UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Lílian Amaral Santos

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DE TENDÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MINAS GERAIS E A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Montes Claros, MG

2015

Lílian Amaral Santos

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ANÁLISE DE TENDÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MINAS GERAIS E A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Orientador: Doutor Antônio Prates Caldeira

Coorientadora: Doutora Veneza Berenice de Oliveira

Montes Claros, MG

2015

Santos, Lílian Amaral.
S237i Internações por condições sensíveis à Atenção Primária [manuscrito] : análise de tendência para crianças e adolescentes em Minas Gerais e a percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família / Lílian Amaral Santos. – 2015.
84 f. : il.

Inclui Bibliografia.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes,

Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2015.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.
Coorientadora: Profa. Dra. Veneza Berenice de Oliveira.

1. Atenção Primária à Saúde – Minas Gerais. 2. Hospitalização. 3. Saúde da criança. 4. Desempenho profissional - avaliação. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Oliveira, Veneza Berenice de. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Análise de tendência para crianças e adolescentes em Minas Gerais e a percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família.

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenadoria de Pós-graduação strictu-sensu: Idenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Unimontes

CANDIDATA: LÍLIAN AMARAL SANTOS

TÍTULO DO TRABALHO: "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Análise de Tendência para Crianças e Adolescentes em Minas Gerais e a Percepção de Médicos da Estratégia Saúde da Família"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

BANCA (TITULARES)	**ASSINATURAS**
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA - ORIENTADOR/PRESIDENTE	
PROFª. DRª. VENEZA BERENICE OLIVEIRA – COORIENTADORA	
PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO	
PROFª.. DRª MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE	

BANCA (SUPLENTES)	**ASSINATURAS**
PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO	
PROF.ª DR.ª ROSEANE DURÃES CALDEIRA	

[X] **APROVADO(A)** [ ] **REPROVADO(A)**

Dedico este trabalho a todos aqueles que acreditam na Atenção Primária à Saúde.
A todos que a valorizam, contribuem e lutam diariamente para sua melhoria.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por iluminar os caminhos que sigo. E a Nossa Senhora, por zelar por mim nestas estradas.

Ao Dr. Antônio Prates Caldeira, pela incrível paciência, confiança, dedicação e gentileza.

À Dra. Veneza Berenice de Oliveira, pela consideração e atenção dispensada.

Aos professores do Mestrado Profissional de Cuidados da Atenção Primária, pela experiência e ensino.

Às Faculdades Integradas Pitágoras, pelo privilégio e oportunidade.

À minha família, pelo amor incondicional. Meus pais e irmão, por sempre acreditarem em meu potencial, sempre incentivando nos momentos de dúvidas. Meu esposo, pelo inestimável carinho, por se tornar mãe nos meus períodos de ausência e por ser o maior apoiador dessa jornada. Meu filho, por me fazer sentir melhor com um sorriso e me ensinar o quão simples a vida pode ser.

Aos amigos Éder, um irmão; Lanuza, uma inspiração; pelo apoio e palavras de coragem.

A todos os amigos, pelos conselhos, risadas e vibrações positivas.

Aos colegas de trabalho, pela amizade e apreço.

E às minhas princesas da Iniciação Científica, Francinne e Laís, pela ajuda e disponibilidade.

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são um importante avaliador, mesmo que indireto, do funcionamento adequado da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil. Embora o número de publicações sobre o tema esteja aumentando, ainda existem lacunas do conhecimento. Poucos estudos abordam as internações de crianças e adolescentes. A partir do envolvimento com o tema houve a necessidade de desenvolver o presente estudo em duas fases. A primeira fase teve como objetivo analisar a tendência das ICSAP em crianças e adolescentes em Minas Gerais, estabelecendo correlação com a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta fase compreendeu um estudo ecológico, com análise de tendência e análise de correlação. O período do estudo foi concentrado entre os anos de 1999 e 2007, tendo como população alvo indivíduos de 0 a 19 anos no estado de Minas Gerais. O cálculo da taxa de ICSAP foi gerado pela razão entre o número de hospitalizações das patologias sensíveis à atenção primária e a população mineira de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos de cada ano, por mil habitantes. Foram utilizados dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e quanto a cobertura da população pela ESF, as referências foram provenientes do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde. Para a análise de correlação entre as taxas de ICSAP e a cobertura populacional pela ESF em todo o estado utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, admitindo um nível de significância de 5%. Os resultados mostraram declínio heterogêneo das taxas ao longo do período estudado. Não houve uma correlação significativa do declínio das taxas com o aumento da cobertura da ESF. As principais causas de internação em todas as faixas etárias foram gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma com prevalências diferentes para as três faixas etárias. Sobre as taxas das principais afecções, foi possível observar que as gastroenterites eram de 477,75/1000 habitantes no primeiro ano avaliado e apresentaram um decréscimo gerando uma taxa de 270,21/1000 habitantes no final da série estudada. A asma manteve taxas aproximadamente constantes ao longo do período. As pneumonias apresentaram uma grande ascensão, com um aumento de 73,2%. A segunda fase do estudo constitui-se de estudo exploratório e qualitativo, cujo objetivo foi conhecer a percepção dos médicos que trabalham na ESF sobre o indicador ICSAP. A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada seguindo roteiro, foi gravada e posteriormente transcrita, sendo examinada através da análise de conteúdo. Foram definidas as categorias: “a avaliação do trabalho na ESF” e “a percepção sobre avaliação fundamentada em dados quantitativos”. Com a pesquisa foi possível desvelar a falta de conhecimentos dos médicos sobre as ICSAP, o desconforto desse desconhecimento e a necessidade de qualificação contínua para esses profissionais.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Saúde da Criança. Avaliação de desempenho profissional.

ABSTRACT

Ambulatory care sensitive hospitalizations (HPCSC) are an important evaluator, even indirectly, if the Family Health Strategy (FHS) in Brazil work properly. Despite the number of publications on the subject is increasing, there are still gaps of knowledge. There are a few studies that address the hospitalizations of children and teenagers. From the involvement with the subject, it was necessary to develop this study into two stages. The first stage aimed at analyzing the HPCSC trend in children and adolescents in Minas Gerais, establishing a correlation with the population coverage by the Family Health Strategy (FHS). In this stage, an ecological study was conducted, based on trend and correlation analysis. The study took place between the years 1999 and 2007, having 0-19 years old individuals as population target in the state of Minas Gerais. The calculation of HPCSC rate was generated by the ratio between the number of Ambulatory care sensitive hospitalizations and the population of Minas Gerais between 0-4, 5-9 and 10-19 years old of each year, per thousand inhabitants. Data from the Department of the Unified Health System were used, and the population coverage by the FHS, references were taken from the Department of Primary Care / Secretariat of Health Care / Ministry of Health. For the correlation analysis between HPCSC rates and FHS population coverage throughout the state, the Pearson correlation coefficient was used, assuming a 5% significance level. The results showed heterogeneous decline in rates throughout the study period. There was no significant correlation between the decline in rates with the increasing of FHS coverage. The hospitalization leading causes in all age groups were infectious gastroenteritis, bacterial pneumonia and asthma with different prevalence for the three age groups. Regarding the rates of major diseases, it was observed that gastroenteritis were 477.75 / 1000 inhabitants in the first evaluating year, decreasing subsequently and generating a rate of 270.21 / 1000 inhabitants at the end of the study series. Asthma rates remained approximately constant throughout the period. Pneumonia showed a considerable rise, increasing 73.2%. The second stage of the research consisted of an exploratory qualitative study for better understanding the perception of doctors that work in the FHS, based on the HPCSC indicator. Data collection took place between June and July 2014 through script-follower-semi-structured interview, it was recorded and later transcribed, being examined through content analysis. The two categories were defined as: "work assessment in the FHS" and "the perception of evaluation based on quantitative data." Through this research, it was possible to reveal the doctors' lack of knowledge of regarding HPCSC, the discomfort of this unawareness and the need for continuous training for these professionals.

Keywords: Primary Health Care. Hospitalization. Child Health. Professional performance evaluation.

LISTA DE ABREVIAÇÕES

ACS –	Agentes Comunitários de Saúde
AIH –	Autorizações de Internação Hospitalar
APS –	Atenção Primária à Saúde
CID 10 –	Décima Classificação Internacional de Doenças
CID 9–	Nona Classificação Internacional de Doenças
DATASUS –	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF –	Estratégia Saúde da Família
FHS –	*Family Health Strategy*
HPCSC –	*Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions*
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP –	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS –	Ministério da Saúde
PACS –	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCATool–	*Primary Care Assessment Tool*
PMAQ-AB–	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB –	Política Nacional da Atenção Básica
PROGRAB –	Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica
PSF –	Programa Saúde da Família
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB –	Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica
SIH –	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS –	*Statistical Package for the Social Sciences*
SUS –	Sistema Único de Saúde
UBS–	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de saúde da Família no Brasil	14
1.2	Avaliação na Estratégia Saúde da Família	17
1.3	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo Geral	25
2.2	Objetivos Específicos	25
3	METODOLOGIA	26
3.1	Primeira Fase	26
3.1.1	Delineamento do Estudo	26
3.1.2	Origem e Fonte dos Dados	26
3.1.3	Análise dos Dados	27
3.1.4	Questões éticas	27
3.2	Segunda Fase	28
3.2.1	Local do Estudo	28
3.2.2	População Alvo	28
3.2.2.1	Critérios de Inclusão	28
3.2.3	Coleta e Análise de dados	28
3.2.4	Questões éticas	29
4	PRODUTO	30
	Produto 1: “Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007”	31

Produto 2: “A percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” 50

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 68

REFERÊNCIAS 70

APÊNDICES 77

ANEXOS 79

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

Em 1978, com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, a Atenção Primária a Saúde (APS) foi estabelecida como estratégia para que os países alcançassem melhores condições de saúde (RODRIGUES; ANDERSON, 2011). No Brasil, o Ministério da Saúde tem se referido à APS como Atenção Básica, caracterizando-a como um conjunto de ações, de âmbito individual e/ou coletivo, ocupando a porta de entrada da atenção dos sistemas de saúde, direcionado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL A, 2012).

A criação e implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, em 1990, já ocorreram, portanto, dentro de um contexto de valorização da APS. Entretanto, durante muitos anos o país conviveu com uma estrutura que valorizava o cuidado hospitalar em detrimento ao cuidado ambulatorial e modelo assistencial predominante que era centrado na consulta médica e na abordagem das doenças (ESCOREL, 2014).

A necessidade de ruptura com um modelo assistencial pouco eficiente e as experiências positivas com equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outras, levaram o Ministério da Saúde (MS) a elaborar o Programa de Saúde da Família (PSF), mais tarde elevado à condição de estratégia. (ROSA; LABATE, 2005; FLEURY, 2009).

Essa Estratégia Saúde da Família (ESF) que é vista como um modelo de reestruturação da saúde no país representa um direcionamento na elaboração dos encargos relacionados aos princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária, com intuito de impactar a saúde, ser resolutiva e desencadear oportuno vínculo custo-efetividade. (BRASIL A, 2012)

Nesse sentido, a ESF representou uma medida de fortalecimento da APS, buscando para a população melhoria de sua saúde. Seu crescimento trouxe a necessidade de definição de critérios de avaliação. Entre esses critérios, há um indicador de atividade hospitalar, considerado como potencial avaliador do acesso, da efetividade e da qualidade das ações das equipes de cuidado primário denominado Internações por Condições Sensíveis, criado nos Estados Unidos e mais tarde adotado pelo Brasil que passou a usá-lo (MACINKO *et al.*, 2011).

Conforme Alfradique *et al.* (2009), estas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são situações em que, se houvesse um cuidado efetivo e de qualidade neste primeiro nível de atenção à saúde, as hospitalizações poderiam ser reduzidas ou desnecessárias.

O presente estudo abordará esse tema, considerando seu potencial de contribuição para os gestores de saúde. É sensato pensar que aplicação de medidas que reformulem as ações da APS e ampliem a discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados pelas equipes da ESF utilizem indicadores como o ICSAP. O texto que se segue está distribuído em três tópicos distintos: A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil, Avaliação na Estratégia Saúde da Família e Internações por condições sensíveis à atenção primária e procura oferecer ao leitor uma maior interação com o tema, sem, contudo, assumir o compromisso de análises mais profundas do assunto.

1.1 A Atenção Primária à Saúde e a Estratégia de Saúde da Família no Brasil

Para Starfield (2002), a Atenção Primária ou Atenção Básica consiste em um conjunto de serviços de saúde que representa a porta de entrada ao sistema de saúde para todas as demandas, proporcionando atenção ao indivíduo em sua complexidade, totalidade, singularidade, integralidade e inserção sociocultural, com o intuito de proporcionar saúde, prevenir agravos e tratar as doenças.

Um modelo assistencial com ênfase na Atenção Primária tende a ser mais efetivo e alguns atributos definem a assistência desejada. São eles: 1) **primeiro contato,** compreendendo o ponto de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde; 2) **longitudinalidade,** que consiste na relação (acompanhamento) de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde; 3) a **integralidade da atenção**, que está relacionada com a prestação de todos os serviços de saúde para as necessidades comuns; 4) a **coordenação,** que implica na disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados; 5) a **centralização na família**, que coloca a equipe de saúde responsável por conhecer os membros das famílias e seus problemas de saúde através da abordagem familiar e, 6) a **orientação comunitária,** que se refere ao ajuste dos programas

de saúde a fim de atender as necessidades específicas de uma população definida e envolvida na tomada de decisões em todos os níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

Para a adoção de um novo modelo assistencial no Brasil, com incorporação dos fundamentos da APS, é que foi implantada a Estratégia Saúde da Família. Inicialmente a proposta surgiu como um programa, Programa Saúde da Família. Baseou-se em experiências exitosas como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Médico de Família, em Niteroí (ROSA; LABATE, 2005; HÜBNER; FRANCO, 2007; TIBIRIÇÁ, 2009). Foi uma medida que buscava um olhar diferenciado sobre os cuidados de saúde e cuja proposta almejava um novo modelo assistencial diante do contexto nacional de experiências pioneiras que vinham sendo desenvolvidas. No contexto internacional, a consolidação de sistemas nacionais baseados na Atenção Primária à Saúde em países como Canadá, Cuba, Reino Unido, dentre outros, também serviram de estímulo ao avanço da discussão (PAIM, 2014).

Compreende-se assim, que a criação e implantação das equipes de Saúde da Família deve ser entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nestas unidades, as equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Devem atuar com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e, na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL A, 2012).

São envolvidos neste trabalho equipes multiprofissionais compostas, pelo menos, por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), devendo estes residirem na área onde atuam. O número de agentes comunitários de saúde pode variar de acordo com a população da área assistida, devendo cobrir 100% desta. Além disso outros profissionais - a exemplo de dentistas, e seus auxiliares - poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. Esta equipe é vinculada acerca de quatro mil famílias (3.000 pessoas em média), dedicando tempo integral - 40 horas semanais - em unidades muito próximas à população a ser atendida (BRASIL, 2011)

O território, definido em cada área onde estão situadas as famílias cadastradas por essas equipes, mostra-se subdividido em microáreas. O número de microáreas corresponde a subdivisões do

universo populacional, de forma a garantir, na metodologia de trabalho, a vinculação dos agentes comunitários. Em média, um ACS é designado para o acompanhamento de até 750 pessoas, ou seja, em média 150 a 200 famílias por microárea. (BRASIL, 2011).

Embora ainda chamado de “Programa”, a ESF tem se consolidado de forma progressiva e não possui caráter de terminalidade para a população. Em outras palavras, indo além da conceituação, a ESF consiste numa estratégia para reorganização da Atenção Primária que não prevê um tempo para sua finalização (BRASIL, 2006).

A ESF se constitui no modelo brasileiro para a Atenção Primária. As equipes da ESF compõem o primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência e vinculam-se à rede de serviços, a fim de assegurar atenção integral às famílias acompanhadas e a referência e contra-referência para os serviços de maior complexidade, sempre que necessário. As unidades básicas de saúde, por meio de suas equipes multiprofissionais devem ser o primeiro contato da população adscrita com o serviço de saúde, sendo que, se necessário, devem garantir aos clientes outros níveis de assistência (BRASIL, 2011).

A ferramenta mais importante para a consolidação da ESF tem sido a Política Nacional da Atenção Básica, resultado da experiência acumulada por todos aqueles que participaram da proposta de construção de um novo modelo assistencial para o país. Recentemente, a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 revisou as normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2011).

Em linhas gerais, a ESF deve: atuar em território adscrito; Programar e executar ações em conformidade das necessidades da comunidade, privilegiando interferências clínicas e sanitárias nas situações de maior importância; favorecer grupos de risco para evitar danos preveníveis; acolher com qualidade e definir prioridades; atuar de acordo com a integralidade e longitudinalidade; realizar visitas domiciliares e participar de ações em diversos locais do território adscrito como escolas, creches, praças, salões comunitários; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizada com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; elaborar diretrizes que qualifiquem os modelos de atenção e gestão; partilhar dos projetos locais de saúde, bem como do controle e verificação das ações na equipe, unidade e município com intuito de voltar para as prioridades locais; buscar agir intersetorialmente a fim de interligar projetos e redes de apoio social; concordar com ideias

que consolidam a gestão local e o controle social e, executar cuidados domiciliares para todos aqueles que apresentem algum fator limitante que os impeçam de procurar a UBS (BRASIL, 2011).

A partir do crescimento do número de equipes da ESF no Brasil, pode-se dizer que houve um processo de consolidação do SUS. Esse fato foi favorecido por uma série de medidas governamentais intencionalmente voltadas para o fortalecimento da APS no país (ROSA; LABATE, 2005). As mudanças efetivadas passaram a definir novas estratégias de financiamento que, diferentemente das antigas, não mais privilegiavam a atenção hospitalar ou a mera produção de serviços. Isto é, durante muito tempo, a alocação dos recursos federais em estados e municípios se dava com base na produção de serviços e na capacidade instalada, mas as medidas mais recentes passaram a valorizar atividades de promoção e prevenção e a partir de meados da década de 1990, vários investimentos e programas passaram a concentrar-se nos serviços da Atenção Primária. Esse fato representou uma fase importante para a consolidação institucional de um novo modelo assistencial no Brasil (MENDES; MARQUES, 2014).

1.2 Avaliação na Estratégia Saúde da Família

Com a expansão da ESF e definição de um novo modelo assistencial com ênfase na APS no país, tornou-se necessária a condução de estudos de investigação em relação a sua estrutura, bem como avaliar seus processos e resultados (SALA, 2011). Essa tríade “estrutura-processo-resultado” proposta por Donabedian (1968) representa uma proposta clássica mas ainda atual, que sustenta vários modelos de avaliação em saúde. É relevante destacar que ainda não existe uma proposta sistemática de avaliação da efetividade do trabalho das equipes da ESF, embora existam estudos que registrem melhoria dos indicadores de saúde após a implantação da ESF (AQUINO *et al*, 2009; MACIEL *et al*, 2014).

A avalição em saúde, de programas e serviços, é uma atividade complexa, mas absolutamente necessária. Em condições ideais, esse processo deve ser conduzido pelo nível gestor, que promoverá análises criteriosas, periódicas e sistemáticas sobre o desempenho do serviço ofertado. Nesse sentido, a avaliação da atenção básica, conta com um documento oficial,

proposto como marco regulador da avaliação e da institucionalização da avaliação na atenção básica (BRASIL, 2005). O documento do Ministério da Saúde destaca a necessidade de se induzir a cultura da avaliação por todos os atores da atenção básica, de forma rotineira. Entende-se que o ato de avaliar ganha maior sentido quando gera informações para a reflexão e melhoria da prática, o que está em consonância com o pensamento de estudiosos da área (FELISBERTO, 2006).

De modo geral, a avaliação de serviços de saúde tem o objetivo de auxiliar os gestores de saúde na tomada de decisões acerca das melhores medidas para melhoria da saúde da população, incluindo-se aí, a relação custo-benefício de tais medidas. Também deve ser utilizada como instrumento para considerar a incorporação de novas práticas na rotina dos serviços de saúde (GONÇALVES, 2007).

Para o Ministério da Saúde, a avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. Caracteriza-se por ser um processo contínuo e sistemático, cuja aplicação será definida em função do âmbito em que ela se estabelece e de objetivos específicos. Além disso, a avaliação não deve ser compreendida como um procedimento exclusivamente técnico, mas também um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham corresponsabilidades (BRASIL, 2005).

No âmbito das equipes da ESF as propostas avaliativas têm uma grande relevância, pois implicam na avaliação de um novo modelo assistencial. Não se trata, portanto, de avaliação apenas de serviços ambulatoriais, mas de serviços que se propõem a assumir novos atributos com realização de ações programáticas mínimas com uso de políticas públicas que buscam a equidade em saúde (VIANA, 2012).

Seguramente a primeira proposta de identificação de indicadores para a ESF surgiu com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), que foi elaborado com o intuito de agrupar e organizar os dados sobre ações ocorridas no território adscrito. Isso demonstra um mecanismo que reflete a demanda local. Os relatórios produzidos são subsídios para a própria atenção básica e para a gestão, pois representam uma mensuração objetiva do trabalho realizado (CARRENO *et al*, 2015).

O SIAB foi implantado como estratégia de suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta e análise dos dados das equipes da ESF. Tem potencialidades para gerar informações e auxiliar o processo de tomada de decisões. Porém uma revisão integrativa da literatura sobre o tema mostrou que existem importantes fragilidades no sistema, como o uso do mesmo apenas para registro e capacitação insuficiente das equipes (CARRENO *et al*, 2015). Outros autores registram que a utilização do SIAB parece limitada ao registro, sem análise crítica do mesmo para tomadas de decisão (FIGUEIREDO *et al*, 2012; BARBOSA; FORSTER, 2010).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde através do Departamento de Atenção Básica promoveu uma mudança dessa ferramenta, transformando-o no "e-SUS Atenção Básica", que moderniza a plataforma tecnológica através da informatização das UBS e está buscando melhorias na estrutura do antigo SIAB nesse processo de informatização. Dessa forma, o SIAB passa a ser chamado de Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), porém tem caráter apenas de facilitar a informação (BRASIL, 2013).

Em nível internacional, o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) ganhou destaque e se mostrou bom desempenho na avaliação dos atributos da APS e na capacidade de mensurar aspectos de estrutura e processo (MALOUIN; STARFIELD; SEPULVEDA, 2009). Este instrumento foi criado nos Estados Unidos, mas já validado para uso no Brasil. O PCATool-Brasil versão para usuários adultos captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Consolida-se assim como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde, subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS (HARZHEIM *et al*., 2013). Todavia, trata-se de um instrumento cuja aplicação é demorada e complexa e talvez, por isso tenha utilização restrita ainda no país (SALES, 2013).

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb) também foi uma ferramenta que se propôs a acompanhar as atividades das equipes de Saúde da Família, definindo sua programação, com ênfase na integralidade das ações. Outro instrumento proposto pelo Ministério da Saúde foi a Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que utilizava uma metodologia de autoavaliação, definindo padrões de qualidade para diferentes atores dos serviços de saúde (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2006).

É preciso salientar que tais instrumentos mostraram limitações importantes, principalmente, pelo caráter autoavaliativo, uma vez que no âmbito da prestação de serviços os profissionais de saúde têm percepções e expectativas diferentes quanto a qualidade da atenção quando comparadas com a avaliação realizada pelos usuários e gestores (CAMPOS, 2005).

Nos últimos anos, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se destacaram como propostas do Ministério da Saúde na busca pela melhoria da qualidade da assistência nas equipes da ESF, mas ainda não possuem uma medida síntese de efetividade (BRASIL B, 2012).

A partir de 2008, o Ministério da Saúde publicou uma lista de condições de saúde que, em tese, teriam redução do número de internações a partir de uma atenção primária fortalecida. Esse seria então, um importante indicador de sua efetividade, retratando um impacto dos cuidados na atenção primária sobre os custos hospitalares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Esse indicador, denominado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), surgiu primeiro nos Estados Unidos e tem sido progressivamente utilizado em vários países (BILLINGS *et al.*,1996; CAMINAL *et al.*, 2003).

1.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

A análise da literatura internacional sobre o indicador ICSAP apresenta diferentes perspectivas. Para alguns países existe uma ênfase na discussão e identificação das afecções que podem ser realmente consideradas sensíveis à atenção primária para a validação de uma lista interna. Em outros países, os estudos buscam avaliar a efetividade dos serviços, das seguradoras de saúde, além de buscar uma caracterização mais precisa dos indivíduos que se internam por condições consideradas evitáveis (CAMINAL *et al*., 2003).

As internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil foram definidas a partir de uma lista nacional (BRASIL, 2008). Representam um conjunto de patologias que, se bem atendidas e cuidadas no primeiro nível de atenção, não gerariam hospitalização, ou se gerassem seriam em menor número (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Portanto é possível compreender que a identificação de internações por condições sensíveis pode ser resultado de deficiências no desempenho do serviço prestado pela atenção primária à saúde, podendo caracterizar falhas

desde o acesso ao serviço, até sua capacidade resolutiva, configurando um importante indicador na investigação e identificação dessas falhas no acesso e no potencial resolutivo, bem como suas características relacionadas ao tipo de doença causa de ICSAP (MACINKO *et al.*, 2011).

A lista brasileira de doenças que podem ser consideradas como causa das ICSAP é dividida por 19 grupos de causas de internação e respectivos diagnósticos. O processo de construção dessa lista teve como base listas já existentes em alguns estados da federação e em outros países, porém, foi adaptada para atender a diversidade de condições de saúde e doença. Essa lista não considera as internações por partos como grupo integrante, por considerar que tal internação consiste em um evento natural e não patológico (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, a lista é dividida em 19 categorias com subdivisões. A enumeração envolve os grupos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiências nutricionais; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; doenças cerebrovasculares; diabetes *mellitus*; epilepsias; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doença inflamatória órgãos pélvicos femininos; úlcera gastrointestinal; doenças relacionadas ao pré-natal e parto (ANEXO A) (BRASIL, 2008).

Considerando que esse indicador capta as internações que poderiam ser evitadas, uma importante fonte de dados para sua construção é o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) pertencente ao SUS, que concede informações a respeito dos pacientes que fizeram uso do sistema hospitalar e consequentemente foram internados. Este sistema tem como propósito auxiliar no processo de pagamento aos prestadores de assistência do SUS, referente às internações hospitalares. Apesar de o SIH ser de caráter administrativo e por esse motivo sofrer críticas de alguns autores, seu uso como banco de dados, no qual se obtém informações sobre os serviços prestados e as estatísticas de atendimento se torna potencial colaborador para produção e ampliação de conhecimento em saúde, principalmente no que diz respeito à temática ICSAP (MARTINS, 2012).

Os primeiros estudos sobre ICSAP no Brasil foram os conduzidos por Nedel *et al.* (2008) e por Fernandes *et al.* (2009). Ambos os estudos trabalharam com indivíduos hospitalizados, com caracterização individual e classificação das internações. Ambos os estudos concluíram que existe uma potencialidade no indicador para avaliação das equipes da ESF. Outros estudos têm

apresentado análises de séries temporais com destaques para as correlações entre o comportamento das taxas de ICSAP e a cobertura populacional para a ESF, em análises ecológicas, como se destacará a seguir.

No Estado de São Paulo, uma análise das ICSAP para o período de 2000 a 2007 revelou uma tendência de redução progressiva que acompanhou a ampliação da ESF, sugerindo uma relação inversa do número de internações com a adoção da Estratégia de Saúde da Família (REHEM; EGRY, 2011).

Boing *et al.* (2012) também demonstraram uma redução das internações por condições sensíveis aos cuidados primários no Brasil, entre os anos de 1998 e 2009. Os três grupos de doenças que mais ocasionaram internações, segundo o estudo foram as gastrenterites infecciosas e suas complicações, a insuficiência cardíaca e asma. Os autores destacam tendência variável em cada estado e comportamentos diferentes entre as patologias, suscitando a necessidade de novos estudos (BOING *et al*., 2012).

As tendências das principais causas de ICSAP no Brasil, por faixa etária e região, no período de 1999 e 2006 foram avaliadas por Moura *et al.* (2010). Verificou-se que as três principais causas de ICSAP em menores de 20 anos foram as gastroenterites, a asma e as pneumonias bacterianas. Os autores registraram redução das taxas de internação por gastroenterite (-12%) e asma (-31,8%) e incremento de 142,5% nas taxas de internação por pneumonias bacterianas, tendências que ocorreram de forma distinta por faixa etária e região.

Pazó *et al.* (2012) descreveram o comportamento das ICSAP no estado do Espirito Santo, entre os anos de 2005 e 2009. Utilizando dados oficiais, os autores demonstraram o registro de 823.343 internações no período de estudo, destacando que as ICSAP representaram 28,9% do total de internações em 2005 e 23,2% em 2009, o que evidencia uma redução no coeficiente de internação de 14,1 para 11,4 por 1000 habitantes (PAZÓ *et al*., 2012).

Mendonça *et al.* (2012) conduziram estudo ecológico para os anos de 2003 a 2006, avaliando as tendências das internações por condições sensíveis à atenção primária na grande Belo Horizonte – MG, após implementação de 506 equipes de saúde da família em 2002. Os autores observaram que 26,4% do total de hospitalizações foram devido a ICSAP. Salientam que, no

período avaliado, houve um decréscimo de 17,9% das internações por condições sensíveis contra 8,3% das internações por condições não sensíveis.

Em um estudo ecológico com 237 municípios do Estado de Goiás, entre 2000 e 2008, os autores registraram que 17,2% das internações eram por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária. Também destacaram que as taxas de hospitalização geral e de ICSAP por condições cardiovasculares diminuíram para ambos os sexos e em todas as faixas etárias independente da cobertura da Saúde da Família (BATISTA *et al*., 2012).

Vários outros estudos destacam que a utilização das ICSAP como indicador é crescente. Pereira *et al.* (2014) apresentam uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira sobre o tema. Os autores concluem, a partir de um conjunto de publicações nacionais que as ICSAP, apesar de se apresentarem altas em alguns estados e/ou cidades isoladas, sofrem uma tendência para estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras.

Apesar da crescente produção sobre as ICSAP, ainda existem lacunas na literatura. O comportamento das ICSAP na infância e adolescência ainda é tema pouco explorado. Trata-se de um tema importante, pois, a partir da implantação de um novo modelo assistencial no país, as equipes da ESF assumem um papel de destaque na promoção da saúde infantil, já que a maior parte das intervenções preventivas e curativas na infância dispensa cuidados hospitalares (NÓBREGA *et al.,* 2013). O Conjunto das ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família incluem desde o acompanhamento de puericultura, com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e intervenções oportunas, orientações alimentares, com promoção ao aleitamento materno e alimentação saudável, acompanhamento e oferta de imunização, oferta de suplementos minerais e vitamínicos profilaticamente e ações de atenção especializada, segundo programas especiais para a faixa etária. De modo geral, essas ações são mais bem conduzidas nas unidades da ESF do que nas UBS tradicionais (CALDEIRA *et al.,* 2010)

Por outro lado, alguns estudos apontam limitações das ações das equipes de Saúde da Família nas atividades de atenção à saúde da criança (LEÃO *et al*., 2011; SILVA *et al*., 2013). O que também destaca a necessidade de investigação do indicador ICSAP para essa faixa etária. O mesmo se pode dizer em relação aos adolescentes, para os quais a literatura também apresenta poucos estudos.

Entre os estudos que abordam as ICSAP, no estado de Pernambuco, avaliou-se o comportamento das internações para o período de 1999 a 2009, numa população de menores de cinco anos, onde quase a metade das internações foi atribuída às condições sensíveis a atenção primária (CARVALHO *et al.*, 2015). No estado do Piauí, aproximadamente a metade das hospitalizações em menores de 5 anos, ao longo de dez anos, também foram atribuídas às condições sensíveis à atenção primária (BARRETO *et al*., 2012).

Em uma análise de tendência das ICSAP para as distintas regiões do Brasil, entre menores de 20 anos, Moura e colaboradores (2010) observaram que as três principais causas de ICSAP, foram as gastroenterites, a asma e as pneumonias bacterianas. Os autores destacam o comportamento diferenciado entre as regiões e entre os grupos de causas.

Em uma análise para algumas cidades da Bahia, observou-se que entre os anos de 1999 e 2007, a taxa de internações por gastroenterite, a principal das ICSAP em crianças, apresentou um declínio acentuado e associado ao aumento da cobertura populacional pela ESF. Porém após análise multivariada, ajustando-se os dados em relação a variáveis como coleta de lixo, esgotamento sanitário, suprimento de água, a associação não mais se mostrou significante (MONAHAN *et al.*, 2013)

Considerando a carência de estudos sobre ICSAP entre crianças e adolescentes, e a potencial contribuição que uma pesquisa na área pode agregar, desenvolveu-se a presente pesquisa, cujo âmbito de investigação foi o Estado de Minas Gerais, correspondendo a Fase 1 desse estudo.

Como resultado da imersão no tema, surgiu a inquietação da pesquisadora em relação a uma série de questionamentos sobre as ICSAP e percepção dos médicos da ESF. Esses questionamentos conduziram a outra investigação, no ensejo da complementariedade do saber. Esse processo culminou com uma pesquisa qualitativa, para compreender a percepção dos médicos da ESF sobre o indicador ICSAP, definida como Fase 2 do estudo, conforme se detalhará adiante.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças e adolescentes em Minas Gerais e conhecer a percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre o indicador.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o comportamento das taxas de ICSAP entre 1999 e 2007 em crianças e adolescentes para o estado de Minas Gerais;
- Identificar os principais grupos de ICSAP entre crianças e adolescentes para o estado de Minas Gerais, no período estudado;
- Correlacionar as taxas de ICSAP com as taxas de cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família entre 1999 e 2007 em Minas Gerais.
- Conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família sobre o indicador ICSAP.

3 METODOLOGIA

O presente estudo apresenta duas fases distintas de pesquisa. A primeira corresponde a pesquisa quantitativa, que foi realizada inicialmente. A segunda fase, conforme referido previamente, é uma pesquisa qualitativa. Para facilitar a exploração metodológica, as etapas de cada estudo serão apresentadas distintamente.

3.1 Primeira Fase

3.1.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo ecológico, analítico, de tendência, com foco nas ICSAP em crianças e adolescentes.

3.1.2 Origem e fonte dos dados

Os dados do estudo se referem ao Estado de Minas Gerais, segundo mais populoso da região Sudeste e quarto maior estado do Brasil, com uma extensão territorial equivalente à área da França (MARQUES, 2011).

A população de referência para a geração dos dados foi a população de indivíduos residentes em Minas Gerais, com idade inferior a 20 anos e registro de internação hospitalar no período definido do estudo. A opção pela análise de internações de crianças e adolescentes fundamentou-se no fato de essa população apresenta características particulares de adoecimento, com predomínio das condições agudas, diferentemente da população adulta. Para uma análise mais acurada, houve uma subdivisão da faixa etária: de 0 a 4 anos, 5 a 9 anos e 10 a 19 anos.

O período estudado compreende o ano de 1999 a 2007. O recorte utilizado procurou trabalhar com dados mais uniformes, pois a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde determinou que as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) deveriam ser preenchidas utilizando os códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e, até então, era utilizada a Nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Por outro lado, a partir de 2008, começou a vigorar uma nova tabela unificada de procedimentos para o preenchimento das AIH (Portaria GM/MS nº. 1541 de 27 de junho de 2007), o que também poderia gerar equívocos nas análises.

Para a condução da pesquisa foram utilizados dados secundários. Informações sobre internações hospitalares foram fornecidos pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) que disponibiliza informações sobre as internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, provenientes das AIH, obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH). Através dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram obtidas as estimativas populacionais de cada ano da população alvo.

Em relação às patologias sensíveis à atenção primária foi empregado a lista de ICSAP que abrange 19 causas de hospitalização e diagnósticos de acordo com a CID-10 (BRASIL, 2008), através da utilização da guia de AIH, com o diagnóstico referente à CID-10.

Quanto à cobertura da população pela ESF, as referências acessíveis são provenientes do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde através do sítio eletrônico (http://dab.saude.gov.br).

3.1.3 Análise dos Dados

O cálculo da taxa de internações foi gerado pela razão entre o número de hospitalizações e a população mineira, para as respectivas faixas etárias (de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 19 anos e, de forma global, de 0 a 19 anos) de cada ano, por mil habitantes. De forma análoga, o cálculo da taxa de ICSAP foi gerado pela razão entre o número de hospitalizações das patologias sensíveis à atenção primária em Minas Gerais e a respectiva população, segundo a faixa etária estudada. Para identificação das ICSAP mais frequentes, foi realizado o cálculo da contribuição percentual de cada uma das condições sensíveis para o período estudado.

Também foi realizada estudo de correlação entre as taxas de ICSAP e a cobertura populacional pela ESF em todo o estado. O Coeficiente de Correlação de *Pearson ("r")* foi empregado para essa investigação, adotando-se um nível de significância de 5% ($p<0,05$). Os cálculos foram conduzidos em planilhas eletrônicas e com uso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

3.1.4 Questões Éticas

Para realização desta pesquisa, por se tratar de investigação com dados secundários e de caráter público, não houve necessidade de apreciação ética do projeto de pesquisa.

3.2 Segunda Fase

3.2.1 Local do estudo

A investigação foi conduzida nas equipes da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros – MG. A cidade se localiza no norte de Minas Gerais e representa o principal polo urbano da região. Tem uma população de aproximadamente 370 mil habitantes e quase 100 equipes cadastradas na ESF.

3.2.2 População Alvo

A população alvo do estudo foi constituída pelos médicos que trabalham nas Estratégias Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros. O número de entrevistados foi definido com a análise das entrevistas, considerando-se a saturação dos resultados.

3.2.2.1 Critérios de inclusão:

- Médicos contratados pela Prefeitura Municipal de Saúde de Montes Claros que prestam assistência às Estratégias de Saúde da Família;
- Médicos atuantes na ESF há, pelo menos, um ano;
- Médicos que estivessem em concordância em participar do estudo.

3.2.2.2 Critérios de exclusão:

- Médicos não brasileiros que prestam assistência às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

3.2.3 Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi norteada por meio de uma entrevista com os investigados, a partir de algumas questões norteadoras sobre a percepção do médico em relação ao processo de trabalho e avaliação desse processo e sobre a percepção acerca das ICSAP (APÊNDICE A).

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, após autorização da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, autorização do Comitê de Ética quanto à realização desta investigação.

As entrevistas com os médicos foram previamente agendadas, em consonância com a disponibilidade dos mesmos e conduzidas em ambiente tranquilo, assegurando a

confidencialidade das informações. Todas as entrevistas foram gravadas com uso de gravador digital e posteriormente transcritas para análise.

A análise das entrevistas foi conduzida a partir de leitura flutuante e exaustiva das falas, com uso da análise temática, segundo os pressupostos de Bardin (1979).

3.2.4 Questões éticas

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - FIPMOC para apreciação e aprovação (ANEXO B). Todos os aspectos éticos foram respeitados, em consonância com a Resolução nº 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde. Antecedendo a aplicação das entrevistas, os médicos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

4 PRODUTO

De acordo com a orientação do Colegiado de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, os resultados deste estudo serão expostos na estrutura de artigos científicos.

Produto 1: “Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007” está apresentado em consonância com as normas da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

Produto 2: “A percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária”, formatado segundo as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007

Resumo

Objetivo: Analisar a tendência das taxas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças e adolescentes em Minas Gerais, estabelecendo correlação com a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** Estudo ecológico, com análise de tendência e de correlação. Foram realizadas análises para três faixas etárias: 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos. Utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*, admitindo-se um nível de significância de 5%. **Resultados:** As taxas de ICSAP mostraram declínio ao longo do período estudado. Na população de 0 a 4 anos, as taxas de ICSAP apresentaram declínio de 19,1%. Em relação às faixas etárias de 5 a 9 e de 10 a 19 anos, as taxas apresentaram variações discretas. Não houve uma correlação significativa do declínio das taxas com o aumento da cobertura da ESF. As principais causas de internação em todas as faixas etárias foram gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma. **Conclusões:** Apesar do declínio observado, a falta de correlação entre a cobertura e as taxas de ICSAP alerta para a necessidade de melhoria no acesso e melhor qualificação profissional para a atenção à saúde da criança e do adolescente.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Saúde da Criança. Adolescente.

Ambulatory care sensitive hospitalizations between children and teenagers in Minas Gerais, 1999-2007

Abstract

Objective: To analyze trends in rates of Ambulatory care sensitive hospitalizations (HPCSC) in children and adolescents in Minas Gerais, establishing correlation with the population coverage by the Family Health Strategy (FHS). **Methods**: Ecological study with trend and correlation analysis. Analyses were performed in three age groups: 0-4, 5-9 and 10-19 years old. The Pearson correlation coefficient was used, assuming a 5% significance level. **Results**: HPCSC rates showed decline over the study period. In the population 0-4 years old, HPCSC rates showed a decline of 19.1%. Regarding the age groups 5-9 and 10-19 years old, rates showed slight variations. There was no significant correlation between the decline in rates with the increasing of FHS coverage. The leading causes of hospitalization in all age groups were infectious gastroenteritis, bacterial pneumonia and asthma. **Conclusions**: Despite the observed decline, the lack of correlation between the cover and HPCSC rates alert to the need for improved access and better professional qualification for the children and adolescents health care.

Keywords: Primary Health Care Hospitalization. Child Health. Teenager.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido assumida como uma proposta de reorganização do sistema de saúde no Brasil, com o intuito de substituir o modelo tradicional de assistência, historicamente hospitalocêntrico e centrado em atividades curativas[1]. Além de trazer consigo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), universalidade, equidade e a integralidade, as equipes da ESF devem incorporar ainda os atributos de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação dos cuidados de saúde, consolidando a atenção primária em saúde[2].

Apesar das dificuldades nos primeiros anos de sua implantação, a ESF apresentou uma expansão rápida no país, especialmente a partir de 1998, com a implementação do Piso de Atenção Básica – PAB[3]. A ampliação numérica de equipes de Saúde da Família trouxe ganhos diversos para a população, com maior acesso aos cuidados primários e impacto positivo sobre indicadores de saúde[4-6].

A consolidação dessa nova estratégia de atenção à saúde tem o potencial de fortalecer a atenção primária, auxiliando no enfrentamento dos problemas de saúde e na redução da iniquidade[7]. Contudo, o seu crescimento de forma robusta e coerente implica em aprofundar os processos de avaliação, análises de impacto sobre a morbimortalidade e sobre a organização das práticas assistenciais.

No contexto da avaliação da efetividade dos cuidados de saúde no âmbito da ESF ganharam destaques os estudos sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Conforme Alfradique et al.[8], tais condições representam patologias que, se bem atendidas e cuidadas no primeiro nível de atenção, não gerariam hospitalização, ou se gerassem

seriam em menor número. Portanto é possível compreender que a identificação de internações por condições sensíveis pode ser resultado de deficiências no desempenho do serviço prestado pela atenção primária à saúde, podendo caracterizar falhas desde o acesso ao serviço, até sua capacidade resolutiva. Assim, as ICSAP se configuram como um importante indicador de acesso e qualidade para avaliação da atenção primária[8].

No Brasil, a utilização das ICSAP tem se tornado mais frequente em publicações científicas, com ênfase para estudos ecológicos com análise de tendência, abordando hospitalizações em adultos[9]. Existem poucos estudos que abordam a faixa etária pediátrica e de adolescentes[10-12]. Estudos nessa faixa etária são importantes, pois na população infantil predominam as condições agudas, diferentemente da população adulta. Também existem padrões distintos para crianças mais jovens (lactentes) e para os adolescentes[10]. No presente estudo objetivou-se descrever o comportamento das ICSAP na população abaixo de 20 anos no período de 1999 a 2007 no Estado de Minas Gerais, correlacionando com a cobertura populacional pela ESF no mesmo período.

Métodos

Trata-se de um estudo ecológico, analítico, de tendência. Apresenta como população alvo indivíduos de 0 a 19 anos. Foram considerados para o estudo os dados referentes a todos os indivíduos residentes em Minas Gerais que foram internados no período estudado, com idade inferior a 20 anos. Como estratégia para uma análise mais detalhada, houve uma subdivisão nas faixas etárias: de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos e 10 a 19 anos.

O período estudado compreendeu o ano de 1999 a 2007. Esse recorte temporal procurou trabalhar com dados mais uniformes, pois a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde determinou que as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) deveriam ser preenchidas utilizando os códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e até então, era utilizada a Nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Por outro lado, a partir de 2008, começou a vigorar uma nova tabela unificada de procedimentos para o preenchimento das AIH (Portaria GM/MS nº. 1541 de 27 de junho de 2007), o que também pode gerar equívocos nas análises.

Para elaboração da pesquisa, os dados foram obtidos a partir do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) que disponibiliza informações sobre as internações em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, provenientes das AIH, através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

Para cálculo das taxas de internação, o número de hospitalizações foi dividido pelas estimativas populacionais de cada ano da população alvo, obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), multiplicando-se o resultado final por uma constante igual a 1.000. Foram avaliadas três faixas etárias distintas: de 0 a 4 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos.

Em relação a cobertura da população pela ESF, as referências acessíveis foram provenientes do Departamento de Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde através do sítio eletrônico (http://dab.saude.gov.br).

A análise de correlação entre as taxas de internações e a cobertura populacional pela ESF em todo o estado foi realizada com uso do Coeficiente de Correlação de Pearson (“r”), adotando-

se um nível de significância de 5% ($p<0,05$). Os cálculos foram conduzidos em planilhas eletrônicas e com uso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

Resultados

A tendência das taxas de internações entre menores de 20 anos em Minas Gerais para o período estudado está apresentada na Tabela 1, com detalhamento para as três faixas etárias estudadas. Observa-se que durante o período de tempo avaliado, levando-se em consideração o ano inicial e o final da série temporal, as taxas de internações sensíveis de 0 a 4 anos, declinaram de 34,94 para 28,27/1000 habitantes, demonstrando assim uma redução de 19,1%. Nessa mesma faixa etária, as taxas de internações por outras condições apresentam uma redução de 69,04 para 42,87/1000 habitantes, o que representou um decréscimo de 37,91%. Proporcionalmente as ICSAP apresentaram um aumento de 33,6 % para 39,74%, no conjunto das internações.

Em relação às faixas etárias de 5 a 9 e de 10 a 19 anos, nota-se que as taxas apresentaram variações menores entre o ano inicial e final. De 5 a 9 anos, as ICSAP passaram de 6,35 para 6,31/1000 habitantes e de 10 a 19, a taxa passou de 3,89 para 3,17/1000 habitantes.

A tabela 2 apresenta a análise de correlação entre a cobertura da população pela ESF e o total de ICSAP para o período estudado. Observa-se que para todas as taxas calculadas ocorreu uma correlação inversa ou negativa se feito análise de 1999 e 2007. Entretanto, só foram significativas as correlações nas faixas etária de 0 a 4 anos e 5 a 9 anos, para as internações não sensíveis e de 10 a 19 anos para ICSAP.

Para as três faixas etárias avaliadas, observou-se que algumas afecções se repetiam como grupos de causas de internações com maior frequência. Entre as principais causas de ICSAP destacaram-se gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, asma, infecções do trato urinário, doenças das vias aéreas inferiores e epilepsias.

A figura 1 apresenta os gráficos com a distribuição dos grupos de causas de ICSAP. Observa-se que as cinco principais causas correspondem a 90,8% nos mais jovens, 87,3% na faixa intermediária e 68,8% nos adolescentes. De modo particular, as gastroenterites e suas complicações, a asma e as pneumonias bacterianas responderam por mais de 50% das ICSAP ao longo de todo o período.

A figura 2 apresenta o comportamento das três principais causas de ICSAP na população estudada de 1999 a 2007. Observa-se que as taxas de Gastroenterites eram de 477,75/1000 habitantes no primeiro ano avaliado e apresentou um decréscimo para uma taxa de 270,21/1000 habitantes. A asma manteve taxas aproximadamente constantes ao longo do período. A taxa em 1999 era de 206,80 e em 2007 de 191,27/1000 habitantes. As pneumonias apresentaram uma grande ascensão, passando de 75,70/1000 para 282,19/1000 habitantes, o que significa um incremento de 73,2%.

Discussão

No presente estudo, a análise sobre a tendência das ICSAP permitiu verificar redução das taxas de internações, o que está em consonância com o comportamento observado para as ICSAP em outras pesquisas, com faixas etárias e recortes temporais distintos[9,13-15]. Entretanto, é importante

destacar que os estudos que avaliaram o comportamento das internações em pacientes adultos destacam uma queda mais acentuada das taxas de ICSAP[13-16].

Para a população estudada, verificou-se que, na verdade, uma tendência de declínio de todas as taxas só se mostrou mais nítida nos últimos quatro anos da série estudada. Fato semelhante ocorreu em um estudo conduzido no estado de Pernambuco, para o período de 1999 a 2009, numa população de menores de cinco anos, onde quase a metade das internações foi atribuída às condições sensíveis a atenção primária[11].

No Brasil, ainda existem poucos estudos sobre as ICSAP para a população infantil e de adolescentes e os mesmos não são homogêneos em relação às faixas etárias estudadas ou metodologias empregadas. Esse fato, associado às particularidades regionais e influências socioeconômicas, pode justificar os resultados distintos. Enquanto no presente estudo o percentual de ICSAP em crianças de 0 a 4 anos sempre esteve entre 30 a 40% nos anos averiguados, e que nas faixas de 5 a 9 anos, a média foi menor que 30% e de 10 a 19, a porcentagem de ICSAP não ultrapassou os 20%, no estado do Piauí, aproximadamente a metade das hospitalizações em menores de 5 anos, ao longo de dez anos, foram atribuídas às condições sensíveis à atenção primária[12]. Em Pernambuco também se registrou uma maior proporção de ICSAP em menores de 5 anos, com declínio de 42,8% entre 2003 e 2009[11].

A análise de correlação entre as taxas de cobertura da ESF e taxas de internações revelou que a ampliação da rede de assistência pela ESF não interferiu de forma significativa na redução das taxas de ICSAP para menores de nove anos, ainda que a relação observada tenha sido inversa. Essa correlação foi significativa para os menores de cinco anos e de 5 a 9 anos nas internações não sensíveis e para a faixa etária de 10 a 19 anos apenas nas ICSAP. Esses achados levam a

pensar em uma correlação eventual, fortuita. Não é possível estabelecer associações de causalidade já que se trata de internações não sensíveis. No caso da correlação inversa e significativa para as ICSAP na faixa etária de 10 a 19 anos, é um achado que demanda novas investigações, pois adolescentes procuram pouco os serviços de saúde, também não sendo possível atribuir tal resultado a uma relação de casualidade. Além disso, é uma das faixas etárias em que há menos internações[17]. Segundo um estudo com adolescentes em 2010, as taxas de internações se comparado a população geral não ultrapassaram um décimo no ano estudado[18].

Alguns estudos têm apontado uma correlação inversa e significativa entre o aumento da cobertura populacional pela ESF e a redução das taxas de ICSAP para a população adulta[13-16]. Contudo, essa relação não tem sido registrada de modo constante em outros estudos e existem particularidades para os diversos estados brasileiros[19]. Em pesquisa conduzida no sul de Minas Gerais, o comportamento das taxas entre dois períodos estudados ocorreu de forma distinta para diferentes faixas etárias[20]. Em outro estudo os autores destacam comportamentos divergentes entre algumas das condições sensíveis, inclusive com aumento em algumas taxas e apontam para a necessidade de reorganização das equipes da ESF para melhoria dos indicadores observados[21].

Os resultados com tendências divergentes em diferentes regiões podem sugerir limitações para as equipes saúde no provimento dos cuidados de saúde da criança, porém deve-se considerar a natureza multicausal do evento estudado. As análises destacam também a necessidade de maior reflexão sobre os limites do indicador ICSAP e sobre os determinantes das hospitalizações por causas evitáveis. Existem características da atenção primária que podem influenciar a atuação da equipe sobre este e outros indicadores, como o tamanho da população adscrita, a continuidade da atenção, características e qualificação da equipe de saúde e do próprio

médico[22]. Outros autores também discutem as limitações do indicador, apontando características do grupo populacional envolvido e os fatores ligados ao indivíduo[8]. Em um estudo conduzido em Minas Gerais, observou-se alta prevalência de ICSAP, atendidas principalmente na unidade de pronto atendimento, o que destaca, para os autores, uma sobrecarga dos serviços de urgência em detrimento da longitudinalidade da atenção primária à saúde[23].

A reflexão sobre a relação cobertura populacional pela ESF e ICSAP deve levar em conta também a possibilidade de que uma baixa cobertura populacional não interfira em alguns indicadores. Nos estudos de Pernambuco[11] e Piauí[12] que registram uma correlação inversa e significativa, há uma cobertura populacional de quase 100%.

Em relação aos principais grupos de patologias que geraram as ICSAP, o presente estudo se assemelha a diversas pesquisas na área[10,17,24,25]. Segundo a literatura nacional, no Sudeste as doenças mais prevalentes entre crianças de 0 a 4 anos são: gastroenterites infecciosas e suas complicações e as pneumonias bacterianas[9,25]. Em pesquisa delineada no Piauí, na faixa etária de 1 a 4 anos, no período de 2000 a 2010, ocorreram principalmente as causas relacionadas com doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório e doenças do aparelho digestivo, nesta ordem[12]. Já em estudo internacional, os seis principais diagnósticos em uma população menor de 18 anos foram asma, desidratação/gastroenterite, pneumonia, convulsões, infecção da pele, e infecção do trato urinário que responderam por 90% das internações[26]. Em síntese, para as crianças, predominam as condições agudas ou suas complicações, diferentemente do que ocorre em outras faixas etárias[25].

A análise dos grupos de patologias que geraram ICSAP revelou que, para o grupo etário estudado, as gastroenterites, as pneumonias bacterianas e a asma corresponderam a mais da metade das ICSAP. Dessa forma, há a necessidade que a Atenção Primária seja mais eficaz na prevenção e tratamento de tais patologias. Outros estudos podem ser desenvolvidos para melhor elucidar os motivos destas ainda serem as doenças mais prevalentes, buscando investigar condições de saneamento básico, sazonalidade, hábitos culturais, condições sociais entre outros.

É relevante registrar que o comportamento de cada uma dessas afecções se mostrou diferente: as gastroenterites tiveram suas taxas reduzidas, enquanto as pneumonias bacterianas aumentaram e a asma manteve-se estável. As gastroenterites estão intimamente relacionadas às condições de educação sanitária, portanto, devem apresentar uma tendência expressiva de queda se houver prevenção e promoção adequadas. Também devem ter suas complicações reduzidas se assistidas adequada e oportunamente. O comportamento de queda das gastroenterites também foi observado em outros estudos[11,12,13,25]. Todavia, um estudo para algumas cidades da Bahia revelou que as taxa de internações por gastroenterite apresentaram um declínio acentuado e associado ao aumento da cobertura populacional pela ESF, que não se manteve após análise multivariada, ajustando-se os dados em relação a variáveis como coleta de lixo, esgotamento sanitário, suprimento de água, a associação não mais se mostrou significante[27].

As doenças respiratórias se destacam no contexto das internações infantis, este estudo é um exemplo disso. Uma pesquisa nacional realizada no período de 1998 a 2007, em crianças de 1 a 4 anos, revelou que as doenças do aparelho respiratório (40,3%) eram o principal motivo de internações, seguido por doenças infecciosas e parasitárias (21,6%), doenças do aparelho

digestivo (5,5%)[24]. No conjunto das afecções respiratórias, o aumento das taxas de pneumonias bacterianas representa um sinal de alerta. Esse resultado foi apontado também em outros estudos[21,28]. Alguns autores observam que esse aumento coincide com alteração nos pagamentos dos procedimentos da AIH, com um incremento de 124,8% para esta patologia[28].

Em relação à asma, indaga-se se a estagnação está associada a adesão do paciente, a qualificação profissional e/ou a dificuldade em acesso a terapêutica adequada. Estudo de revisão sobre o tema conclui que existe limitação para o manejo da asma nas equipes da ESF, que sofrem influência da falta de funcionalidade do espaço físico e da falta de comprometimento e conhecimento dos profissionais acerca dos conceitos da doença[29].

Os resultados deste estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Trata-se de um estudo ecológico, que trabalhou com dados secundários, que em algumas situações podem suscitar dúvidas quanto a sua fidedignidade. Mas é preciso destacar que um estudo de tendências dificilmente seria realizado de outra forma. Por outro lado, o volume de dados trabalhados alcança elevada representatividade para o local estudado.

Concluindo, o estudo permitiu desvelar que em Minas Gerais de 1999 a 2007 na população de 0 a 19 anos houve uma diminuição das hospitalizações evitáveis. No mesmo período houve um aumento importante da cobertura de Estratégias de Saúde da Família, mas que não apresentou correlação significativa como o comportamento das ICSAP infantis. Esse fato sugere a interferência de outras variáveis no contexto do processo de hospitalização infantil e a necessidade de políticas públicas para melhoria da porta de entrada no âmbito da saúde para crianças e adolescentes, além de fortalecimento da atenção primária.

Referências

1) Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(6)452-67
2) Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.
3) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saude Mater Infant 2003; 3(1): 113-125.
4) Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. Pediatrics 2010; 126: 534–40.
5) Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377(9779): 1863–76
6) Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e atenção primária à saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. Saúde Soc 2011; 20(4):948-60.
7) Alves H, Escorel S. Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do Programa Bolsa Família, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(6):429–36.
8) Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saúde Pública 2009; 25:1337-49.

9) Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. Saúde Debate 2014; 38:331-42.

10) Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras Saúde Matern Infant 2011; 11(1):61-71.

11) Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. Cad. Saúde Pública 2015; 31(4):744-54.

12) Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad Saúde Pública 2012; 28(3):515-26.

13) Boing AF *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública 2012; 46(2):359-66.

14) Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2009. Cad. Saúde Pública, 2012. 28 (5): 845-55.

15) Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. Epidemiol Serv Saúde, 2014 23(3):463-74.

16) Maciel AG, Caldeira AP, Diniz FJLS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. Saúde debate 2014; 38:319-30.

17) Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. Rev Saúde Pública 2012; 46(5):761-68.

18) Dornellas, Patricia Maria Rufino. Adolescentes no Brasil: internações hospitalares no Sistema Único de Saúde / Patricia Maria Rufino Dornellas. – Londrina, 2011. 134 f.: il

19) Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PRNo. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. Rev bras epidemiol 2014; 17(4): 968-77.

20) Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. Rev Assoc Med Bras 2013;59(2):120–127.

21) Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. Ciên Saúde Col 2015; 20(4):1285-93.

22) Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiol Serv Saúde 2012; 19(1):61-75.

23) Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica. 2013;34(4):227–34.

24) Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol 2010;13(2), 268-277.

25) Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev Bras Saúde Matern Infant 2010; 10(Supl. 1): S83-S91.

26) Flores G, Abreu M, Chaisson CE, Sun D. Keeping children out of hospitals: parents'and physicians' perspectives on how pediatric hospitalization for ambulatory care sensitive conditions can be avoided. Pediatrics 2003; 112: 1021-30.

27) Monahan LJ, Calip GS, Novo PM, Sherstinsky M, Casiano M, Mota E, Dourado I. Impact of the Family Health Program on gastroenteritis in children in Bahia, Northeast Brazil: an analysis of primary care-sensitive conditions. J Epidemiol Glob Health 2013;3(3):175-85

28) Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, Castro HA. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra - Amazônia Brasileira. J bras pneumol 2008; 34(8):575-82.

29) Leal RCAC, Braile DM, Souza DRS, Batigália F. Modelo assistencial para pacientes com asma na atenção primária. Rev Assoc Med Bras 2011; 57(6):697-701.

Tabela 1: Tendência das Internações, por faixas etárias, de 0 a 19 anos em Minas Gerais, 1999-2007

Faixa etária	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Variação (%)
0 a 4 anos										
Total de internações	170967	170804	169962	160815	154097	140256	131130	128926	115485	-32,45
Total de ICSAP	57448	58048	58896	71185	72931	63947	58214	55775	45889	-20,12
População em Minas Gerais	1644336	1614713	1636645	1656653	1676096	1695495	1739578	1761984	1623329	-1,28
Taxa de internação (total)	103,97	105,78	103,85	97,07	91,94	82,72	75,38	73,17	71,14	-31,58
Taxa Internações não sensíveis	69,04	69,83	67,86	54,10	48,43	45,01	41,92	41,52	42,87	-37,91
Taxa de ICSAP	34,94	35,95	35,99	42,97	43,51	37,72	33,46	31,65	28,27	-19,09
Percentual de ICSAP	33,60	33,99	34,65	44,27	47,33	45,59	44,39	43,26	39,74	18,27
5 a 9 anos										
Total de internações	40775	43291	44518	45762	43775	41684	40989	40960	37532	-7,95
Total de ICSAP	11193	11869	12421	14464	14052	12709	12348	11952	10390	-7,17
População em Minas Gerais	1761888	1679361	1701396	1721753	1741362	1760954	1805481	1828131	1645522	-6,60
Taxa de internação (total)	23,14	25,78	26,17	26,58	25,14	23,67	22,70	22,41	22,81	-1,43
Taxa Internações não sensíveis	16,79	18,71	18,87	18,18	17,07	16,45	15,86	15,87	16,49	-1,79
Taxa de ICSAP	6,35	7,07	7,30	8,40	8,07	7,22	6,84	6,54	6,31	-0,63
Percentual de ICSAP	27,45	27,42	27,90	31,61	32,10	30,49	30,13	29,18	27,68	0,84
10 a 19 anos										
Total de internações	74202	72744	73202	75382	71874	69408	68239	68921	67891	-8,51
Total de ICSAP	14466	14122	14226	15408	14245	12892	12006	12113	10900	-24,65
População em Minas Gerais	3719869	3648695	3695773	3739397	3781535	3823433	3918788	3967337	3440166	-7,52
Taxa de internação (total)	19,95	19,94	19,81	20,16	19,01	18,15	17,41	17,37	19,73	-1,10
Taxa Internações não sensíveis	16,06	16,07	15,96	16,04	15,24	14,78	14,35	14,32	16,57	3,18
Taxa de ICSAP	3,89	3,87	3,85	4,12	3,77	3,37	3,06	3,05	3,17	-18,51
Percentual de ICSAP	19,50	19,41	19,43	20,44	19,82	18,57	17,59	17,58	16,06	-17,64

Tabela 2: Correlação entre as taxas de internações por condições sensíveis e não-sensíveis por faixas etárias, de 0 a 19 anos em Minas Gerais, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	r*	p-valor
Proporção de cobertura da ESF no estado	16,20	22,63	28,98	38,45	47,62	50,30	55,45	58,99	59,58		
0 a 4 anos											
Taxa de internação (total)	103,97	105,78	103,85	97,07	91,94	82,72	75,38	73,17	71,14	-0,948	<0,001
Taxa Internações não sensíveis	69,03	69,83	67,86	54,1	48,43	45	41,92	41,52	42,87	-0,976	<0,001
Taxa de ICSAP	34,94	35,95	35,99	42,97	43,51	37,72	33,46	31,65	28,27	-0,288	0,453
5 a 9 anos											
Taxa de internação (total)	23,14	25,78	26,17	26,58	25,14	23,67	22,70	22,41	22,81	-0,522	0,149
Taxa Internações não sensíveis	16,79	18,71	18,87	18,18	17,07	16,45	15,86	15,87	16,49	-0,689	0,040
Taxa de ICSAP	6,35	7,07	7,30	8,40	8,07	7,22	6,84	6,54	6,31	-0,082	0,834
10 a 19 anos											
Taxa de internação (total)	19,95	19,94	19,81	20,16	19,01	18,15	17,41	17,37	19,73	-0,687	0,041
Taxa Internações não sensíveis	16,06	16,07	15,96	16,04	15,24	14,78	14,35	14,32	16,57	-0,534	0,139
Taxa de ICSAP	3,89	3,87	3,85	4,12	3,77	3,37	3,06	3,05	3,17	-0,808	0,008

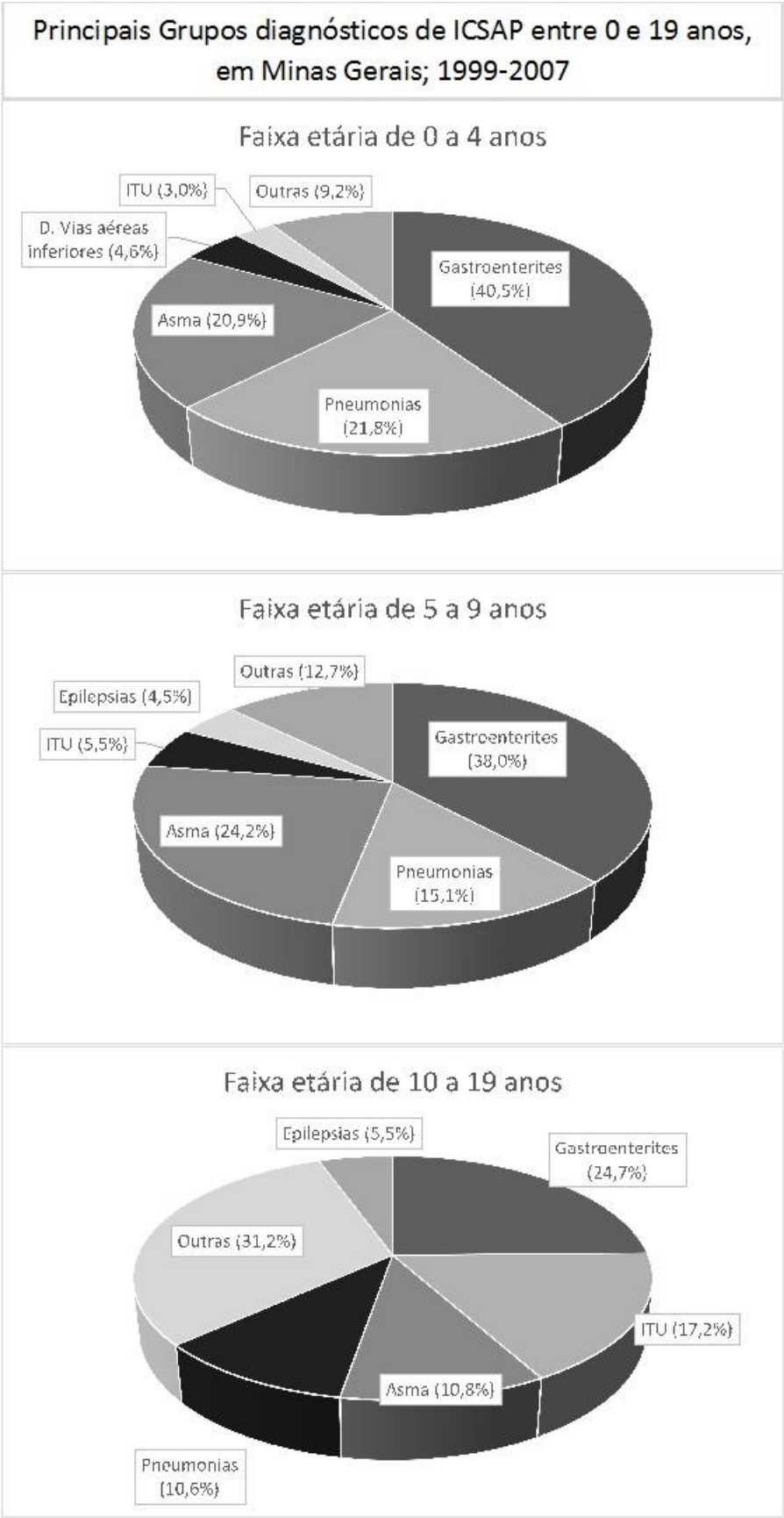

Figura 1: Distribuição dos principais grupos de ICSAP, segundo faixa etária.

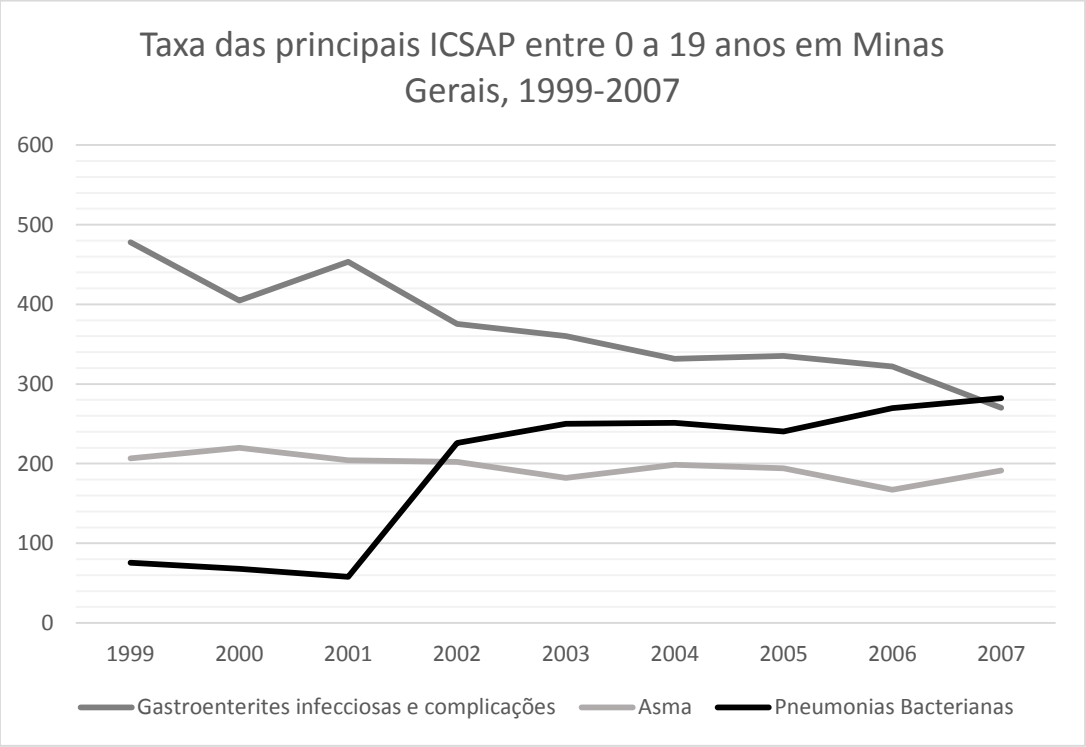

Figura 2: Comportamento dos três principais grupos de ICSAP em menores de 20 anos, em Minas Gerais, de 1999-2007.

A percepção de médicos da Estratégia Saúde da Família sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Resumo

Este estudo objetivou conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho e sobre o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Trata-se de pesquisa exploratória e qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. Foi utilizado um roteiro de entrevista, que foi gravada e posteriormente transcrita, sendo realizada através da análise temática. No processo de análise das entrevistas emergiram duas categorias: "Avaliação do trabalho na ESF" e "A percepção fundamentada em dados quantitativos". Verificou-se a falta de conhecimentos dos médicos sobre as ICSAP, o desconforto desse desconhecimento e a necessidade de qualificação contínua para esses profissionais.

Palavras-Chaves: Estratégia Saúde da Família; Avaliação de desempenho profissional; Pesquisa qualitativa.

The perception of doctors of the Family Health Strategy on Ambulatory care sensitive hospitalizations

Abstract

This study aimed at examining perceptions of doctors who work in the Family Health Strategy, regarding both the evaluation of their own work and on the ambulatory care sensitive hospitalizations index . It is an exploratory and qualitative research. Data collection took place between June and July 2014 through a semi-structured interview. An interview script was used, which was recorded and later transcribed, being held through thematic analysis. In the interviews analysis process, two categories emerged: "work assessment in the FHS" and "the perception of evaluation based on quantitative data." Through this research, it was possible to reveal the doctors' lack of knowledge of regarding HPCSC, the discomfort of this unawareness, the need for continuous training for these professionals.

Keywords: Family Health Strategy; Professional performance evaluation; Qualitative research.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, a partir de experiências positivas com agentes comunitários de saúde, e desenvolveu-se de forma acelerada assumindo o *status* de estratégia de reorganização da atenção à saúde, com o propósito de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde[1]. A expansão rápida de equipes da ESF trouxe ganhos diversos para a população, com ampliação do acesso aos cuidados primários de saúde, mas também trouxe novos desafios[2,3]. A formação de recursos humanos para equipes da ESF, a capacitação de tais equipes e o acompanhamento de suas ações ainda representam questões importantes a serem consolidadas[4,5].

Ainda não existe uma proposta sistemática de avaliação da efetividade do trabalho das equipes da ESF, embora existam estudos que registrem melhoria dos indicadores de saúde após a implantação da proposta[6,7]. Nos últimos anos, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se destacaram como propostas do Ministério da Saúde na busca pela melhoria da qualidade da assistência nas equipes da ESF, mas ainda não possuem uma medida síntese de efetividade [8].

A partir de 2008, o Ministério da Saúde publicou uma lista de condições de saúde que, em tese, teriam redução do número de internações a partir de uma atenção primária fortalecida. Esse seria então, um importante indicador de sua efetividade, retratando um impacto dos cuidados na atenção primária sobre os custos hospitalares. Esse indicador, denominado Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), surgiu primeiro nos Estados Unidos e tem sido progressivamente utilizado em vários países[9,10]. Estas internações, simbolizam o estado de

saúde que possibilitam que o risco de hospitalização desnecessária seja abrandado, através de intervenções eficientes pelas equipes do cuidado básico [11].

A identificação de muitas internações por condições sensíveis deve ser compreendida como resultado de deficiências no desempenho do serviço prestado pela atenção primária à saúde. As ICSAP caracterizam possíveis falhas desde o acesso ao serviço, até sua capacidade resolutiva, configurando-se como um importante indicador, que garante auxílio na investigação e identificação dessas falhas, bem como suas características relacionadas ao tipo de doença que gerou a internação [12].

O monitoramento das ICSAP pode representar um importante instrumento para a gestão de saúde, pois é um indicador de desempenho e efetividade dos serviços de saúde. Dessa forma, é relevante conhecer a percepção dos médicos que trabalham na ESF sobre a efetividade do próprio trabalho, incluindo-se aí as ICSAP, com o intuito de preencher lacunas de informação sobre temática de extremo valor e gerar subsídios para novos estudos.

A pouca produção acadêmica sobre o tema no Brasil destaca a relevância científica da investigação. Por outro lado, o conhecimento acerca da percepção do profissional de saúde tem o potencial de estimular a discussão sobre a efetividade do trabalho dos profissionais da ESF e sobre a construção de indicadores de avaliação da efetividade do cuidado em saúde. No presente estudo objetivou-se conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho e sobre o indicador ICSAP.

Métodos

Trata-se de pesquisa de natureza exploratória, qualitativa, tendo como base a percepção de médicos da Estratégia de Família acerca do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. A população alvo do estudo foram médicos que trabalham em equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana do município de Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. A partir da identificação do perfil profissional, foram entrevistados 13 indivíduos. A limitação do número de entrevistas se deu por saturação do processo de análise[13].

Foram incluídos apenas médicos atuantes na ESF há, pelo menos, um ano e que manifestaram concordância em participar do estudo. Como instrumento de pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista com algumas questões norteadoras sobre a percepção do médico em relação a avaliação do processo de trabalho e sobre as ICSAP.

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, após autorização da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município. As entrevistas com os médicos foram previamente agendadas, em consonância com a disponibilidade dos mesmos e conduzidas em ambiente tranquilo e independente, assegurando a confidencialidade das informações. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A análise das entrevistas foi conduzida a partir de leitura flutuante e exaustiva das respostas, com uso da análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin [14].

Todos os aspectos éticos foram respeitados. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (Parecer 688.486 – ANEXO B) e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 13 médicos, com idades entre 25 e 54 anos e tempo de atuação em equipes de saúde da família variando de um a 12 anos. A maior parte dos entrevistados possuía especialização na área de Saúde da Família ou residência em Medicina de Família e Comunidade.

A análise das entrevistas permitiu desvelar aspectos importantes da percepção dos médicos que trabalham em equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho desempenhado em suas equipes por meio de questões norteadoras que envolviam a avaliação sobre o próprio trabalho, a avaliação da sociedade e dos gestores acerca da efetividade do trabalho na ESF e o conhecimento sobre a lista que define as condições cujas internações são sensíveis ao cuidado primário.

Após reiteradas leituras flutuantes das entrevistas, procedeu-se a seleção das unidades de análise, seguindo-se a categorização das falas em temas específicos. Emergiram, a partir desse processo duas categorias: “Avaliação do trabalho na ESF” e “A percepção sobre indicadores quantitativos”. A seguir, serão discutidas cada uma dessas categorias, destacando as respectivas fundamentações e o debate com a literatura.

1. Avaliação do trabalho do médico na ESF

Esta categoria se constituiu de duas subcategorias: Avaliação fundamentada na satisfação pessoal e do usuário e Avaliação fundamentada nos atributos da atenção primária.

1.1 Avaliação fundamentada na satisfação pessoal e do usuário

Quando estimulados a conduzirem uma autoavaliação do seu trabalho, os médicos apresentaram percepções positivas sobre o próprio desempenho.

"Eu acho meu trabalho bem efetivo, é um bom trabalho." (M13)

"Eu avalio de forma positiva, resolutiva... até então sempre foi satisfatório." (M04)

A fundamentação utilizada pelos profissionais para a percepção apontada destaca a satisfação da comunidade, aferida de modo informal e o acompanhamento contínuo dos pacientes e suas famílias. Os médicos demonstraram em seus registros que existe a necessidade de agradar a população e acreditam que a avaliação positiva do seu trabalho está diretamente ligada ao fato de ter uma população realizada.

"Bom, poderiam ser feitas auditorias junto à população, verificar a satisfação da população." (M13)

"A sociedade é a própria consulta. Eles vão falar se estão gostando ou não (...) Acho que a melhor forma de avaliar é essa, saber se a população está gostando." (M01)

O registro, por parte dos médicos, de que uma avaliação positiva está estreitamente vinculada à satisfação dos usuários, representa um aspecto positivo. Durante décadas, a centralidade do cuidado em saúde esteve no ato médico e compunha uma atividade que poderia ser apreciada, mas não mensurada ou avaliada.

Seguramente, os mais importantes trabalhos no campo da avaliação da qualidade do trabalho em saúde foram propostos por Donabedian[15]. Esse autor, ao propor a tríade clássica de avaliação do cuidado em saúde, fundamentada nos pilares "estrutura, processo e resultado", iniciou também a sistematização da avaliação do cuidado médico. Em um dos seus trabalhos,

Donabedian[16] destacava a satisfação do usuário como um aspecto relevante e complementar à visão do médico, associado à aceitabilidade e à conformidade com as preferências do paciente, o que inclui acessibilidade e relação paciente-médico, entre outros aspectos[16].

Outros autores[17,18] observam a necessidade da avaliação incluir a percepção do usuário na prática da ESF, destacando que a comunidade é a razão da existência do serviço e deve ser identificada como capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema.

Nos últimos anos, registra-se um crescimento do número de trabalhos acerca da satisfação do usuário e é possível que esse processo tenha relação com as diretrizes do SUS e com o fortalecimento do controle social[19]. Para Uchoa et al[18], a dimensão do cuidado é apreendida como uma interação entre sujeitos e, portanto, assumida como uma relação de valores, que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser. Assim, a percepção da satisfação do usuário representa uma dimensão importante no processo de avaliação[18].

É preciso lembrar também que a satisfação dos usuários se baseia em padrões subjetivos e podem incluir percepções de ordem afetiva. Nesse sentido a satisfação envolve uma ou mais combinações de experiências passadas, autoestima e expectativas com o serviço de saúde. Ao remeter a avaliação do seu trabalho à satisfação do usuário, o médico assume esses aspectos subjetivos como os mais relevantes, valorizando menos os aspectos objetivos, como os indicadores de saúde, de produtividade ou padrões de qualidade da assistência ao paciente.

1.2 Avaliação fundamentada nos atributos da atenção primária

É relevante destacar que os entrevistados parecem sentir a necessidade de também fundamentar sua avaliação em conceitos relacionados às diretrizes do Sistema Único de Saúde para o bom

funcionamento da Atenção Primária da Saúde. De forma similar, se referem aderentes aos atributos da atenção primária. As falas analisadas acerca dos aspectos que a sociedade e a gestão poderiam utilizar para avaliar o trabalho médico apresentam citações e parafraseamentos sobre esses atributos.

"Depois desses oito anos de trabalho eu consigo ser mais efetivo do que assim que comecei." (M 03)

"...a gente pode passar uma coisa (medicamento) e ver se melhorou ou se não melhorou, ajustar, trocar medicação, acompanhar aquele paciente ao longo do tempo mesmo." (M 06)

"por causa da proximidade que a gente tem com os pacientes e com as famílias, a gente percebe uma facilidade muito maior de conduzir esses casos." (M 08)

A longitudinalidade foi reiteradamente citada pelos entrevistados como um dos fatores mais importantes para "uma boa avaliação". Esse atributo da atenção primária destaca que cada profissional ou equipe de saúde se responsabiliza pelo atendimento individualizado aos usuários de sua área de abrangência ao longo do tempo, do momento de entrada, nascimento ou mudança, até o momento de saída, mudança ou óbito[20].

Os entrevistados acreditam que serão bem avaliados se permanecerem com determinada população por mais tempo. Fazem uma reflexão quanto ao início de seu trabalho e o momento de hoje. Acreditam, portanto, que o tempo permite uma melhor atuação, possibilita o conhecimento profundo do seu paciente e como se comportar, uma vez que a população já conhece também esse profissional.

Também há destaque para a coordenação do cuidado, para a integralidade da atenção e para a acessibilidade como indicadores da efetividade do trabalho médico. As falas parecem denotar que os princípios da atenção primária são indicadores que traduzem o quão bem feito tem sido o trabalho médico. Todavia, é relevante registrar que tais princípios são os norteadores da prática e não o resultado do trabalho[20].

2. A percepção sobre indicadores quantitativos

Nessa categoria foram consolidadas as percepções sobre aspectos objetivos e resultantes (ainda que parcialmente) do trabalho médico, que foram apontados pelos entrevistados.

2.1 Divergências sobre a avaliação fundamentada em dados quantitativos

Não se observou uniformidade nos apontamentos registrados, quando os profissionais foram solicitados a refletirem sobre a forma como a sociedade e os gestores poderiam avaliar objetivamente seu trabalho. Os entrevistados citaram de forma descoordenada alguns indicadores de processo e resultado. Porém, demonstram imprecisão e incerteza sobre como deveria ser essa avaliação e a própria aferição dos indicadores, pontuando de forma mais destacada o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):

"Eu acho que... através do próprio SIAB que a gente relata os atendimentos, a produção mensal é uma forma de se avaliar a produtividade, avaliar a efetividade." (M 03)

"Os gestores, eu imagino, que têm as ferramentas de acompanhamento de resultados, que é a forma mais básica... especificamente o Sistema de Informação da Atenção Básica, o SIAB, que fornece alguns dados que podem ajudar." (M 06)

"Normalmente através de metas... Então, assim, quantas metas a gente tem que cumprir, quantos encaminhamentos a gente fez." (M 09)

"É difícil medir realmente a qualidade do trabalho. Uma ferramenta que poderia utilizar é verificar, por exemplo, (seria) a quantidade de hipertensos controlados, diabéticos controlados..." (M 02)

O SIAB foi implantado como estratégia de suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta e análise dos dados das equipes da ESF. Tem potencialidades para gerar informações e auxiliar o processo de tomada de decisões. Porém uma revisão integrativa da literatura sobre o tema mostrou que existem importantes fragilidades no sistema, como o uso do mesmo apenas para registro e capacitação insuficiente das equipes[21]. Outros autores registram que a utilização do SIAB parece limitada ao registro, sem análise crítica do mesmo para tomadas de decisão[22,23]. Assim, os apontamentos dos médicos não têm a consistência necessária para destacar o sistema como instrumento de avaliação da adequação dos serviços e/ou das ações de saúde da ESF.

Alguns profissionais parecem entender que se há rastreamento para controle das condições crônicas, o trabalho é bem desenvolvido e destacam principalmente a hipertensão arterial e o diabetes. Ao falarem de controle clínico do paciente, criam diferentes ideias para avaliar o processo de trabalho.

"A gente tem os cadastros de quantos pacientes hipertensos, se estão sendo atendidos... quantos pacientes diabéticos, se eles estão sendo atendidos... para gente olhar na literatura qual que é referência... Então, essas doenças de prevalência maior na comunidade e que são responsabilidade direta do PSF, eu acho que elas têm que estar diagnosticadas num número próximo ao que a literatura diz" (M 03)

Naturalmente que a subnotificação e/ou o registro inadequado de pacientes denotam uma atuação irregular da equipe de saúde, mas o simples registro de tais condições não reflete acompanhamento adequado. O controle das doenças crônicas representa uma medida de resultado efetivo que envolve e destaca a importância de ações integrais no âmbito da atenção primária[24].

Em outra fala, observa-se a ideia de adotar indicadores de saúde mais robustos, como verificar a mortalidade materna e infantil e avaliação segundo metas pré-estabelecidas.

"(a avaliação pode ser realizada) vendo a questão dos indicadores relacionados a mortalidade infantil, a mortalidade materna" (M 08)

"normalmente através de metas. Então, assim, quantas metas a gente tem que cumprir, quantos encaminhamentos a gente fez..." (M 09)

Os indicadores de resultado são mais robustos e alguns cuidados materno-infantis assumidos pelas equipes da ESF podem impactar positivamente sobre a mortalidade materna e infantil[25]. Nesse sentido parecem razoáveis as considerações que incluem destaques para tais indicadores. Assim, a pactuação de metas tem respaldo em medidas de âmbito nacional, iniciadas com o Pacto pela Saúde[26]. Em princípio a pactuação de metas traz consigo a ideia de implementação de uma política de gestão do SUS, que pode ser compartilhada entre gestores e prestadores de serviços.

Outro destaque quantitativo apontado pelos entrevistados trouxe à discussão a "produtividade", uma ferramenta utilizada por algumas gestões municipais e também tomada como referência

para avaliação objetiva da atuação do médico. Sobre a produtividade foram observados os seguintes registros:

"Os indicadores de produtividade mesmo, vou dar um exemplo o número de consultas, número de reuniões realizadas, o número de visitas domiciliares, isso é um tipo de indicador que avalia os processos não avalia os resultados..."(M 12)

"A gestão, por enquanto, avalia o trabalho através de metas quantitativas, tantas consultas, tantas visitas, quantos exames eu pedi, quantos encaminhamentos eu fiz. Então, talvez seja uma ferramenta um pouco ineficaz para avaliar a qualidade do trabalho. É difícil medir realmente a qualidade do trabalho."(M 02)

"Mas eu ainda acho que isso (a medida da produtividade do profissional) é pouco, eu acho que atenção primária, ela tinha que ser mais observada. A gente... tinha que ter mais insumo, mas pra isso ela tinha que ser realmente mais observada também e mais cobrada. Eu acho que ...não percebo que a gente é muito cobrado ou que o que a gente alcança é muito reparado" (M 06)

É notório que os profissionais não possuem um consenso sobre medidas quantitativas para a avaliação na ESF. O registro das falas demonstra uma multiplicidade de considerações sobre os aspectos objetivamente mensuráveis da atividade das equipes da ESF. Esse fato destaca a necessidade de maior discussão sobre o tema, envolvendo os próprios profissionais de saúde, para que todo o conjunto de atores da atenção primária possa refletir sobre a adequação e formação de recursos humanos e sobre a qualidade da força de trabalho nas equipes de saúde.

2.2 ICSAP: o desconforto do desconhecer

Em relação à lista nacional de internações por condições sensíveis ficou evidenciado o total desconhecimento sobre a mesma entre os entrevistados. Nenhum dos entrevistados se referiu espontaneamente ao indicador. Quando questionados sobre a percepção acerca da lista, os profissionais apresentaram atitudes corporais negativas, como cruzar os braços, arregalar de olhos, fechar o semblante, seguido de respostas negativas ou interrogativas:

"Que condições? Qual lista que é? Não sei nem que lista que é essa?" (M 02)

"É uma lista que existe mesmo? Não conheço essa lista, então eu acho que eu não tenho opinião nenhuma sobre ela. Nem sei onde encontrá-la"(M 06)

O desconhecimento desencadeou comportamentos de desinteresse e descrença para alguns profissionais. Quando orientados sobre a lista, alguns médicos se mostraram relutantes em valorizar o indicador, apontado o conjunto de variáveis envolvidas no processo de hospitalização. É sensato admitir que os médicos que atuam na ESF enfrentam grandes dificuldades, como a alta demanda, alta incidência de casos complexos, dificuldade de referenciamento, entre outros[27]. Nesse contexto, a apresentação de mais um indicador para aferição da qualidade do trabalho pode não parecer agradável, justificando as reações observadas.

É digno de nota, entretanto, que no contexto de desconhecimento, algumas falas retratam uma tentativa de aproximação com o tema ou a percepção de que as equipes da ESF devem se sentir corresponsáveis pela ocorrência de hospitalizações potencialmente evitáveis por um cuidado adequado e oportuno no nível primário:

"Eu não tive acesso direto a essa lista... Eu tenho do ponto de vista clínico prático as doenças que a gente considera evitáveis do ponto de vista da atuação da atenção primária, mas uma lista formalizada eu não tive acesso" (M 03)

"...sobre as hospitalizações, a gente não avalia absolutamente o número de hospitalizações e sim relativamente, a gente daria para evitar e nesse sentido até esse indicador que no SIAB tem que é o número absoluto de internações acho que ele não é tão válido com se tivesse um indicador para avaliar se dentre as hospitalizações quais deveriam ser evitadas pela atenção primária a saúde." (M 12)

Esse dado aponta um ponto positivo da percepção dos médicos sobre a avaliação do seu trabalho. Outro estudo já havia destacado que os médicos que atuam predominantemente na atenção primária tendem a uma maior concordância com a lista das condições sensíveis do Ministério da Saúde, em relação aos profissionais que atual predominantemente em hospitais. Para os autores do referido estudo, essas diferenças destacam uma maior aceitação dos profissionais da ESF de sua responsabilidade sobre o cuidado com afecções cujos desfechos podem gerar internações desnecessárias[28].

Considerações Finais

Diante das falas dos entrevistados foi possível observar a satisfação pessoal quanto ao próprio trabalho e a necessidade de destacar a satisfação da população. Ao considerar as formas de avaliação de seu trabalho, os médicos usaram os princípios do SUS como instrumentos de ponderação, sem observar que os mesmos são norteadores da APS. A referência aos indicadores quantitativos não se mostrou uniforme entre os profissionais. Sobre as ICSAP, foi possível notar o total desconhecimento dos profissionais das equipes da ESF, entretanto ao serem informados, verificou-se o entendimento do potencial deste indicador.

É importante que os profissionais de saúde participem do processo de avaliação e melhoria contínua e que, portanto, conheçam os indicadores de avaliação utilizados, incluindo a lista das condições consideradas sensíveis. É possível inferir a necessidade de qualificação contínua para os mesmos, com atividades que incluam análises do processo de trabalho e indicadores de qualidade. Nesse contexo, discussões sobre as ICSAP são necessárias e oportunas para os profissionais da ESF, especialmente diante do crescimento do número de equipes de saúde observado nos últimos anos.

Referências

1-Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(6)452-67.

2-Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. Pediatrics 2010; 126: 534–40.

3-Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet 2011; 377(9779): 1863–76.

4-Marsiglia RMG. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de São Paulo: região norte e central da cidade. Saúde Soc 2011; 20(4):900-11.

5-Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública 2008; 24(suppl.1):s193-201.

6-Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health 2009; 99: 87– 93.

7-Maciel AG, Caldeira AP, Diniz FJLS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. Saúde debate 2014; 38:319-30.

8-Seidl H, Vieira SP, Fausto MCR, Lima RCDL, Gagno J. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate 2014; 38:94-108.

9-Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. Health Affairs (Millwood) 1996;15(3):239-49.

10-Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". Rev Esp Salud Pública 2002; 76:189-96.

11-Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). Cad Saúde Pública 2009; 25:1337-49.

12-Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health 2011;101(10):1963-70.

13-Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO; 2008.

14-Bardin L. Analise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

15-Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978; 200:856-64. .

16-Donabedian A. The seven pillars of quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114:1115-8.

17-Cotta RMM. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. Sci med 2005; 15(4):227-34.

18-Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, Rocha NSP. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saude da Familia na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. Physis Revista de Saúde Coletiva 2011;21(3):1061-76.

19-Esperidião M, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Ciênc. Saúde Coletiva 2005; 10:303-12.

20-Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. Unesco/Ministério da Saúde,2002.

21-Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. Cien Saude Colet 2015; 20(3):947-56.

22-Figueiredo LA, Pinto IC, Marciliano CSM, Souza MF, Guedes AAB. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad Saude Coletiva* 2010; 18(3):418- 423.

23- Barbosa DCM, Forster AC. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto/SP. *Cad Saúde Coletiva* 2010; 18(3):424-433.

24-Girotto E; de Andrade SM; Cabrera MA; Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Cien Saude Colet 2013;18(6):1763-72.

25-Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", J Epidemiol Community Health. 2006 Jan; 60(1): 13–19.

26-Souza MKB, Teixeira CF. Implementação do pacto de gestão do sus: o caso de um município baiano, 2007-2010. Rev Baiana Saúde Pública 2012; 36(4):951-68.

27-Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Ciênc. saúde coletiva 2011; 16(suppl.1):1497-504.

28-Carneiro JA, Caldeira AP, Santana KR, Fernandes VBL. Percepção de médicos sobre a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. Rev APS 2012;14(3): 296-302.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na fase 1, o estudo com Internações por condições sensíveis à atenção primária permitiu desvelar que no Estado de Minas Gerais de 1999 a 2007 na população de 0 a 19 anos houve uma diminuição das hospitalizações evitáveis. Neste mesmo tempo houve um aumento da cobertura de Estratégias de Saúde da Família, porém a análise de correlação demonstrou que a correlação não foi significativa. Os resultados sinalizam para uma baixa efetividade da Atenção Primária em relação à potencial redução das ICSAP na faixa etária estudada. Esse fato também sugere a necessidade de ampliar a discussão sobre o tema e a acurácia de estudos posteriores.

Trabalhar com tal temática possibilitou desenvolver diversos raciocínios. A lista de internações por condições sensíveis é um indicador indireto do funcionamento da ESF eficaz. A resposta a esta avaliação sugere que os gestores devem estabelecer políticas públicas para melhoria da porta de entrada da saúde, voltadas para as crianças e adolescentes. Como priorizar esses grupos, realizar puericultura, educação em saúde para as famílias envolvidas, desenvolver atividades que envolvam diretamente os adolescentes no contexto da ESF, além de melhorar a qualificação profissional tanto da ESF, como daqueles que atendem os serviços de urgência nos hospitais, bem como desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde mais efetivas.

Além disso, na fase 1, as principais causas de ICSAP no grupo etário estudado foram as Gastroenterites, as Pneumonias Bacterianas e a Asma que corresponderam a mais da metade das ICSAP. Dessa forma, há a necessidade que a Atenção Primária seja mais eficaz na prevenção e tratamento de tais patologias. Outros estudos podem ser desenvolvidos para melhor elucidar os motivos destas ainda serem as doenças mais prevalentes entre as internações hospitalares. Outras pesquisas também podem avaliar a interferência de variáveis como o saneamento básico, a sazonalidade, os hábitos culturais, as condições sociais entre outros. Um importante fator que também deve ser considerado é que as principais causas de ICSAP nestas idades são doenças agudas, diferente das faixas etárias de adultos e idosos; portanto tal contexto deve ser melhor elucidado e a gestão deve trabalhar a fim de mudar este cenário.

Este estudo demonstra a necessidade de que haja mais trabalhos para melhor correlação dos resultados no país. Também sugere a necessidade de desenvolver intervenções que sejam eficazes voltadas para as crianças e adolescentes a fim de diminuir o número de internações

nesta faixa etária. Os resultados deverão retornar aos gestores de saúde como proposta para fomentar a criação de medidas para aumentar a resolutividade das equipes da ESF.

Em relação a fase 2, diante das falas dos entrevistados foi possível observar a satisfação pessoal quanto ao próprio trabalho e a necessidade de registrar a satisfação da população. Além disso ao considerar as formas de avaliação de seu trabalho, os médicos usaram os princípios do SUS como mecanismo de ponderação, sem observar que os mesmo são norteadores da APS. Também usaram indicadores quantitativos, como o SIAB, as doenças crônicas, a mortalidade materna e infantil e a produtividade; porém sem muita fundamentação. Sobre as ICSAP, foi possível notar o desconhecimento dos profissionais da APS, mas também registra-se percepção de entendimento do potencial avaliador deste indicador.

Portanto é importante que os profissionais de saúde participem do processo de avaliação e melhoria contínua e que, portanto, conheçam a lista das condições consideradas sensíveis. Além disso, diante do observado é possível compreender a necessidade de qualificação contínua para os mesmos, uma vez que é dever de todos conhecimento dos indicadores voltados para seu trabalho, bem como a intervenção e a otimização dos cuidados primários.

Por outro lado, durante as entrevistas ficou perceptível a necessidade da valorização desse profissional, uma vez que os mesmos, ainda que desconhecendo ferramentas importantes que poderiam auxiliar na Atenção Primária efetiva demonstraram o orgulho de trabalhar em tal meio quando se avaliaram satisfeitos com seu trabalho.

Enfim este estudo é uma pequena reflexão diante da avaliação que os médicos fazem da APS sendo necessário a elaboração de novas pesquisas quanto a percepção destes profissionais inseridos na porta de entrada dos sistemas de saúde.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de janeiro, v. 25, n. 6. p. 1337-49, Jun.2009.

AQUINO R., DE OLIVEIRA N.F., BARRETO M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health 2009; 99: 87–93.

BARBOSA, D.C.M.; FORSTER, A.C. Sistemas de Informação em Saúde: a perspectiva e a avaliação dos profissionais envolvidos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto/SP. *Cad Saúde Coletiva* 2010; 18(3):424-433.

BARDIN, L. Analise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

BARRETO J.O.M.; NERY I.S.; COSTA M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(3):515-26.

BATISTA, S.R.R.; JARDIM, P.C.V.J.; SOUSA, A.L.L.; SALGADO, C.M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev Saúde Pública*. v. 46 n. 1. p. 34-42. 2012.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G.M.; NEWMAN, L.S. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs (Millwood).* v. 15. n. 3. p. 239-49. 1996.

BOING, A.F.; VICENZI, R.B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A.C.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G. *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*. v. 46 n. 2. p. 359-66. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define que a lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Diário Oficial da União. Brasília, 18 abr 2008; Seção 1, nº 75, p.70.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011.Seção 1, pt1.

_____ A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

_____ B. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 62 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.132, p.294, 11 jul.2013.Seção 1, pt1.

CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, R. M.; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 2, p. 3139-3147, Out. 2010.

CAMINAL, H.J.; MORALES, E.M.; SANCHEZ, R.E.; CUBELLS, L.M.J.; BUSTINS, P.M. Hospitalizations preventable by timely and effective primary health care. *Aten Primaria*. v. 31. n. 1. p. 6-14. 2003.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. v. 5. n. 1. p. 563-69. 2005.

CARRENO, I. *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, Mar. 2015.

CARVALHO, S.C.; MOTA, E., DOURADO, I., AQUINO, R., TELES, C., MEDINA, M.G. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2015; 31(4):744-54.

DONABEDIAN, A. Promoting Quality Through Evaluating the Process of Patient Care. *Med. Care*, v.6, n.3, p.181-202, 1968.

ESCOREL S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.323-363.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, p. 553-563, Sept. 2006 .

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P.; FARIA, A.A.; NETO, J.F.R. Internações sensíveis na atenção primária como indicador da avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública.* v. 43. n. 6. p. 928-36. 2009

FIGUEIREDO, L.A.; PINTO I.C.; MARCILIANO, C.S.M.; SOUZA, M.F., GUEDES, A.A.B. Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. *Cad Saude Coletiva* 2010; 18(3):418- 423.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc. saúde coletiva,* v.14 n.3 p.743-752, 2009.

GONÇALVES, M. R. Associação entre a qualidade da atenção primária à saúde e o processo de atenção aos portadores de diabetes mellitus adscritos aos serviços de saúde em Porto Alegre. 2007. 161 p. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

HARZHEIM, E.; DE OLIVEIRA, M.M.C.; HAUSER, L.; STEIN, A.T., GONÇALVES, M.R. *et Al*. Validação do PCATool-Brasil adultos. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. Rio de Janeiro, 2013 Out-Dez; 8(29):274-84.

HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T.B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,* v.17, n.1, p.:173-191, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CENSO DEMOGRÁFICO: resultado final. Minas Gerais (BR); 2010.

LEAO, C. D.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev. Bras. Saúde Mater.Infant.*, Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, Sept. 2011.

MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; DINIZ, F.J.L.S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. Saúde debate 2014; 38:319-30.

MACINKO, J.; DOURADO, I.; GUANAIS, F.C. *et al*. Doenças Crônicas, Atenção Primária e Desempenho dos Sistemas de Saúde: Diagnósticos, instrumentos e intervenções. Banco Interamericano de Desenvolvimento. Setor Social. Divisão de Proteção Social e Saúde. Textos para Debate. Nov/2011.

MALOUIN, R. A.; STARFIELD, B.; SEPULVEDA, M. J. Evaluating the Tools Used To Assess the Medical Home. Manag Care. v. 18, n. 6, p. 44-8, jun., 2009.

MARTINS, J.A.F. Demanda de Pacientes com Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária em um Serviço De Saúde Terciário Público de Paranaguá, PR. 2012.66f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Meio Ambiente) - Universidade da Região de Joinville – Univille**,** Joinville, 2012.

MENDES, A.; MARQUES, R.M. A dimensão do financiamento da atenção básica e da estratégia saúde da família no contexto do SUS. In: SOUZA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A.V.M. Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas, Saberes, 2014. p.458-517.

MENDONÇA C.S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B.; NUNES, L.N. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implemention of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy and Planning. v. 27: 348-55. 2012.

MONAHAN, L. J.; CALIP, G. S.; NOVO, P. M.; SHERSTINSKY, M.; CASIANO, M.; MOTA, E.; DOURADO, I. Impact of the Family Health Program on gastroenteritis in children in Bahia, Northeast Brazil: an analysis of primary care-sensitive conditions. J Epidemiol Glob Health v.3, n.3, p.175-185. 2013.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; MOTA, E.L.A.; MACINKO, J. *et al*. I. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v.10 (Supl. 1). p. S83-S91 nov, 2010.

NEDEL, F.B. *et al*. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo , v. 42, n. 6, p. 1041-1052, Dec. 2008.

NOBREGA, V. M.; DAMASCENO, S. S.; RODRIGUES, P. F.; REICHERT, A. P. S.; COLLET, N. Atenção à criança com doença crônica na estratégia saúde da família. *Cogitare enferm.*, Curitiba , v. 18, n. 1, mar. 2013.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2014. p.459-491.

PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; GALVEAS, D.P.; STEFENONI, A.V.; CAVALCANTE, E.L.B.; SILVA, F.H.P. Internações por Condições Sensíveis à atenção primária no Espirito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde,* Brasília. v. 21. n. 2. p. 275-82. 2012.

PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate* | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial. p. 331-42. 2014

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Temas livres. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011 16(12): 4755-66.

RODRIGUES, R.D.; ANDERSON, M.I.P. Saúde da Família: uma estratégia necessária. *Rev. Bras. Med. Fam. Com.*, v. 6, n. 18, p. 21-24, maio 2011.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* v.13 n.6 Ribeirão Preto. 2005.

SALA, A.; MENDES, J.D.V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saude soc., São Paulo , v. 20, n. 4, p. 912-926, Dec. 2011.

SALES, N.C. Avaliação da Qualidade em Atenção Primária em Saúde: Comparação entre os instrumentos PCATool e competências essenciais de gerentes dos Centros de Saúde da Família de Fortaleza-CE. / Nayane Coelho Sales. Fortaleza, 2013.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S.; TOSO, BRGO; NEVES, E. T.; RODRIGUES, R. M. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta paul. enferm.,* São Paulo , v. 26, n. 4, p. 382-388, 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. *UNESCO / Ministério da Saúde*, 2002.

TIBIRIÇÁ S.H.C. *et al*. O potencial do cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica em saúde, como base para determinação da amostra em pesquisas na área da saúde. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 161-167, abr./jun. 2009.

VIANA, L.M.M. Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, Centro de Ciência da Natureza, 2012.

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário norteador para Pesquisa Qualitativa

QUESTIONÁRIO

Questionário de Identificação do Médico	
1) Idade:	
2) Data de nascimento:	
3) Sexo:	
4) Estado civil:	
5) Tempo formado	
6) Especialidade	
7) Tempo de atuação na AP	
8) Tempo de atuação na ESF	
9) PSF	

PERGUNTAS NORTEADORAS

1) Como você avalia a efetividade do seu trabalho?

2) De que forma a sociedade ou os gestores de saúde podem avaliar a efetividade do seu trabalho?

3) O que você acha da lista que definem as condições cujas internações são sensíveis ao cuidado primário?

Apêndice B: Consentimento livre e esclarecido para participação em pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: A percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Montes Claros (MG) sobre as internações evitáveis pela atenção primária
Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e Faculdades Integradas Pitágoras
Coordenador: Lílian Amaral Santos

Atenção:
Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também destaca o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1) **Objetivo:** Conhecer a percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Montes Claros (MG) sobre as internações evitáveis pela atenção primária
2) **Metodologia/procedimentos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa. A coleta de dados será realizada por meio da entrevista que será gravada para garantir maior fidelidade e veracidade das informações. Posteriormente os depoimentos serão transcritos na íntegra e analisados.
3) **Justificativa:** Espera-se que esta pesquisa constitua um esforço de elucidar as percepções dos profissionais de saúde sobre a efetividade do seu trabalho.
4) **Benefícios:** Os participantes da entrevista poderão ser esclarecidos questões sobre o indicador que está sendo pesquisado. Os resultados podem ser utilizados pelos gestores de saúde para aumentar a efetividade dos cuidados de saúde.
5) **Desconfortos e riscos:** São aqueles inerentes à entrevista e inclui eventuais transtornos pela ocupação do tempo, possível constrangimento pelas questões da entrevista e risco de perda dos dados. Os pesquisadores tomarão todos os esforços para minimizar esses desconfortos, inclusive interrompendo a entrevista, se preciso.
6) **Danos:** Não se aplica.
7) **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não se aplica.
8) **Confidencialidade das informações:** Terão acesso às informações obtidas via entrevista apenas os participantes da pesquisa. Assegura-se o sigilo dos dados.
9) **Compensação/indenização:** Não se aplica.
10) **Outras informações pertinentes:** Não se aplica.

11) **Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. Em se tratando de pesquisa a ser realizada com menores de idade, responsabilizarei pela divulgação dos dados.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
Lílian Amaral Santos	_____	_____
Nome do coordenador da pesquisa	Assinatura do coordenador da pesquisa	Data

Professora: Lílian Amaral Santos
Telefone: (38)9968-2702
Endereço: Rua Aimorés, 35. Bairro: Cândida Câmara. Montes Claros – MG CEP: 39401-038
E-mail: lilian_ams@yahoo.com.br

ANEXOS

ANEXO A: Lista Brasileira das Condições Sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	**Diagnósticos**	**CID 10**
1	**DOENÇAS PREVENÍVEIS POR IMUNIZAÇÃO E CONDIÇÕES SENSÍVEIS**	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridiase	B77
2	**GASTROENTERITES INFECCIOSAS E COMPLICAÇÕES**	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	**ANEMIA**	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	**DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS**	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	**INFECÇÕES DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA**	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02

5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	**PNEUMONIAS BACTERIANAS**	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus infuenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	**ASMA**	
7,1	Asma	J45, J46
8	**DOENCAS PULMONARES**	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	**HIPERTENSÃO**	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	**ANGINA**	
10,1	Angina pectoris	I20
11	**INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	**DOENÇAS CEREBROVASCULARES**	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	**DIABETES MELITUS**	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftalmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8

13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	**EPILEPSIAS**	
14,1	Eplepsias	G40, G41
15	**INFECÇÃO NO RIM E TRATO URINÁRIO**	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	**INFECÇÃO DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO**	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	**DOENÇA INFLAMATÓRIA ÓRGÃOS PÉLVICOS FEMININOS**	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	**ÚLCERA GASTROINTESTINAL**	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	**DOENÇAS RELACIONADAS AO PRÉ-NATAL E PARTO**	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008

ANEXO B: Parecer consubstanciado do CEP

FACULDADES INTEGRADAS PITÁGORAS DE MONTES CLAROS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DE MONTES CLAROS ¿ MG SOBRE AS INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: Lilian Amaral Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31415814.3.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 688.486

Data da Relatoria: 25/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que apresenta como metodologia um estudo descritivo e qualitativo.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (MG) sobre o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP);

Conhecer a auto-avaliação dos médicos da ESF sobre a efetividade de seu trabalho na Atenção Primária;

Conhecer a percepção dos médicos entrevistados sobre a avaliação externa sobre seu trabalho na Atenção Primária;Analisar o conhecimento dos médicos da ESF sobre o Indicador

ICSAP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

São aqueles inerentes à entrevista e inclui eventuais transtornos pela ocupação do tempo, possível constrangimento pelas questões da entrevista e risco de perda dos dados. Os pesquisadores tomarão todos os esforços para minimizar esses desconfortos, inclusive interrompendo a entrevista, se preciso.

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,60
Bairro: Ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafrenca@gmail.com

Benefícios:

Os participantes da entrevista poderão ser esclarecidos questões sobre o indicador que está sendo pesquisado. Os resultados podem ser utilizados pelos gestores de saúde para aumentar a efetividade dos cuidados de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários ou considerações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Completos e adequados à proposta.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MONTES CLAROS, 16 de Junho de 2014

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80
Bairro: ibituruna **CEP:** 39.408-007
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 **Fax:** (38)3212-1002 **E-mail:** dorotheafranca@gmail.com