F84 Degenerescência macular</li> <li>F85 Úlcera córnea</li> <li>F86 Tracoma</li> <li>F91 Erro de refração</li> <li>F92 Catarata</li> <li>F93 Glaucoma</li> <li>F94 Cegueira</li> <li>F95 Estrabismo</li> <li>F99 Outra doenças oculares/anexos</li> </ul> <p><b>Ouvido H</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>H01 Dor de ouvidos</li> <li>H02 Problemas de audição</li> <li>H03 Acufeno, zumbidos, ruído, assobios</li> <li>H04 Secreção ouvido</li> <li>H05 Hemorragia ouvido</li> <li>H13 Sensação ouvido tapado</li> <li>H15 Ocupação aparência das orelhas</li> <li>H27 Medo doença ouvido</li> <li>H28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>H29 Outros sinais/sintomas ouvido</li> <li>H70 Otite externa</li> <li>H71 Otite média aguda/miringite</li> <li>H72 Otite média serosa</li> <li>H73 Infecção Trompa Eustáquio</li> <li>H74 Otite média crónica</li> <li>H75 Neoplasia ouvido</li> <li>H76 Corpo estranho ouvido</li> <li>H77 Perfuração tímpano</li> <li>H78 Traumatismo superficial ouvido</li> <li>H79 Outros traumatismos do ouvido</li> <li>H80 Malformações congénitas ouvido</li> <li>H81 Certum ouvido em excesso</li> <li>H82 Síndrome vestibular</li> <li>H83 Oroseclerose</li> <li>H84 Presbiacusia</li> <li>H85 Lesão acústica</li> <li>H86 Surdez</li> <li>H99 Outra doença ouvido/mastóide</li> </ul> <p><b>Circulatório K</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>K01 Dor atribuída coração</li> <li>K02 Sensação pressão/aperto atribuída coração</li> <li>K03 Dores atribuídas ao ap. circulatório NE</li> <li>K04 Palpações/percep. batimentos cardíacos</li> <li>K05 Out. irregulares batimentos cardíacos</li> <li>K06 Veias proeminentes</li> <li>K07 Tornozelos inchados/edema</li> <li>K22 Factor risco doença cardiovascular</li> <li>K24 Medo doença cardíaca</li> <li>K25 Medo hipertensão</li> <li>K28 Medo outra doença cardiovascular</li> <li>K28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>K29 Out. sinais/sintomas cardiovasculares</li> <li>K70 Doença infecciosa ap. circulatório</li> <li>K71 Febre reumática/cardiopatia</li> <li>K72 Neoplasia ap. circulatório</li> <li>K73 Malformações congénitas ap. circulatório</li> <li>K74 Doença cardíaca isquémica com angina</li> <li>K75 Enfarte agudo miocárdio</li> <li>K76 Doença cardíaca isquémica sem angina</li> <li>K77 Insuficiência cardíaca</li> <li>K78 Fibrilhação/flutter auricular</li> <li>K79 Taquicardia Paroxística</li> <li>K80 Arritmia cardíaca NE</li> <li>K81 Sopro cardíaco/arterial NE</li> <li>K82 Doença cardiopulmonar</li> <li>K83 Doença valvular cardíaca NE</li> <li>K84 Outras doenças cardíacas</li> <li>K85 Pressão arterial elevada</li> <li>K86 Hipertensão sem complicações</li> <li>K87 Hipertensão com complicações</li> <li>K88 Hipotensão postural</li> <li>K89 Isquémia cerebral transitória</li> <li>K90 Trombose/acidente vascular cerebral</li> <li>K91 Doença vascular cerebral</li> <li>K92 Aterosclerose/doença vascular periférica</li> <li>K93 Embolia pulmonar</li> <li>K94 Flebite/tromboflebite</li> <li>K95 Veias varicosas da perna</li> <li>K96 Hemorroidas</li> <li>K99 Outras doenças do aparelho circulatório</li> </ul>	<p><b>Músculo-esquelético L</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L01 Sinais/sintomas pescoço</li> <li>L02 Sinais/sintomas região dorsal</li> <li>L03 Sinais/sintomas região lombar</li> <li>L04 Sinais/sintomas tórax</li> <li>L05 Sinais/sintomas flanco/axila</li> <li>L07 Sinais/sintomas man/dívida</li> <li>L08 Sinais/sintomas ombros</li> <li>L09 Sinais/sintomas braços</li> <li>L10 Sinais/sintomas cotovelos</li> <li>L11 Sinais/sintomas punhos</li> <li>L12 Sinais/sintomas mãos e dedos</li> <li>L13 Sinais/sintomas anca</li> <li>L14 Sinais/sintomas coxa/perna</li> <li>L15 Sinais/sintomas joelho</li> <li>L16 Sinais/sintomas tornozelo</li> <li>L17 Sinais/sintomas pé/dedos pé</li> <li>L18 Dores musculares</li> <li>L19 Sinais/sintomas musculares NE</li> <li>L20 Sinais/sintomas articulações NE</li> <li>L26 Medo cancro ap. músculo-esquelético</li> <li>L27 Medo doença ap. músculo-esq., outra</li> <li>L28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>L29 Outros sinais/sint. ap. músculo-esquelético</li> <li>L30 Infeções ap. músculo-esquelético</li> <li>L71 Neoplasia maligna ap. músculo-esquelético</li> <li>L72 Fractura: rádio/cúbito</li> <li>L73 Fractura: tibia/perónio</li> <li>L74 Fractura: osso mão/pé</li> <li>L75 Fractura: fémur</li> <li>L76 Outras fracturas</li> <li>L77 Entorses e distensões do tornozelo</li> <li>L78 Entorses e distensões do joelho</li> <li>L79 Entorses e distensões das articulações NE</li> <li>L80 Luxação/subluxação</li> <li>L81 Traumatismos do ap. musculoesquelético NE</li> <li>L82 Malfor. cong. ap. músculo-esquelético</li> <li>L83 Síndrome coluna cervical</li> <li>L84 Síndrome coluna sem irradiação dor</li> <li>L85 Deformação adquirida coluna</li> <li>L86 Síndrome vertebral com irradiação dor</li> <li>L87 Bursite/tendinite/sinovite NE</li> <li>L88 Artrite reumatóide/seropositiva</li> <li>L89 Osteoartrite anca</li> <li>L90 Osteoartrite joelho</li> <li>L91 Outras osteoartroses</li> <li>L92 Síndrome ombro doloroso</li> <li>L93 Cotovelo tenista</li> <li>L94 Osteocondrose</li> <li>L95 Osteoporose</li> <li>L96 Lesão interna aguda joelho</li> <li>L97 Neoplasia benigna/incerta</li> <li>L98 Malformação adquirida dum membro</li> <li>L99 Outra doença do ap. músculo-esquelético</li> </ul> <p><b>Neurológico N</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>N01 Cefaleia</li> <li>N03 Dores da face</li> <li>N04 Síndrome pernas inquietas</li> <li>N05 Formigão dedos mãos/pés</li> <li>N06 Outras alterações da sensibilidade</li> <li>N07 Convulsões/ataques</li> <li>N08 Movimentos involuntários anormais</li> <li>N16 Alterações do olfacto/gosto</li> <li>N17 Vertigens/tonturas</li> <li>N18 Paralisia/fraqueza</li> <li>N19 Perturbações da fala</li> <li>N26 Medo de cancro do sist. neurológico</li> <li>N27 Medo de outras doenças neurológicas</li> <li>N28 Limitação funcional/incapacidade</li> <li>N29 Sinais/sint. do sistema neurológico, outros</li> <li>N70 Poliomielite</li> <li>N71 Meningite/encefalite</li> <li>N72 Tétano</li> <li>N73 Outra infecção neurológica</li> <li>N74 Neoplasia maligna sist. neurológico</li> <li>N75 Neoplasia benigna sist. neurológico</li> <li>N76 Neoplasia do sist. neurológico nat. incerta</li> <li>N79 Concussão</li> <li>N80 Outras lesões cranianas</li> <li>N81 Outra lesão do sist. neurológico</li> <li>N85 Malformações congénitas</li> <li>N86 Esclerose múltipla</li> <li>N87 Parkinsonismo</li> <li>N88 Epilepsia</li> <li>N89 Enxaqueca</li> <li>N90 Cefaleia de cluster</li> <li>N91 Paralisia facial/paralisia Bell</li> <li>N92 Nevralgia trigémino</li> <li>N93 Síndrome do canal carpico</li> <li>N94 Nevrite/neuropatia periférica</li> <li>N95 Cefaleia de tensão</li> <li>N99 Outras doenças de sistema neurológico</li> </ul>
--	---	---	---



## 5.2. ANEXO B



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A caracterização e comparação da demanda entre quatro Unidades Básicas de Saúde, urbana e rural, no Distrito Federal: um instrumento na organização da oferta e do acesso de serviços

**Pesquisador:** Juliana Felix Silveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 40299320.9.3002.5553

**Instituição Proponente:** Diretoria Regional de Atenção Primária à Saúde da Região Norte

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.589.529

**Apresentação do Projeto:**

Mestrado Profissional (Linha de pesquisa: Vigilância e gestão em saúde), referente ao Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas em Saúde da Escola Fiocruz de Governo.

**Objetivo da Pesquisa:**

**\*\*Objetivo Geral**

Conhecer as características de demandas em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana, no Distrito Federal, a partir dos problemas e condições avaliadas por enfermeiros e médicos que atuam nestes respectivos serviços.

**\*\*Objetivos Específicos**

Caracterizar as demandas, a partir dos problemas e condições avaliadas por enfermeiros e médicos, em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana do Distrito Federal;  
Relacionar as demandas, por sexo e por faixa etária, da população relatada, tipo de atendimento (consulta programada, consulta de urgência e consulta no dia) em Unidades Básicas de Saúde do campo e urbana;  
Identificar na literatura nacional e internacional a produção científica sobre a temática por meio da técnica de Scoping review; e

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

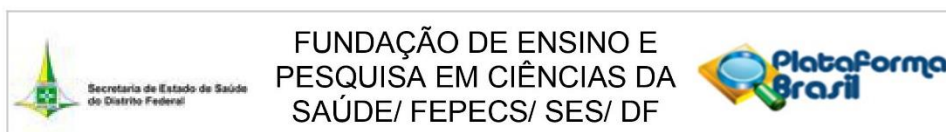
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.589.529

Caracterizar as Unidades Básicas de Saúde quanto aos aspectos do território (área de abrangência) e cobertura populacional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**\*Riscos:**

Por se tratar de dados extraídos de sistema de informação não público e com a finalidade de não causar dano à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e se assegurem a confidencialidade e a privacidade, conforme previsto na Resolução 466/2012 do CNS (44). Serão solicitados, após aprovação do CEP, relatórios

gerenciais, em arquivo digital versão .csvs, ao gestor municipal das regiões Oeste e Norte, das respectivas Unidades Básicas de Saúde incluídas no estudo. Não haverá acesso ou manipulação do sistema por parte dos pesquisadores.

No caso de unidades que tenham operado em modo off-line, por problemas de conectividade, o banco de dados será extraído, diretamente na UBS, em seu computador administrador, pelo gestor local.

Que como já descrito no desenho do estudo, não há dado identificador do usuário/paciente neste tipo de relatório.

De posse dos dados aglomerados das respectivas Unidades Básicas de Saúde, os pesquisadores, assumirão responsabilidades pelo banco, mantendo-os em sua guarda, em arquivos físico e digital, por 5 (cinco) anos após a conclusão da pesquisa, que não repassarão os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na pesquisa; assumindo as normas da Resolução CNS/MS 466/2012. Conforme Termo de Compromisso que será anexado ao projeto quando da submissão ao CEP. (Apêndice 1)

**\*Benefícios**

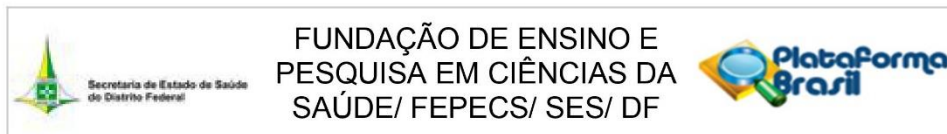
Subsidiar um conjunto de sugestões para racionalização da demanda de saúde da população, adequação da oferta em acordo com as peculiaridades do território, organização dos serviços e seus processos de trabalho e na tomada de decisão de gestores de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem metodológica quantitativa.

Quanto ao tipo de estudo, a escolha pelo estudo descritivo tem como objetivo determinar

<b>Endereço:</b> SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS	<b>CEP:</b> 70.710-904
<b>Bairro:</b> ASA NORTE	
<b>UF:</b> DF	<b>Município:</b> BRASILIA
<b>Telefone:</b> (61)2017-2127	<b>E-mail:</b> comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.589.529

a distribuição de determinada doença ou condição relacionada a saúde segundo tempo, lugar e as características da população. Ou seja, se dedica a responder às perguntas: quando, onde e quem.

Segundo Rouquayrol: “o objetivo central da epidemiologia descritiva é delinear o perfil epidemiológico das populações e possibilitar intervenções de saúde coletiva contextualizadas por meio de estudos de frequência e da distribuição de eventos em função de variáveis.” (42)

O estudo será realizado em Unidades Básicas de Saúde de 3 (três) Regiões Administrativas do Distrito Federal, utilizando dados globais, secundários, não identificados, retirados do e-SUS AB, do ano de 2019, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

- 1) carta de encaminhamento ao CEP/FEPECS em 14/12/20;
- 2) termo de concordância da instituição coparticipante - superintendência das regiões norte e oeste em 20/01/21;
- 3) currículo dos pesquisadores em 18/08/20;
- 4) termo de compromisso da pesquisadora em 19/11/20;
- 5) carta resposta as pendências em 23/02/21.

**Recomendações:**

–

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

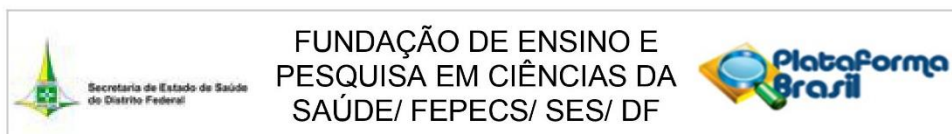
\* O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos participantes da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa, conforme Resolução CNS/MS nº 466 de 2012.

\*\* Considerando a pandemia (COVID-19), reiteramos que sejam obedecidas as orientações vigentes do Governo do Distrito Federal (quanto à limitação de acessos, isolamentos sociais e

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com





Continuação do Parecer: 4.589.529

circulações desnecessárias em ambientes que possam gerar riscos ao pesquisador e aos participantes da pesquisa).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1679890.pdf	23/02/2021 08:03:26		Aceito
Outros	cartapendencias_parecercep_22_02_2021.pdf	23/02/2021 08:02:16	Juliana Felix Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetojulianasilveira_v9_22_02_2021.pdf	23/02/2021 07:58:40	Juliana Felix Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetojulianasilveira_v9_22_02_2021.docx	23/02/2021 07:58:11	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodeconcordancia_norte.pdf	20/01/2021 12:50:02	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodeconcordancia_oeste.pdf	20/01/2021 12:43:48	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	cartaderesposta_pendencias_19_01_21.pdf	20/01/2021 12:42:19	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	cartaemrespostapendencia_juliana.pdf	14/12/2020 08:31:37	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	carta_enc_projetocep_fepecs_juliana.pdf	14/12/2020 08:30:37	Juliana Felix Silveira	Aceito
Brochura Pesquisa	projetojulianasilveira_v8.pdf	19/11/2020 18:44:51	Juliana Felix Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle_juliana.pdf	19/11/2020 18:44:16	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodecoparticipanteoeste_juliana.pdf	19/11/2020 18:43:47	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodecompromisso_juliana.pdf	19/11/2020 18:42:41	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	cartadeenc_juliana.pdf	19/11/2020 18:41:47	Juliana Felix Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetojulianasilveira_v8.docx	19/11/2020 18:39:45	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	lattes_juliana.pdf	18/11/2020 19:50:52	Juliana Felix Silveira	Aceito

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

**Bairro:** ASA NORTE

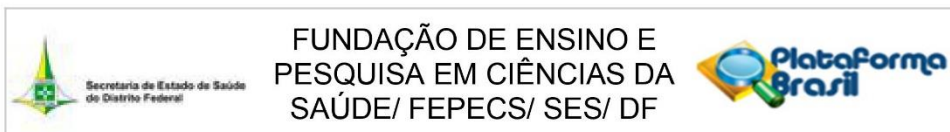
**CEP:** 70.710-904

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)2017-2127

**E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.589.529

Outros	lattes_andre.pdf	18/11/2020 19:50:30	Juliana Felix Silveira	Aceito
--------	------------------	------------------------	------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 13 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**Marcondes Siqueira Carneiro**  
 (Coordenador(a))

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)2017-2127 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

## 5.3. ANEXO C

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A caracterização e comparação da demanda entre quatro Unidades Básicas de Saúde, urbana e rural, no Distrito Federal: um instrumento na organização da oferta e do acesso de serviços

**Pesquisador:** Juliana Felix Silveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 40299320.9.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.456.564

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem metodológica quantitativa, bem como revisão de literatura do tipo escopo.O

tamanho da amostra foi definido a partir do número de atendimentos médio realizados, mensalmente por equipes de saúde da família (filtrando

apenas médicos e enfermeiras), multiplicado pelo número de equipes das 4 (quatro) UBS e o número de meses do estudo. • Amostra do estudo = 450

\* x No Equipes x 12 meses = 75.600 atendimentos

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Conhecer as características de demandas em 4 (quatro) Unidades Básicas de Saúde, rural e urbana, no Distrito Federal, a partir dos problemas e

condições avaliadas por enfermeiros e médicos que atuam nestes respectivos serviços

Objetivo Secundário:

• Relacionar as demandas, por sexo e por faixa etária, da população relatada, tipo de atendimento (consulta programada, consulta de urgência e

consulta no dia) em Unidades Básicas de Saúde do campo e urbana; • Identificar na literatura nacional e internacional a produção científica sobre a

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3329-4746

**E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.456.564

temática por meio da técnica de Scoping review;

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Ausência ou inconsistência de dados na base de dados do E-sus, devido ao sub registro e/ou uso inadequado do prontuário. Não há possibilidade de dano à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, por tratar-se de manipulação de dados secundários, não identificados.

Benefícios: Subsidiar um conjunto de sugestões para racionalização da demanda de saúde da população, adequação da oferta em acordo com as peculiaridades do território, organização dos serviços e seus processos de trabalho e na tomada de decisão de gestores de saúde

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Solicita dispensa de TCLE.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta as cartas de anuências das regiões de saúde citadas no projeto.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16, ambas do CNS, ao término do estudo a pesquisadora deverá enviar o seu relatório final e, se for o caso, antes deste o relatório parcial.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1575936.pdf	19/11/2020 18:59:44		Aceito
Orçamento	orcamento_juliana.pdf	19/11/2020 18:58:25	Juliana Felix Silveira	Aceito
Cronograma	cronograma_juliana.pdf	19/11/2020 18:50:50	Juliana Felix Silveira	Aceito

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900  
UF: DF Município: BRASÍLIA  
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.456.564

Brochura Pesquisa	projetojulianasilveira_v8.pdf	19/11/2020 18:44:51	Juliana Felix Silveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensatcle_juliana.pdf	19/11/2020 18:44:16	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodecoparticipanteoeste_juliana.pdf	19/11/2020 18:43:47	Juliana Felix Silveira	Aceito
Declaração de concordância	termodecoparticipantenorte_juliana.pdf	19/11/2020 18:43:08	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	termodecompromisso_juliana.pdf	19/11/2020 18:42:41	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	cartadeenc_juliana.pdf	19/11/2020 18:41:47	Juliana Felix Silveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetojulianasilveira_v8.docx	19/11/2020 18:39:45	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	lattes_juliana.pdf	18/11/2020 19:50:52	Juliana Felix Silveira	Aceito
Outros	lattes_andre.pdf	18/11/2020 19:50:30	Juliana Felix Silveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto_juliana.pdf	18/11/2020 19:36:19	Juliana Felix Silveira	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 11 de Dezembro de 2020

Assinado por:  
**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

## 6. APÊNDICE

Tabela 12 – Prevalência dos 50% problemas (CIAP-2) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	W78 - Gravidez	379	11,8%	11,8%
2	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	275	8,6%	20,4%
3	A97 - Sem Doença	225	7,0%	27,4%
4	K86 - Hipertensão Sem Complicações	191	6,0%	33,4%
5	T89 - Diabetes Insulinodependente	78	2,4%	35,8%
6	A77 - Dengue e Outras Doenças Virais NE	77	2,4%	38,2%
7	A91 - Investigação Com Resultado Anormal NE	77	2,4%	40,6%
8	R74 - Infecção Aguda do Aparelho Respiratório Superior (IVAS)	60	1,9%	42,5%
9	N01 - Cefaleia	56	1,7%	44,2%
10	T90 - Diabetes não Insulinodependente	54	1,7%	45,9%
11	P76 - Perturbações Depressivas	49	1,5%	47,4%
12	T82 - Obesidade	49	1,5%	49,0%
13	D07 - Dispepsia/Indigestão	48	1,5%	50,5%
14	W14 - Contracepção/Outros	43	1,3%	51,8%
15	P06 - Perturbação do Sono	37	1,2%	52,9%
16	L02 - Sinais/Sintomas da Região Dorsal	34	1,1%	54,0%
17	N88 - Epilepsia	33	1,0%	55,0%
18	U71 - Cistite/Outra Infecção Urinária	31	1,0%	56,0%
19	T93 - Alteração no Metabolismo dos Lipídios	29	0,9%	56,9%
20	A01 - Dor Generalizada /Múltipla	28	0,9%	57,8%
21	P74 - Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade	28	0,9%	58,7%
22	R97 - Rinite Alérgica	27	0,8%	59,5%
23	R05 – Tosse	26	0,8%	60,3%
24	D06 - Outras Dores Abdominais Localizadas	23	0,7%	61,0%
25	P01 - Sensação de Ansiedade/Nervosismo/Tensão	23	0,7%	61,7%
26	T86 - Hipotireoidismo/Mixedema	23	0,7%	62,5%
27	W90 - Parto sem Complicações de Nascido Vivo	22	0,7%	63,1%
28	A29 - Outros Sinais/Sintomas Gerais	20	0,6%	63,8%
29	B80 - Anemia por Deficiência de Ferro	20	0,6%	64,4%
30	W11 - Contracepção Oral	20	0,6%	65,0%
31	W12 - Contracepção Intrauterina/ Dispositivo Intrauterino/ DIU	20	0,6%	65,6%
32	A03 - Febre	19	0,6%	66,2%
33	R76 - Amigdalite Aguda	19	0,6%	66,8%
34	A11 - Dores Torácicas NE	18	0,6%	67,4%
35	N17 - Vertigens/Tonturas	18	0,6%	67,9%
36	N89 - Enxaqueca	18	0,6%	68,5%
37	R80 - Gripe	18	0,6%	69,1%
38	R96 - Asma	18	0,6%	69,6%

<b>39</b>	K85 - Pressão Arterial Elevada	16	0,5%	70,1%
<b>40</b>	W01 - Questão Sobre Gravidez	16	0,5%	70,6%
<b>41</b>	X72 - Candidíase Genital Feminina	16	0,5%	71,1%
<b>42</b>	D01 - Dor Abdominal Generalizada/Cólicas	15	0,5%	71,6%
<b>43</b>	D10 - Vômito	15	0,5%	72,1%
<b>44</b>	D02 - Dores Abdominais, epigástricas	13	0,4%	72,5%
<b>45</b>	D12 - Obstipação	13	0,4%	72,9%
<b>46</b>	L03 - Sinais/Sintomas da Região Lombar	13	0,4%	73,3%
<b>47</b>	R21 - Sinais/Sintomas da Garganta	13	0,4%	73,7%
<b>48</b>	S74 - Dermatofitose	13	0,4%	74,1%
<b>49</b>	X19 - Tumor ou Nódulo na Mama Feminina	13	0,4%	74,5%
<b>50</b>	D11 - Diarreia	12	0,4%	74,9%

---

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 13 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z00 Exame geral invest. pessoa s/queixa	414	13,2%	13,2%
2	Z76 Pessoas cont. serv. saúde em outras circunst.	381	12,2%	25,4%
3	Z34 Supervisão de gravidez normal	261	8,3%	33,8%
4	I10 Hipertensão essencial	193	6,2%	40,0%
5	E66 Obesidade	102	3,3%	43,2%
6	E10 Diabetes mellitus insulino dependente	78	2,5%	45,7%
7	A90 Dengue	76	2,4%	48,1%
8	M54 Dorsalgia	62	2,0%	50,1%
9	F41 Outros transtornos ansiosos	57	1,8%	52,0%
10	Z30 Anticoncepção	47	1,5%	53,5%
11	E11 Diabetes mellitus não insulino dependente	41	1,3%	54,8%
12	J06 Infecção agudas vias aéreas super loc. Mult. NE	40	1,3%	56,0%
13	R10 Dor abdominal e pélvica	36	1,2%	57,2%
14	R51 Cefaleia	34	1,1%	58,3%
15	R52 Dor NCOP	34	1,1%	59,4%
16	M79 Outr transt dos tec moles NCOP	32	1,0%	60,4%
17	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e outros lipidem.	30	1,0%	61,4%
18	J00 Nasofaringite aguda	29	0,9%	62,3%
19	K30 Dispepsia	28	0,9%	63,2%
20	J30 Rinite alérgica e vasomotora	24	0,8%	63,9%
21	B34 Doença p/vírus de localiz. NE	23	0,7%	64,7%
22	G47 Distúrbios do sono	23	0,7%	65,4%
23	N39 Outr transt do trato urinario	22	0,7%	66,1%
24	R79 Outr achados anormais exames químicos sangue	22	0,7%	66,8%
25	E14 Diabetes mellitus NE	21	0,7%	67,5%
26	K29 Gastrite e duodenite	21	0,7%	68,2%
27	J03 Amigdalite aguda	20	0,6%	68,8%
28	D50 Anemia p/defic. de ferro	17	0,5%	69,4%
29	K59 Outros transt. funcionais do intestino	16	0,5%	69,9%
30	R50 Febre origem desconhecida e outras origens	16	0,5%	70,4%
31	B57 Doença de Chagas	15	0,5%	70,9%
32	E03 Outros hipotireoidismos	15	0,5%	71,3%
33	F32 Episódios depressivos	15	0,5%	71,8%
34	J45 Asma	15	0,5%	72,3%
35	Z92 História pessoal de tratamento médico	15	0,5%	72,8%
36	F33 Transt. depressivo recorrente	14	0,4%	73,2%
37	G43 Enxaqueca	14	0,4%	73,7%
38	M25 Outros transt. articulares NCOP	14	0,4%	74,1%



<b>39</b>	D25	Leiomioma do útero	13	0,4%	74,5%
<b>40</b>	I83	Varizes dos membros inferiores	13	0,4%	75,0%
<b>41</b>	A09	Diarreia e gastroenterite orig. infecc. presumível	12	0,4%	75,3%
<b>42</b>	G40	Epilepsia	12	0,4%	75,7%
<b>43</b>	M51	Outros transt. de discos intervertebrais	12	0,4%	76,1%
<b>44</b>	N30	Cistite	12	0,4%	76,5%
<b>45</b>	R05	Tosse	12	0,4%	76,9%
<b>46</b>	R42	Tontura e instabilidade	12	0,4%	77,3%
<b>47</b>	L20	Dermatite atópica	11	0,4%	77,6%
<b>48</b>	R07	Dor de garganta e no peito	11	0,4%	78,0%
<b>49</b>	R68	Outros sintomas e sinais gerais	11	0,4%	78,3%
<b>50</b>	Z72	Problemas relacionados c/o estilo de vida	11	0,4%	78,7%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 14 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	6660	23,2%	23,2%
2	W78 - Gravidez	4125	14,4%	37,6%
3	K86 - Hipertensão sem Complicações	1812	6,3%	43,9%
4	A97 - Sem Doença	1710	6,0%	49,9%
5	T90 - Diabetes não Insulinodependente	641	2,2%	52,1%
6	R05 - Tosse	623	2,2%	54,3%
7	A03 - Febre	613	2,1%	56,5%
8	X14 - Secreção Vaginal	527	1,8%	58,3%
9	A77 - Dengue e Outras Doenças Virais NE	506	1,8%	60,1%
10	P03 - Tristeza/ Sensação de Depressão	388	1,4%	61,4%
11	X86 - Esfregaço de Papanicolau/Colpocitologia Oncótica Anormal	379	1,3%	62,7%
12	R21 - Sinais/Sintomas da Garganta	364	1,3%	64,0%
13	W29 - Sinais/Sintomas da Gravidez, Outros	345	1,2%	65,2%
14	N01 - Cefaleia	342	1,2%	66,4%
15	W14 - Contracepção/Outros	296	1,0%	67,4%
16	X72 - Candidíase Genital Feminina	284	1,0%	68,4%
17	D11 - Diarreia	280	1,0%	69,4%
18	A80 - Lesão Traumática/Acidente NE	238	0,8%	70,2%
19	T89 - Diabetes Insulinodependente	231	0,8%	71,0%
20	U71 - Cistite/Outra Infecção Urinária	227	0,8%	71,8%
21	U07 - Outros Sinais/Sintomas Urinários	214	0,7%	72,6%
22	P01 - Sensação de Ansiedade/Nervosismo/Tensão	202	0,7%	73,3%
23	W12 - Contracepção Intrauterina/ Dispositivo Intrauterino/ DIU	192	0,7%	74,0%
24	R76 - Amigdalite Aguda	176	0,6%	74,6%
25	R80 - Gripe	174	0,6%	75,2%
26	A92 - Alergia/Reação Alérgica NE	164	0,6%	75,7%
27	D01 - Dor Abdominal Generalizada/Cólicas	158	0,6%	76,3%
28	D10 - Vômito	154	0,5%	76,8%
29	U01 - Disúria/Micção Dolorosa	152	0,5%	77,4%
30	L18 - Dores Musculares	150	0,5%	77,9%
31	A01 - Dor Generalizada /Múltipla	144	0,5%	78,4%
32	L03 - Sinais/Sintomas da Região Lombar	116	0,4%	78,8%
33	D02 - Dores Abdominais, Epigástricas	114	0,4%	79,2%
34	W01 - Questão Sobre Gravidez	108	0,4%	79,6%
35	S19 - Outra Lesão Cutânea	104	0,4%	79,9%
36	R74 - Infecção Aguda do Aparelho Respiratório Superior (IVAS)	102	0,4%	80,3%
37	S02 - Prurido	99	0,3%	80,6%

<b>38</b>	X84 - Vaginite/Vulvite NE	97	0,3%	81,0%
<b>39</b>	B80 - Anemia Por Deficiência de Ferro	95	0,3%	81,3%
<b>40</b>	T86 - Hipotireoidismo/Mixedema	88	0,3%	81,6%
<b>41</b>	T93 - Alteração no Metabolismo dos Lipídios	87	0,3%	81,9%
<b>42</b>	R07 - Espirro/Congestão Nasal	86	0,3%	82,2%
<b>43</b>	R96 - Asma	86	0,3%	82,5%
<b>44</b>	S72 - Escabiose/Outras Acariases	81	0,3%	82,8%
<b>45</b>	A05 - Sentir-se Doente	80	0,3%	83,1%
<b>46</b>	W11 - Contracepção Oral	80	0,3%	83,4%
<b>47</b>	W90 - Parto sem Complicações de Nascido Vivo	78	0,3%	83,6%
<b>48</b>	R75 - Sinusite Crônica/Aguda	77	0,3%	83,9%
<b>49</b>	S21 - Sinais/Sintomas da Textura da Pele	71	0,2%	84,1%
<b>50</b>	X19 - Tumor ou Nódulo na Mama Feminina	70	0,2%	84,4%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 15 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população feminina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF

	<b>CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z34 Supervisão de gravidez normal	1899	11,5%	11,5%
2	Z00 Exame geral invest. pessoa s/queixas	1862	11,3%	22,9%
3	Z76 Pessoas cont. serv. saúde em outras circunstâncias.	1484	9,0%	31,9%
4	I10 Hipertensão essencial	1401	8,5%	40,4%
5	E11 Diabetes mellitus não insulino dependente	347	2,1%	42,5%
6	M54 Dorsalgia	286	1,7%	44,2%
7	R51 Cefaleia	261	1,6%	45,8%
8	M79 Outros transt. dos tec moles NCOP	252	1,5%	47,4%
9	A90 Dengue	230	1,4%	48,8%
10	Z30 Anticoncepção	228	1,4%	50,1%
11	F32 Episódios depressivos	215	1,3%	51,5%
12	F41 Outr. Transt. ansiosos	209	1,3%	52,7%
13	E10 Diabetes mellitus insulino dependente	207	1,3%	54,0%
14	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e out. lipidem.	205	1,2%	55,2%
15	R10 Dor abdominal e pélvica	204	1,2%	56,5%
16	J03 Amigdalite aguda	199	1,2%	57,7%
17	R50 Febre origem desconhecida e outras origens	195	1,2%	58,9%
18	F33 Transt. depressivo recorrente	172	1,0%	59,9%
19	J02 Faringite aguda	169	1,0%	60,9%
20	N39 Outros transt. do trato urinário	165	1,0%	61,9%
21	J00 Nasofaringite aguda	160	1,0%	62,9%
22	R05 Tosse	147	0,9%	63,8%
23	E03 Outros hipotireoidismos	134	0,8%	64,6%
24	J45 Asma	127	0,8%	65,4%
25	A09 Diarreia e gastroenterite orig. infecc. presumível	126	0,8%	66,2%
26	G43 Enxaqueca	121	0,7%	66,9%
27	T78 Efeitos adversos NCOP	120	0,7%	67,6%
28	R11 Náusea e vômitos	97	0,6%	68,2%
29	J01 Sinusite aguda	95	0,6%	68,8%
30	E14 Diabetes mellitus NE	90	0,5%	69,3%
31	K29 Gastrite e duodenite	88	0,5%	69,9%
32	H10 Conjuntivite	78	0,5%	70,3%
33	J11 Influenza de vírus não identificado	77	0,5%	70,8%
34	R45 Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	76	0,5%	71,3%
35	E66 Obesidade	74	0,4%	71,7%

<b>36</b>	J30 Rinite alérgica e vasomotora	70	0,4%	72,2%
<b>37</b>	G40 Epilepsia	69	0,4%	72,6%
<b>38</b>	K30 Dispepsia	65	0,4%	73,0%
<b>39</b>	R07 Dor de garganta e no peito	64	0,4%	73,4%
<b>40</b>	Z71 Pess cont serv saud outr acons cons med NCOP	63	0,4%	73,7%
<b>41</b>	N30 Cistite	61	0,4%	74,1%
<b>42</b>	J06 Infecções agudas vias aéreas super. localização. mult NE	58	0,4%	74,5%
<b>43</b>	K59 Outros transt. funcionais do intestino	58	0,4%	74,8%
<b>44</b>	Z39 Assistência e exame pós-natal	58	0,4%	75,2%
<b>45</b>	Z12 Exame especial rastreamento de neoplasias	57	0,3%	75,5%
<b>46</b>	Z01 Outros exames invest. esp. pessoa s/queixas	56	0,3%	75,9%
<b>47</b>	L50 Urticaria	54	0,3%	76,2%
<b>48</b>	R42 Tontura e instabilidade	53	0,3%	76,5%
<b>49</b>	Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida	51	0,3%	76,8%
<b>50</b>	H60 Otite externa	47	0,3%	77,1%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 16 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	176	10,0%	10,0%
2	K86 - Hipertensão sem Complicações	122	6,9%	16,9%
3	A97 - Sem doença	88	5,0%	21,9%
4	A77 - Dengue e Outras Doenças Virais NE	61	3,5%	25,4%
5	A91 - Investigação com Resultado Anormal NE	60	3,4%	28,8%
6	R74 - Infecção Aguda do Aparelho Respiratório Superior (IVAS)	54	3,1%	31,9%
7	L02 - Sinais/Sintomas da Região Dorsal	30	1,7%	33,6%
8	D07 - Dispepsia/Indigestão	27	1,5%	35,1%
9	N01 - Cefaleia	27	1,5%	36,7%
10	T89 - Diabetes Insulinodependente	27	1,5%	38,2%
11	R21 - Sinais/Sintomas da Garganta	26	1,5%	39,7%
12	T90 - Diabetes não Insulinodependente	26	1,5%	41,2%
13	P15 - Abuso Crônico de Álcool	25	1,4%	42,6%
14	A11 - Dores Torácicas NE	24	1,4%	43,9%
15	R05 - Tosse	23	1,3%	45,3%
16	K85 - Pressão Arterial Elevada	22	1,3%	46,5%
17	Y85 - Prostática Benigna Hipertrofia Benigna da Próstata/ Hiperplasia	21	1,2%	47,7%
18	R97 - Rinite Alérgica	20	1,1%	48,8%
19	T82 - Obesidade	20	1,1%	50,0%
20	D11 - Diarreia	18	1,0%	51,0%
21	S74 - Dermatofitose	18	1,0%	52,0%
22	T93 - Alteração no Metabolismo dos Lipídios	17	1,0%	53,0%
23	P74 - Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade	16	0,9%	53,9%
24	R76 - Amigdalite Aguda	16	0,9%	54,8%
25	R80 - Gripe	16	0,9%	55,7%
26	A03 - Febre	13	0,7%	56,5%
27	A29 - Outros Sinais/Sintomas Gerais	13	0,7%	57,2%
28	N88 - Epilepsia	13	0,7%	57,9%
29	P17 - Abuso do Tabaco	13	0,7%	58,7%
30	K80 - Arritmia Cardíaca NE	12	0,7%	59,4%
31	A78 - Hanseníase e Outras Doenças Infecciosas NE	11	0,6%	60,0%
32	H02 - Problemas de Audição	11	0,6%	60,6%
33	L03 - Sinais/Sintomas da Região Lombar	11	0,6%	61,2%
34	R96 - Asma	11	0,6%	61,9%
35	U71 - Cistite/Outra Infecção Urinária	11	0,6%	62,5%
36	D01 - Dor Abdominal Generalizada/Cólicas	10	0,6%	63,0%
37	S02 - Prurido	10	0,6%	63,6%
38	S72 - Escabiose/Outras Acaríases	10	0,6%	64,2%

<b>39</b>	U07 - Outros Sinais/Sintomas Urinários	10	0,6%	64,8%
<b>40</b>	P06 - Perturbação do Sono	9	0,5%	65,3%
<b>41</b>	S88 - Dermatite de Contato/Alérgica	9	0,5%	65,8%
<b>42</b>	T04 - Problemas Alimentares de Lactente/Criança	9	0,5%	66,3%
<b>43</b>	D91 - Hérnia Abdominal, outras	8	0,5%	66,7%
<b>44</b>	H81 - Cerúmen no Ouvido Em Excesso	8	0,5%	67,2%
<b>45</b>	S13 - Mordedura Animal/Humana	8	0,5%	67,7%
<b>46</b>	T10 - Atraso do Crescimento	8	0,5%	68,1%
<b>47</b>	D06 - Outras Dores Abdominais Localizadas	7	0,4%	68,5%
<b>48</b>	D10 - Vômito	7	0,4%	68,9%
<b>49</b>	D12 - Obstipação	7	0,4%	69,3%
<b>50</b>	D89 - Hérnia Inguinal	7	0,4%	69,7%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 17 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Rural, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z00 Exame geral invest. pessoa s/queixas	323	16,7%	16,7%
2	Z76 Pessoas cont. serv. saúde em outras circunstâncias	197	10,2%	26,8%
3	I10 Hipertensão essencial	160	8,3%	35,1%
4	M54 Dorsalgia	53	2,7%	37,8%
5	A90 Dengue	46	2,4%	40,2%
6	E10 Diabetes mellitus insulino dependente	42	2,2%	42,3%
7	J06 Infecção agudas vias aéreas super loc. Mult. NE	34	1,8%	44,1%
8	E11 Diabetes mellitus não insulino dependente	32	1,7%	45,7%
9	E66 Obesidade	27	1,4%	47,1%
10	J03 Amigdalite aguda	25	1,3%	48,4%
11	R05 Tosse	22	1,1%	49,6%
12	R52 Dor NCOP	22	1,1%	50,7%
13	Z92 História pessoal de tratamento médico	22	1,1%	51,8%
14	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e out lipidem.	21	1,1%	52,9%
15	R07 Dor de garganta e no peito	21	1,1%	54,0%
16	A09 Diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumível	19	1,0%	55,0%
17	K30 Dispepsia	19	1,0%	56,0%
18	N40 Hiperplasia da próstata	18	0,9%	56,9%
19	J30 Rinite alérgica e vasomotora	17	0,9%	57,8%
20	M79 Outros transt. dos tec moles NCOP	16	0,8%	58,6%
21	F41 Outr transt ansiosos	15	0,8%	59,4%
22	R03 Valor anormal pressão arterial s/diagn.	15	0,8%	60,1%
23	B34 Doença p/vírus de localiz. NE	13	0,7%	60,8%
24	B35 Dermatofitose	13	0,7%	61,5%
25	F10 Transt. mentais comport. Dev. uso álcool	13	0,7%	62,1%
26	J00 Nasofaringite aguda	13	0,7%	62,8%
27	R51 Cefaleia	13	0,7%	63,5%
28	R79 Outros achados anormais exames químicos sangue	13	0,7%	64,2%
29	E14 Diabetes mellitus NE	12	0,6%	64,8%
30	J45 Asma	12	0,6%	65,4%
31	H10 Conjuntivite	11	0,6%	66,0%
32	H61 Outros transt. do ouvido externo	11	0,6%	66,5%
33	R10 Dor abdominal e pélvica	11	0,6%	67,1%
34	I69 Sequelas de doença cerebrovasculares	10	0,5%	67,6%
35	K29 Gastrite e duodenite	10	0,5%	68,1%
36	N39 Outros transt. do trato urinário	10	0,5%	68,6%
37	N20 Calculose do rim e do ureter	9	0,5%	69,1%



<b>38</b>	Z02	Exame med. e consulta c/ finais admin	9	0,5%	69,6%
<b>39</b>	A30	Hanseníase	8	0,4%	70,0%
<b>40</b>	B86	Escabiose	8	0,4%	70,4%
<b>41</b>	G40	Epilepsia	8	0,4%	70,8%
<b>42</b>	G47	Distúrbios do sono	8	0,4%	71,2%
<b>43</b>	H91	Outras perdas de audição	8	0,4%	71,6%
<b>44</b>	K59	Outros transt. funcionais do intestino	8	0,4%	72,0%
<b>45</b>	F17	Transt. mentais e comport. Dev. uso de fumo	7	0,4%	72,4%
<b>46</b>	F19	Transt. Ment. Comp. Mult. drogas out. subst. psicoat.	7	0,4%	72,8%
<b>47</b>	F80	Transt. específicos desenvolvimento fala linguagem	7	0,4%	73,1%
<b>48</b>	I50	Insuficiência cardíaca	7	0,4%	73,5%
<b>49</b>	J01	Sinusite aguda	7	0,4%	73,9%
<b>50</b>	K40	Hernia inguinal	7	0,4%	74,2%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 18 - Prevalência dos 50 problemas (CIAP-2) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CIAP-2</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>1</b>	A98 - Medicina Preventiva/Manutenção da Saúde	3832	30,2%	30,2%
<b>2</b>	K86 - Hipertensão sem Complicações	977	7,7%	37,9%
<b>3</b>	A97 - Sem Doença	844	6,7%	44,6%
<b>4</b>	A03 - Febre	523	4,1%	48,7%
<b>5</b>	R05 - Tosse	464	3,7%	52,4%
<b>6</b>	T90 - Diabetes não Insulinodependente	379	3,0%	55,4%
<b>7</b>	A77 - Dengue e Outras Doenças Virais NE	309	2,4%	57,8%
<b>8</b>	R21 - Sinais/Sintomas da Garganta	271	2,1%	59,9%
<b>9</b>	A80 - Lesão Traumática/Acidente NE	242	1,9%	61,9%
<b>10</b>	T89 - Diabetes Insulinodependente	230	1,8%	63,7%
<b>11</b>	D11 - Diarreia	195	1,5%	65,2%
<b>12</b>	R80 - Gripe	152	1,2%	66,4%
<b>13</b>	N01 - Cefaleia	148	1,2%	67,6%
<b>14</b>	P03 - Tristeza/ Sensação de Depressão	130	1,0%	68,6%
<b>15</b>	S19 - Outra Lesão Cutânea	128	1,0%	69,6%
<b>16</b>	R76 - Amigdalite Aguda	108	0,9%	70,5%
<b>17</b>	D10 - Vômito	96	0,8%	71,2%
<b>18</b>	R07 - Espirro/Congestão Nasal	71	0,6%	71,8%
<b>19</b>	L03 - Sinais/Sintomas da Região Lombar	70	0,6%	72,3%
<b>20</b>	U07 - Outros Sinais/Sintomas Urinários	69	0,5%	72,9%
<b>21</b>	R74 - Infecção Aguda do Aparelho Respiratório Superior (IVAS)	68	0,5%	73,4%
<b>22</b>	A92 - Alergia/Reação Alérgica NE	67	0,5%	73,9%
<b>23</b>	D01 - Dor Abdominal Generalizada/Cólicas	65	0,5%	74,4%
<b>24</b>	D02 - Dores Abdominais, epigástricas	65	0,5%	75,0%
<b>25</b>	P01 - Sensação de Ansiedade/Nervosismo/Tensão	64	0,5%	75,5%
<b>26</b>	S21 - Sinais/Sintomas da Textura da Pele	64	0,5%	76,0%
<b>27</b>	S72 - Escabiose/Outras Acariases	60	0,5%	76,4%
<b>28</b>	N88 - Epilepsia	56	0,4%	76,9%
<b>29</b>	S97 - Úlcera Crônica da Pele	55	0,4%	77,3%
<b>30</b>	Y70 - Sífilis Masculina	53	0,4%	77,7%
<b>31</b>	K87 - Hipertensão com complicações	52	0,4%	78,1%
<b>32</b>	H71 - Otite Media Aguda/Miringite	51	0,4%	78,6%
<b>33</b>	S02 - Prurido	51	0,4%	79,0%
<b>34</b>	L18 - Dores Musculares	50	0,4%	79,3%
<b>35</b>	R81 - Pneumonia	49	0,4%	79,7%
<b>36</b>	P72 - Esquizofrenia	46	0,4%	80,1%
<b>37</b>	A01 - Dor Generalizada /Múltipla	44	0,3%	80,4%
<b>38</b>	R96 - Asma	43	0,3%	80,8%

<b>39</b>	A82 - Efeito Secundário de Lesão Traumática	42	0,3%	81,1%
<b>40</b>	S88 - Dermatite de Contato/Alérgica	41	0,3%	81,4%
<b>41</b>	A05 - Sentir-se Doente	38	0,3%	81,7%
<b>42</b>	F70 - Conjuntivite Infecciosa	33	0,3%	82,0%
<b>43</b>	H81 - Cerúmen no Ouvido em Excesso	32	0,3%	82,3%
<b>44</b>	Y06 - Sinais/Sintomas da Próstata	32	0,3%	82,5%
<b>45</b>	A78 - Hanseníase e Outras Doenças Infecciosas NE	30	0,2%	82,7%
<b>46</b>	D71 - Caxumba/Parotidite Epidêmica	30	0,2%	83,0%
<b>47</b>	T93 - Alteração no Metabolismo dos Lipídios	30	0,2%	83,2%
<b>48</b>	U01 - Disúria/Micção Dolorosa	30	0,2%	83,5%
<b>49</b>	H01 - Dor de Ouvidos	29	0,2%	83,7%
<b>50</b>	S13 - Mordedura Animal/Humana	29	0,2%	83,9%

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.

Tabela 19 - Prevalência dos 50 diagnósticos (CID) mais frequentes na população masculina estudada, atendida em unidades de tipologia Urbana, em 2019, Brasília-DF

	<b>Codificação pela CID-10</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulado</b>
1	Z00 Exame geral invest. pessoa s/queixa diagn. Relat.	1525	17,4%	17,4%
2	I10 Hipertensão essencial	873	10,0%	27,3%
3	Z76 Pessoas cont. serviço saúde em outras circunstâncias	794	9,1%	36,4%
4	E11 Diabetes mellitus não insulínodépendente	247	2,8%	39,2%
5	E10 Diabetes mellitus insulínodépendente	194	2,2%	41,4%
6	R50 Febre origem desconhecida e outras origens	169	1,9%	43,4%
7	J03 Amigdalite aguda	155	1,8%	45,1%
8	M54 Dorsalgia	154	1,8%	46,9%
9	A90 Dengue	150	1,7%	48,6%
10	J02 Faringite aguda	131	1,5%	50,1%
11	J00 Nasofaringite aguda	129	1,5%	51,6%
12	E78 Distúrbios metab. lipoproteínas e out lipidem.	111	1,3%	52,8%
13	R10 Dor abdominal e pélvica	109	1,2%	54,1%
14	R51 Cefaleia	97	1,1%	55,2%
15	A09 Diarreia e gastroenterite origem infecciosa presumível	96	1,1%	56,3%
16	M79 Outros transt. dos tec moles NCOP	90	1,0%	57,3%
17	R05 Tosse	89	1,0%	58,3%
18	G40 Epilepsia	85	1,0%	59,3%
19	F32 Episódios depressivos	74	0,8%	60,1%
20	J11 Influenza dev vírus não identificado	74	0,8%	61,0%
21	T78 Efeitos adversos NCOP	66	0,8%	61,7%
22	J45 Asma	63	0,7%	62,4%
23	R11 Náusea e vômitos	62	0,7%	63,1%
24	E14 Diabetes mellitus NE	57	0,6%	63,8%
25	H10 Conjuntivite	56	0,6%	64,4%
26	J30 Rinite alérgica e vasomotora	53	0,6%	65,0%
27	F41 Outros transt. ansiosos	52	0,6%	65,6%
28	R07 Dor de garganta e no peito	51	0,6%	66,2%
29	K29 Gastrite e duodenite	50	0,6%	66,8%
30	J06 Infecções agudas vias aéreas super. Loc. mult NE	46	0,5%	67,3%
31	R45 Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	45	0,5%	67,8%
32	H66 Otite média supurativa e as NE	43	0,5%	68,3%
33	N40 Hiperplasia da próstata	43	0,5%	68,8%
34	Z02 Exame med e consulta c/finalid. admin	41	0,5%	69,3%
35	F33 Transt. depressivo recorrente	40	0,5%	69,7%
36	N39 Outros transtornos do trato urinário	38	0,4%	70,1%
37	F20 Esquizofrenia	37	0,4%	70,6%

<b>38</b>	B86 Escabiose	36	0,4%	71,0%
<b>39</b>	H61 Outros transt. do ouvido externo	36	0,4%	71,4%
<b>40</b>	J18 Pneumonia por microrganismo NE	33	0,4%	71,8%
<b>41</b>	K40 Hernia inguinal	33	0,4%	72,1%
<b>42</b>	H60 Otite externa	32	0,4%	72,5%
<b>43</b>	B08 Outras inf. virais lesões pele membros muc. NCOP	31	0,4%	72,9%
<b>44</b>	J01 Sinusite aguda	31	0,4%	73,2%
<b>45</b>	Z10 Exame geral de rotina subpopulação definida	30	0,3%	73,6%
<b>46</b>	Z71 Pessoas cont. serv. saúde. outros acons. Cons. Med. NCOP	30	0,3%	73,9%
<b>47</b>	L20 Dermatite atópica	29	0,3%	74,2%
<b>48</b>	K59 Outros transt. funcionais do intestino	28	0,3%	74,5%
<b>49</b>	E03 Outros hipotireoidismos	27	0,3%	74,9%
<b>50</b>	J15 Pneumonia bacteriana NCOP	27	0,3%	75,2%

---

Fonte: Relatório de atendimento individual e-SUS AB, 2019.