TANIA CRISTINA MORAIS SANTA BARBARA REHEM

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: LIMITES E POSSIBILIDADES DA LISTA BRASILEIRA DE DIAGNÓSTICOS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:Saúde Coletiva

Orientadora:
Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikawa Egry
Co orientadora:
Prof.ª Dr.ª Suely Itsuko Ciosak

São Paulo
2011

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura:_____Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rehem, Tania Cristina Morais Santa Barbara
Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos / Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem. -- São Paulo, 2011.
307 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Área: Saúde coletiva
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikawa Egry
Co-orient.: Prof.ª Dr.ª Suely Itsuko Ciosak

1. Atenção à saúde - Avaliação 2. Assistência à saúde – Avaliação 3. Estudos de validação 4. Hospitalização 5. Pesquisa quantitativa 5. Pesquisa qualitativa I. Título.

Nome: Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem
Titulo: Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____
Julgamento:_____ Assinatura: _____

A Reni, companheiro de todas as horas, de todos os projetos, de todas as realizações, a quem dedico de forma especial esta tese de doutorado. Obrigada pelo apoio incondicional, pela sua generosidade, pela disponibilidade e, acima de tudo, paciência. Sem você tudo teria sido muito mais difícil!

À Ana Júlia, minha princesinha, pela compreensão nas longas ausências e apoio nas horas difíceis. Desde cedo, já demonstra enorme capacidade de solidariedade e companheirismo. Obrigada, minha linda!

Aos meus pais, Victor (Tino) e Maria (Maricota), que, com dedicação, amor e trabalho, possibilitaram a seus filhos, entre tantas outras coisas, as melhores oportunidades de estudo, permitindo a nós a realização de sonhos e conquistas.

Aos meus queridos Victor e Jaque, exemplos de generosidade, dignidade e caráter. Tenho orgulho de tê-los como irmãos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades que tem colocado na minha vida e, ao mesmo tempo, por me dar forças e coragem para aproveitá-las;

À Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikawa Egry, inicialmente por me ter aceitado como orientanda e pela orientação do caminho a seguir, mesmo quando tudo parecia confuso. Agradeço, também, pela forma respeitosa, gentil e ética com que sempre me tratou.

À Prof.ª Dr.ª Suely Itsuko Ciosak, pelo apoio e pela solidariedade para o desenvolvimento desta pesquisa;

À Escola de Enfermagem da USP, sua Direção, Professores e funcionários, pelo compromisso com o ensino e com a pesquisa e pela acolhida nesse espaço privilegiado;

À Prof.ª Dr.ª Sônia Barros, pelo incentivo para dar o primeiro passo nesta jornada;

À Prof.ª Dr.ª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca e à Prof. Dra. Maria Inês Costa Dourado, pelas ricas contribuições no exame de qualificação;

À querida amiga Paula Hino, pela presença e ajuda constantes e pelos momentos de bom humor que me fizeram rir quando a vontade era chorar;

Às colegas do grupo de pesquisa coordenado pela Prof.ª Dr.ª Emiko Yoshikawa Egry, Maíra, Paula, Lara, Rebeca, Tereza, Gil, Ana Paula, Jaqueline, Renata, Marta e Leda, pela oportunidade da troca de conhecimentos e vivências;

À Nadir, pela sua disponibilidade e solidariedade nos momentos difíceis de busca de referências bibliográficas;

Às alunas de iniciação científica Renata e Jaqueline, pela ajuda na coleta de dados, além da oportunidade de aprendizado que tive ao co-orientá-las nas suas monografias e nos demais trabalhos científicos;

À Paula Grazi, pela ajuda na coleta de dados e na transcrição de entrevistas;

Ao Dr. Wladimir Taborda, pela disponibilidade para prestar informações e esclarecimentos sobre as Organizações Sociais de Saúde em São Paulo;

Aos técnicos da SES/SP, pelas valiosas informações, além das discussões técnicas que muito me ajudaram a compreender a organização do Sistema de Saúde estadual;

Ao Secretário de Saúde do Município de São Paulo, Januário Montone, pela compreensão da importância desta pesquisa e pelo apoio amigo em todos os momentos em que precisei da SMS/SP;

Ao Osvaldo Donnini, pela paciência para me explicar a complexidade da divisão da gestão da saúde no município de São Paulo;

À Dr.ª Margarida Tenório Lira, coordenadora da Coordenação de Epidemiologia e Informação da SMS/SP, pela ajuda fundamental ao me disponibilizar informações indispensáveis para o desenvolvimento desta pesquisa;

Ao amigo Dr. Djalma Agripino de Melo Filho, pela disponibilidade de me ouvir e opinar no início do doutorado, quando o projeto de pesquisa ainda estava sendo desenhado;

À Organização Social Saúde Santa Catarina, que entendeu a importância da pesquisa e abriu todas as portas para que ela pudesse ser realizada e, em especial, à Prof.ª Dr.ª Regina Faustino, que me apoiou desde o primeiro momento;

À Direção do Hospital Geral de Pedreira, pela receptividade, e aos profissionais do Arquivo Médico, que me permitiram acessar os prontuários tantas vezes quantas fossem necessárias;

Aos pacientes e profissionais das UBS, especialmente à Enfermeira Mirela Gomes, os primeiros no sofrimento da doença e os outros no dia a dia da assistência, pela disponibilidade em participar da pesquisa me proporcionando o sentido deste estudo;

Aos Comitês de Ética e Pesquisa, da Escola de Enfermagem da USP, da Secretaria Municipal Saúde/SP e do Hospital Geral de Pedreira, pelo rigor da avaliação do projeto, que em muito contribuiu para o aprimoramento da pesquisa;

Aos colegas do Ministério da Saúde, de modo muito especial a Prof. Dr. Gerson Penna e Dr.ª Sônia Brito (Soninha), pela solidariedade e amizade que só entre irmãos é possível existir;

À grande amiga Prof.ª Dr.ª Maria Regina Fernandes de Oliveira, pela assessoria técnica na pesquisa quantitativa, mas, acima de tudo, pela amizade, disponibilidade, solidariedade e cumplicidade nas dificuldades;

Ao querido amigo Dr. Renato Tasca, pela paciência e boa vontade para desvendar os mistérios do Alceste;

Ao Dr. João Gabbardo, Dr. Hélio Oliveira, José Américo e Carlinhos, pela imprescindível ajuda no desenvolvimento do estudo quantitativo;

À Prof.ª Dr.ª Antônia Silva Paredes Moreira, por, sem me conhecer, me ter acolhido na Paraíba e me mostrado os caminhos do Alceste;

À Prof.ª Dr.ª Ana Maria Nogales, pela disponibilidade em me ajudar a compreender os resultados estatísticos do Alceste;

À Tininha e Maria Helena, pelo trabalho que desenvolvemos juntas no estado de São Paulo, envolvendo as internações por condições sensíveis à atenção primária, fato que contribuiu para a minha decisão de adotar esse tipo de internação para o estudo, mudando totalmente o rumo deste doutorado;

Ao Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes e a Prof.ª Dr.ª Rita de Cássia Barradas Barata pela solidariedade ao disponibilizar referências bibliográficas;

À Dr.ª Dea Mara Carvalho Arruda pela generosidade, confiança e amizade ao ter me dado a primeira oportunidade de trabalho no Sistema Único de Saúde (FUNASA/CENEPI);

A Ricardo, meu cunhado, pela torcida nesta longa jornada;

À família de Reni, minha segunda família, particularmente dona Clarice, pelas orações na reta final deste doutorado;

À Cida, pela sua presença constante cuidando da minha filha, com muito amor e carinho, nas minhas longas ausências;

Aos amigos do G8 (Jarbas, Fernanda, Jorge, Juliana, Renato e Elisa), pela compreensão nas minhas ausências e amizade nos nossos encontros;

Às queridas amigas Juliana, Maria José, Afra, Helô, Martinha, Rejane, Margô, Lurdinha, Eliane e Aline Azevedo que de épocas e lugares distintos marcaram a minha vida, em alguma medida, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa de doutorado;

À Tininha, pela generosidade e disponibilidade em todos os momentos, mas, em particular, na etapa final de formatação desta tese. Obrigada, amiga!

Viver!
E não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar e cantar e cantar
A beleza de ser
Um eterno aprendiz...

(Gonzaguinha)

Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Pesquisa que utiliza métodos quantitativos e qualitativos em três diferentes estudos: ecológico exploratório, validação e qualitativo, visando analisar e compreender limites e possibilidades da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) para avaliar a Atenção Primária à Saúde (APS). Este estudo foi desenvolvido na microrregião de saúde de Cidade Ademar, no município de São Paulo/SP. No estudo ecológico exploratório, foi descrito o perfil das ICSAP e NÃO ICSAP, ocorridas no Hospital Geral de Pedreira (HGP), no período entre 2006 a 2008. Foi utilizado o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e os dados para elaboração do perfil das ICSAP foram obtidos na Lista Brasileira de ICSAP. Foram utilizados o aplicativo Tabwin, versão 3.5v, e o software Epi-Info 6.0 (v. DOS). No estudo de validação, foram estimados sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) do SIH/SUS para o registro adequado de ICSAP, tendo-se o prontuário do HGP como padrão ouro. A amostragem baseou-se em população de 10.616 prontuários e teve como parâmetros: p = 0,50 para sensibilidade e especificidade; alfa de 5%; e erro amostral de 0,05. Foram selecionados 816 prontuários de forma aleatória simples, utilizando-se o software SPSS®. Na identificação de prontuários e do respectivo par no SIH-SUS, foram considerados o número da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e variáveis como sexo e data de nascimento. Foram estimadas sensibilidade, especificidade, VPP e VPN e calculados os respectivos intervalos de confiança (IC) 95%. No estudo qualitativo, buscou-se compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP do ponto de vista de usuários e profissionais da APS que aceitaram participar da entrevista. Após a transcrição, esse material foi processado pelo programa Alceste. Nos resultados, foi observado que as ICSAP seguem tendência de redução, sendo pneumonias bacterianas o grupo pelo qual mais pessoas foram internadas no período; maior frequência para a faixa etária ≥ 65 anos e sexo feminino. A validação estimou sensibilidade de 81,90% (IC 75,2% — 88,6%) com uma especificidade de 95, 20% (IC 93,5% — 96,9%), VPP de 77,60% (IC 70,50% — 84,7%) e VPN de 96,30% (IC 94,8% — 97,8%). Na fala dos usuários, observa-se que a APS não tem sido a porta preferencial de entrada do sistema, tanto pela dificuldade de acesso quanto pela falta de resolutividade dos problemas de saúde. Para os profissionais, a APS encontra dificuldades na referência, particularmente para realização de exames e consultas especializadas. Observa-se que o processo de trabalho é organizado, basicamente, em função do que o agente comunitário de saúde traz para as reuniões da equipe. Entre os limites para o uso da Lista Brasileira de ICSAP, ressalta-se a avaliação da APS desvinculada da avaliação do sistema local de saúde, a qualidade da informação e o papel dos determinantes sociais. O uso dessa lista aponta as fragilidades do sistema local de saúde e do processo de trabalho das equipes, as dificuldades de acesso, além de contribuir para a discussão da efetivação de princípios e diretrizes do SUS.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária. Validação. Avaliação. Saúde Pública. Hospitalização.

Rehem TCMSB. Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations: limitations and possibilities of Brazil's diagnosis list [Thesis]. São Paulo: Nursing School of University of São Paulo; 2010.

ABSTRACT

Research using quantitative and qualitative methods in three different studies: ecological exploratory, validation and qualitative, in order to analyze and understand the limitations and possibilities of Brazil's Diagnosis List for Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations (ICSAP) for the assessment of Primary Health Care (PHC).This study was conducted in the (health) micro-region Ademar, in the city of Sao Paulo/ SP. The ecological exploratory study described the profiles of ICSAP and No-ICSAP at Pedreira General Hospital (HGP) in the period between 2006 and 2008. For the preparation of ICSAP profiles, it was used data from both the Hospital Information System of the Unified Health System (SIH/ SUS) and Brazil's List for ICSAP. It was used the application TabWin, 3.5V version, and the software Epi-Info 6.0 (v. DOS). In the validation study, it was estimated sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) of the SIH/SUS for the proper recording of ICSAP, using HGP medical records as the gold standard. The sampling was based on a population of 10,616 medical records and the parameters: p = 0.50 for sensitivity and specificity, alpha 5%, and sampling error of 0.05. 816 medical records were selected on a simple random basis, using the software SPSS®. In identifying the relevant medical records and its corresponding pair in the SIH/ SUS, it was considered the Inpatient Hospital Authorization (IHA) number and variables such as gender and date of birth. It was estimated sensitivity, specificity, PPV and NPV, and also calculated the corresponding confidence intervals (CI) 95%. In the qualitative study, it was sought to understand the reasons determining or influencing the occurrence of ICSAP, based on those professionals and users' perspectives in PHC who agreed to participate in the interview. After transcription, the material was processed by the program Alceste. In the results, it was observed a downward trend in ICSAP, with bacterial pneumonia as the leading cause for hospitalization in this period, higher frequency for the age group ≥ 65 and female gender. Validation estimated sensitivity of 81.90% (CI 75.2% - 88.6%) with a specificity of 95.20% (CI 93.5% - 96.9%), PPV of 77.60% (CI 70.50% - 84.7%) and NPV of 96.30% (CI 94.8% - 97.8%). From user's statements, it is observed that PHC has not been the preferred gateway to the system, due to both the difficulty of access and lack of resolution of health problems. For professionals PHC has failed, particularly in lab testing and specialized consultations. It is observed that the work process is organized; primarily considering what community health workers bring to team meetings. Among the limitations to use Brazil's List for ICSAP is PHC assessment detached from local health system assessment, the quality of information and the role of social determinants. The use of this list points out the weaknesses of the local health system and the team work process, the difficulties of access, and contributes to the discussion about principles and guidelines' effectiveness of SUS.

KEY WORDS: Primary Care. Validation. Assessment. Public Health. Hospitalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Comparativo entre número de municípios e de habitantes cobertos por Equipes de Saúde da Família. Brasil, 1994, 2008, 2010 28

Figura 2 — Representação gráfica da pirâmide populacional do município de São Paulo — São Paulo/SP — 2010. 63

Figura 3 — Distribuição dos estabelecimentos municipais de saúde na microrregião de Cidade Ademar. São Paulo/SP — 2010. 69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Área (km2), população, crescimento populacional e densidade demográfica (hab/km2) por Distrito Administrativo. Microrregião de Cidade de Ademar/2000-2010 67

Tabela 2 — Distribuição dos estabelecimentos municipais de saúde nos Distritos da microrregião de Cidade Ademar. São Paulo/SP — 2010. 68

Tabela 3 — Número e distribuição percentual dos leitos do Hospital Geral de Pedreira, segundo especialidades, São Paulo/SP — 2008 72

Tabela 4 — Dados selecionados da produção hospitalar registrada no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008 97

Tabela 5 — Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por sexo. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008 100

Tabela 6 — Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por faixa etária selecionada. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008.....101

Tabela 7 — Dados selecionados da produção hospitalar por causas sensíveis à atenção primária registrada no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008.....105

Tabela 8 — Dados selecionados das internações por demais causas (exceto partos e ICSAP) registradas no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008 106

Tabela 9 — Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária registradas no SIH/SUS, por sexo. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008 106

Tabela 10 — Número e distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008.....108

Tabela 11 — Distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas e sexo. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008 110

Tabela 12 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥ 60 anos. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008 114

Tabela 13 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária < 1 ano. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008. 116

Tabela 14 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥1 ano e ≤4 anos. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008. 117

Tabela 15 — Distribuição dos prontuários segundo quantidade e percentual de CID/Diagnóstico concordante e não concordante no banco de dados original e banco de dados revisado. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 118

Tabela 16 — Distribuição dos prontuários segundo tipo, quantidade e percentual de perdas da amostra. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 121

Tabela 17 — Distribuição dos 751 prontuários segundo quantidade e percentual de CID/Diagnóstico concordante e não concordante na AIH e prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 122

Tabela 18 — Frequência de diagnóstico ICSAP e NÃO ICSAP no prontuário, correspondente ao diagnóstico/CID R69 na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 125

Tabela 19 — Diagnóstico ICSAP no prontuário correspondente ao diagnóstico/CID R69 na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 126

Tabela 20 — Diagnóstico ICSAP no prontuário correspondente ao diagnóstico/CID R69 na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 127

Tabela 21 — Pneumonias bacterianas registradas na AIH em correspondência com o CID/diagnóstico no prontuário. Hospital Geral da Pedreira, São Paulo/SP, 2008 127

Tabela 22 — Pneumonias bacterianas registradas no prontuário em correspondência com o CID/diagnóstico na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008 128

Tabela 23 — CID/diagnóstico de pneumonias bacterianas coincidentes na AIH/prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 128

Tabela 24 — Distribuição dos prontuários segundo diagnóstico de ICSAP e NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, 2008 129

Tabela 25 — Distribuição das AIH segundo diagnóstico de ICSAP e NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, 2008 130

Tabela 26 — Distribuição dos pacientes internados com diagnóstico de ICSAP segundo sexo e faixa etária. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008 131

Tabela 27 — Sexo e faixa etária na amostra de pacientes internados com diagnóstico de NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008 132

Tabela 28 — Classificação dos diagnósticos quanto ICSAP e NÃO ICSAP na AIH e no prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 135

Tabela 29 — Resultados do estudo de validação do SIH-SUS para o diagnóstico de ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008. 135

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Conceito de acesso segundo autores. 51

Quadro 2 — Área de abrangência, número de equipes e quantitativo de profissionais das UBS Jardim Niterói, Jardim São Jorge e Vila Arriete. São Paulo/SP — 2010. 70

Quadro 3 — Detalhamento dos Indicadores — 2010. 74

Quadro 4 — Variáveis e respectivos parâmetros para composição das UCI dos profissionais da atenção básica. 93

Quadro 5 — Variáveis e respectivos parâmetros para composição das UCI dos usuários.....94

LISTA DE SIGLAS

AB — Atenção Básica

ACS — Agente Comunitário de Saúde

ACSC — *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

AD — Assistência Domiciliária

AE — Ambulatório de Especialidades

AFC — Análise Fatorial de Correspondência

AIH — Autorização de Internação Hospitalar

ALCESTE — Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Seguimentos de Texto

AMA — Assistência Médica Ambulatorial

AMAE — Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades

APS — Atenção Primária à Saúde

AVC — Acidente Vascular Cerebral

CAPS — Centro de Atenção Psicossocial

CBCD — Centro Brasileiro de Classificação de Doenças

CHA — Classificação Hierárquica Ascendente

CHD — Classificação Hierárquica Descendente

CID — Classificação Internacional de Doenças

CLT — Consolidação das Leis do Trabalho

CNDS — Comissão Nacional de Determinantes Sociais

COE — Clínica Odontológica Especialidade

CONAC — Conselhos de Acompanhamento dos Convênios da ESF

CONASS — Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CRS — Coordenadorias Regionais de Saúde

CSAP — Condições Sensíveis à Atenção Primária

DAB — Departamento de Atenção Básica

DATASUS — Departamento de Informática do SUS

DRS — Departamento Regional de Saúde

DSS — Determinantes Sociais da Saúde

EEUSP — Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ESF — Estratégia de Saúde da Família

EUA — Estados Unidos da América

HAS — Hipertensão Arterial Sistêmica

HGP — Hospital Geral de Pedreira

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC — Intervalo de confiança

ICC — Insuficiência Cardíaca Congestiva

ICSAP — Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

GEARA — Grupo Educativo Assistencial e Resolutivo

MS — Ministério da Saúde

NASF — Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NIR — Núcleo Integrado de Reabilitação

NOAS — Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB — Norma Operacional do SUS

OMS — Organização Mundial da Saúde

OPAS — Organização Pan-Americana da Saúde

OS – Organização Social

OSS — Organização Social de Saúde

PAB — Piso de Atenção Básica

PACS — Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS — Plano de Atendimento à Saúde

PesqCID — Programa de Pesquisa

PNAB — Política Nacional de Atenção Básica

PNAD — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PPI — Programação Pactuada e Integrada

PSF — Programa de Saúde da Família

RAS — Redes de Atenção à Saúde

SAS — Secretaria de Atenção à Saúde

SES — Secretaria Estadual de Saúde

SIAB — Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM — Sistema de Informações sobre Mortalidade

SIH — Sistema de Informações Hospitalares

SMS — Secretaria Municipal de Saúde

SP — São Paulo

SUS — Sistema Único de Saúde

TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCE — Traumatismo Cranioencefálico

TIPESC — Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva

UAD — Unidade de Assistência Domiciliária

UBS — Unidade Básica de Saúde

UCE — Unidade de Contexto Elementar

UCI — Unidade de Contexto Inicial

URSI — Unidade de Referência à Saúde do Idoso

UTI — Unidade de Tratamento Intensivo

VPN — Valor Preditivo Negativo

VPP — Valor Preditivo Positivo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **24**

1. INTRODUÇÃO **26**

2. JUSTIFICATIVA **34**

3. OBJETIVO GERAL **37**

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS *37*

4. BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS **38**

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE *38*

4.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA *45*

4.3 ACESSO *50*

4.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE *57*

5. METODOLOGIA **63**

5.1 CENÁRIO DE ESTUDO *63*

5.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ECOLÓGICO EXPLORATÓRIO *73*

5.2.1 Variáveis e indicadores *74*

5.2.2 Fonte e coleta de dados *76*

5.2.3 Processamento e análise dos dados *77*

5.3 ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO SIH/SUS PARA O REGISTRO DE ICSAP *78*

5.3.1 Etapas para o estudo de validação *79*

5.3.1.1 — Amostragem e seleção dos prontuários 79

5.3.1.2 Preparo do banco de dados 80

5.4 ESTUDO QUALITATIVO *86*

5.4.1 Amostragem/população de estudo *86*

5.4.2 Instrumentos de coleta de dados *89*

5.4.3 Coleta de Dados *90*

5.4.4 Análise dos dados *91*

5.5 ASPECTOS ÉTICO LEGAIS *97*

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO **97**

6.1 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ECOLÓGICO EXPLORATÓRIO *97*

6.1.1 Perfil das internações que ocorreram no HGP *97*

6.1.2 Descrição e análise do perfil das ICSAP e das NÃO ICSAP que ocorreram no HGP *103*

6.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE VALIDAÇÃO DO SIH/SUS PARA O REGISTRO DE ICSAP *121*

6.2.1 Organização e análise do banco de dados *121*

6.2.2 Descrição das internações segundo a CID e análise da qualidade da informação *125*

6.2.3 Estimativa de Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo e Valor Preditivo Negativo do SIH-SUS *135*

6.3 ESTUDO QUALITATIVO *138*

6.3.1 Acesso *140*

6.3.2 Processo de trabalho na APS *161*

6.3.3 Razões para ocorrência das ICSAP *181*

7. CONSIDERAÇÕES FINAS 194

REFERÊNCIAS 200

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS AIH/PRONTUÁRIO 215

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA 216

APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS QUE FORAM INTERNADOS POR ICSAP 217

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIOS 218

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS 219

APÊNDICE 6A - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA , 2006 220

APÊNDICE 6B - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007 222

APÊNDICE 6C - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008 224

APÊNDICE 7A - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006 226

APÊNDICE 7B - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007 227

APÊNDICE 7C - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008 228

APÊNDICE 8A - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006 229

APÊNDICE 8B - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007 230

APÊNDICE 8C - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008 231

APÊNDICE 9A - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006 232

APÊNDICE 9B - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007 233

APÊNDICE 9C - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008 234

APÊNDICE 10 - RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS CONCORDANTES AIH E PRONTUÁRIO..... 235

APÊNDICE 11 - DIAGNÓSTICO NO PRONTUÁRIO CORRESPONDENTE AO DIAGNÓSTICO POR CAUSAS DESCONHECIDAS E NÃO ESPECIFICADAS DE MORBIDADE (CID R69) NA AIH 239

APÊNDICE 12 - RELAÇÃO DE CID/DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA BACTERIANA NA AIH DISCORDANTE EM RELAÇÃO AO CID/ DIAGNÓSTICO NO PRONTUÁRIO..... 240

APÊNDICE 13 - RELAÇÃO DE CID/DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA BACTERIANA NO PRONTUÁRIO DISCORDANTE EM RELAÇÃO AO CID/ DIAGNÓSTICO NA AIH 241

APÊNDICE 14 - OPERAÇÕES REALIZADAS PELO PROGRAMA ALCESTE 243

ANEXO 1 - LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA 303

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO 305

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA 306

ANEXO 4 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO 307

APRESENTAÇÃO

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia (1985), iniciei minhas atividades profissionais na área hospitalar, trabalhando em unidades de clínica médico-cirúrgica (1985–1988). Posteriormente, participei da equipe de implantação das unidades de hemodiálise e terapia intensiva, além de ter coordenado as atividades de enfermagem relacionadas a essas unidades (de 1989 a 1990 e de 1991 a 1998, respectivamente).

No ano de 1998, por motivos de ordem pessoal, fui morar em Brasília e, por conta desta mudança, surgiu a oportunidade de trabalhar com a formulação e implantação de Políticas Nacionais de Saúde.

Em 1999, já trabalhando no Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde (MS), fiz o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, no qual apresentei o trabalho de conclusão intitulado "Caracterização do Perfil da Mãe e Nascido Vivo", por região, tendo por base o Sistema de Informação de Nascidos Vivos para o ano de 1997. Vale ressaltar que a minha formação, até então, era basicamente voltada para a área hospitalar.

Em seguida, fui convidada para trabalhar no Departamento de Atenção Básica, pois naquele momento o MS estava iniciando uma discussão no sentido de sistematizar a Assistência Domiciliária (AD) prestada pelas equipes de saúde da família. A ideia era publicar os princípios e as diretrizes dessa assistência, de forma a subsidiar o trabalho das equipes no Brasil. O fato de ter formação e experiência profissional anterior voltada para a área assistencial permitiu que eu coordenasse o Grupo de Trabalho constituído para tratar desse tema.

Nessa época, fazia o mestrado na área de Gestão de Sistemas de Saúde e, considerando que a proposta de sistematização da AD estava elaborada e não havia sido publicada até o momento, resolvi trabalhar com

este tema na dissertação, buscando identificar, nos demais sistemas de saúde, como se dava essa assistência, com o intuito de subsidiar a proposta brasileira. Nesse sentido, realizei o trabalho “Assistência domiciliar em saúde: subsídio para a atenção básica”.

Para o doutorado, continuei trabalhando com a atenção básica (AB), pois considero que esta tem papel extremamente importante para a organização dos sistemas de saúde e, particularmente, neste momento, para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que vem sendo discutida no Brasil.

Inicialmente para o processo de seleção do doutorado, apresentei um projeto intitulado “Necessidades de saúde: a visão do usuário da assistência domiciliar na atenção básica”, visto que pretendia dar continuidade ao estudo com AD iniciado no mestrado. Entretanto, em função da minha experiência na esfera federal e participação na formulação de políticas públicas de Saúde, foi- se tornando cada dia mais claro a minha inclinação pela realização de um estudo compatível com esse nível de atuação.

Nesse sentido, considerando que o MS publicou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que tem como objetivo a avaliação do acesso e da qualidade da AB no Brasil, desenvolvi o estudo sobre os limites e as possibilidades desta lista no sentido de contribuir para dimensionar adequadamente o seu uso pelo MS, para avaliação desse nível de atenção.

1. INTRODUÇÃO

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcada por muitos avanços, entretanto ainda existem desafios a serem superados para que os seus princípios e as suas diretrizes de fato se concretizem. Entre os desafios, pode-se citar a consolidação de uma AB de qualidade que, ao garantir o acesso, se constitua efetivamente como a primeira escolha da população para resolução dos seus problemas de saúde (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, Macinko, 2011).

Na perspectiva de superação desse e de outros desafios, foi firmado um compromisso público envolvendo os gestores das três esferas de governo para construção do Pacto pela Saúde 2006, com ênfase nas necessidades de saúde da população (Brasil, 2006c).

O Pacto pela Saúde é constituído por três componentes: o Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do SUS; e o Pacto de Gestão do SUS, cuja prioridade está no fortalecimento da AB, com o objetivo de consolidar e qualificar a Estratégia da Saúde da Família (ESF) como modelo de AB à saúde (Brasil, 2006c).

Os primeiros passos para a organização desse nível de atenção no Brasil foram dados no início da década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre cuidados de saúde, tendo como prioridade inicialmente o atendimento a crianças e gestantes (Brasil, 2001).

No ano de 1994, como o avanço do PACS, teve início a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) visando provocar mudanças no modelo de assistência, o que significava romper com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde e estender as ações junto à comunidade (Souza HM, 2002).

O PSF apresentava uma proposta de operacionalização mediante a implantação de equipes multiprofissionais, que seriam responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (Souza HM, 2002).

A Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS/1996), publicada pela Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996, fortaleceu a AB ao instituir novo modelo de financiamento por meio do Piso de Atenção Básica (PAB). A partir de então, todo município, desde que habilitado nos termos da NOB-SUS/1996, passou a receber um valor específico, *per capita*, para o custeio desse nível de atenção. Além disso, a NOB-SUS/1996 definiu o PSF como estratégia principal para mudança do modelo de atenção (Brasil, 2003b).

Em 1998, a criação do Departamento de Atenção Básica no MS — pois até então não havia um setor que formalmente cuidasse dessa área — e a publicação do Manual para Organização da AB foram dois passos importantes para a organização desse nível de atenção no país. No manual, a AB está definida como:

> [...] um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. (Brasil, 1999, p. 9).

O manual diz ainda que a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.

Com essas medidas, consolidou-se o PSF como importante estratégia para a organização e o fortalecimento da AB como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Nos anos seguintes, houve um processo de forte crescimento do PSF e de envolvimento dos municípios a partir da

edição de normas específicas resultantes de acordos celebrados entre os três gestores do SUS.

A Portaria GM/MS n.º 648, de 28 de março de 2006, institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e, entre outros aspectos, reafirma os princípios gerais para a AB e a Saúde da Família como estratégia de modelo de atenção e também formaliza a alteração da nomenclatura do Saúde da Família de programa para estratégia (Brasil, 2006b).

Para a PNAB, a AB

> [...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (Brasil, 2006b, p. 10).

Pode-se perceber que o conceito basicamente não sofreu alteração desde 1998, quando foi lançado o Manual de AB (Brasil, 1999). Em pouco mais de uma década, a AB foi gradualmente se fortalecendo na estruturação dos sistemas locais de saúde e para a efetiva consolidação dos princípios e das diretrizes do SUS.

Essa evolução evidencia-se quando se comparam os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), em que o número de municípios com Equipes de Saúde da Família, em 1994, era de apenas 55 e, em dezembro de 2008, já estava presente em 5.235 municípios. Mais significativo ainda são os dados relativos à população coberta, que era de apenas 1,1 milhão de habitantes, em 1994, e, em 2008, já alcançava 93,1 milhões de pessoas (Brasil, 2011b). Em 2010, aumenta o número de municípios e a população coberta ultrapassa 100 milhões de pessoas (Figura 1).

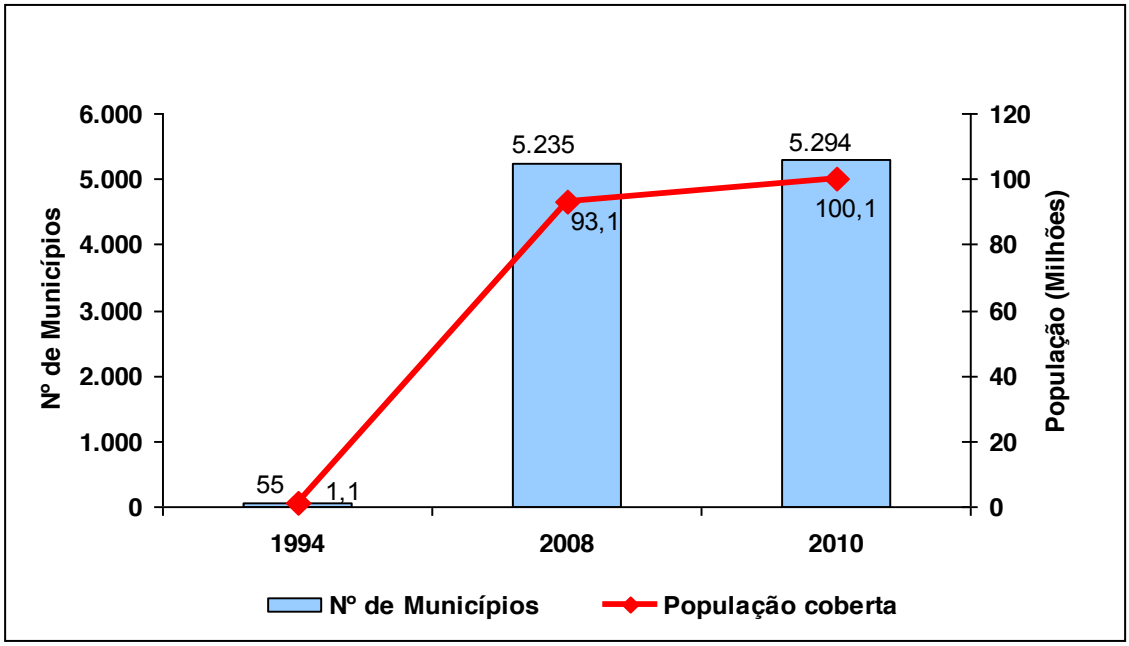

Figura 1 — Comparativo entre número de municípios e de habitantes cobertos por Equipes de Saúde da Família. Brasil, 1994, 2008, 2010

Fonte: SIAB/MS

Muito embora a evolução do crescimento da oferta de serviços da AB possa indicar ampliação de acesso a esses serviços, permanecem alguns desafios no campo do atendimento das necessidades de saúde da população que se renovam a cada etapa de implantação do SUS. Para o enfrentamento desses desafios, o Pacto pela Saúde 2006 traz como uma das propostas de superação a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão (Brasil, 2006c).

A estruturação dessa rede deve ter como ponto de partida a organização da AB, situada no centro da mesma, como ordenadora de fluxos e contrafluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, à exceção dos casos de urgência e emergência (Brasil, 2006c).

Para tal, é necessário dispor de um sistema de regulação que, tendo por base os fluxos definidos na programação pactuada e integrada (PPI), assuma a responsabilidade pelo encaminhamento dos usuários, de forma que o sistema de saúde decida pelo cuidado do usuário, conduzindo-o

para o atendimento das suas necessidades. Isso significa total inversão na situação vigente, onde o próprio paciente busca, com enorme dificuldade e nem sempre com sucesso, encontrar os caminhos para obter acesso aos serviços de saúde.

No que diz respeito a esses fluxos, em muitas situações em que a AB não é resolutiva, a demanda por internações hospitalares provavelmente inclui uma proporção de casos com diagnósticos sensíveis a esse nível de atenção e que, assim, poderiam ser aí resolvidas (Brasil, 2006b).

Estudo utilizando dados de 2001, realizado previamente à publicação da Lista Brasileira de ICSAP revela que, de um total de 12,4 milhões de internações no SUS, 3,4 milhões foram por internações sensíveis à atenção ambulatorial, ou seja, essas internações atingiram 27,4% do total, custando para o SUS R$ 1,03 bilhão de um total de R$ 6,67 bilhões de gastos em internações hospitalares (Brasil, 2006a). Ressalte-se, ainda, que as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial representam 55,3% do total de internações e a 53,7% do total de gastos nos hospitais de pequeno porte, com até 30 leitos, e tendem a reduzir com o aumento da escala dos hospitais (Brasil, 2006a).

No Brasil, a primeira lista nacional das ICSAP começou a ser elaborada no ano de 2007, tendo como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano com adaptações para as condições brasileiras (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça, 2009).

De acordo com esse modelo, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça, 2009).

Para a confecção da lista brasileira, foram utilizados critérios elaborados a partir das listas já existentes em algumas Secretarias de Estado da Saúde, de revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e da

reunião de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema (Brasil, 2008d).

Os critérios adotados para seleção das condições sensíveis foram: existência de evidência científica demonstrando ser a causa sensível à atenção primária em saúde (APS); ser uma condição de fácil diagnóstico; ser um problema de saúde importante no contexto do país, ou seja, não ser um evento raro; ser uma condição para a qual a APS teria capacidade de resolver os problemas e/ou prevenir complicações que levem à hospitalização; necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; e, por fim, os códigos de diagnósticos não devem ser influenciados por incentivos financeiros e/ou de desembolso (Brasil, 2008d).

Assim, fez parte dessa lista um conjunto de diagnósticos, para o qual, segundo o consenso estabelecido, a AB efetiva reduziria o número de internações, isto é, as atividades próprias da AB, tais como: a prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista foi encaminhada para avaliação da Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e colocada em consulta pública em 21 de setembro de 2007, pelo Departamento de Atenção Básica do MS (Brasil, 2007b).

A partir dos resultados da consulta pública e de outras proposições apresentadas, foi elaborada a versão final da Lista Brasileira deICSAP, definindo grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Considerando, entre outros aspectos, o impacto da AB em saúde na redução das internações por condições sensíveis a esse nível de atenção em vários países e a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da AB brasileira e da ESF, a Secretaria de Atenção à Saúde do MS (SAS/MS)

publicou, em 2008, a versão final da Lista Brasileira de ICSAP na forma de anexo da Portaria SAS n.º 221, de 17 de abril de 2008 (Brasil, 2008c).

O MS define ainda, no art. 2.º dessa Portaria, que a lista será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

No que diz respeito ao uso dos dados de ICSAP como instrumento de avaliação desse nível de atenção, na Espanha, os profissionais que trabalham nessa área têm resistido à avaliação da própria prática clínica por meio de um indicador de atividade hospitalar (Gervas, Homar, 2007).

Essa resistência, segundo os autores, baseia-se na existência de fatores mais relevantes que são determinantes da hospitalização e que fogem do controle dos profissionais da APS, como, por exemplo, características dos pacientes, variabilidade da prática clínica hospitalar e políticas de admissão dos centros.

Estudo realizado por Magan, Alberquilla, Otero e Ribera (2011), refere que ICSAP pode estar mais relacionada com variáveis socioeconômicas do que com características da atividade da atenção primária.

No caso do Brasil, as indagações a seguir merecem ser respondidas: Por que internam os pacientes por agravos que deveriam ser enfrentados no nível de AB? A AB está constituída de forma a possibilitar respostas às vulnerabilidades da população, de tal sorte que impeçam as internações por condições sensíveis a esse nível de atenção?

Esse estudo parte do pressuposto de que as ICSAP ocorrem em função de vários fatores e não só do acesso e da qualidade da APS. Nesse sentido, essas internações também podem ter sua origem nos

determinantes sociais, já que o processo saúde-doença é socialmente determinado, além do processo de trabalho das equipes de AB que se dá de modo nem sempre adequado ao atendimento das necessidades de saúde da população.

Por outro lado, o modo como se constitui o sistema de saúde local, onde, por exemplo, a pressão exercida pela oferta de leitos hospitalares no próprio município, principalmente os de pequeno porte (município e hospital), pode levar a internações que, em muitos casos, podem se prestar a atender mais a necessidade do hospital, para o seu financiamento, do que do paciente, para a sua assistência.

Desse modo, para análise adequada das ICSAP, torna-se necessário incluir, além da oferta e possíveis barreiras de acesso à APS, que são elementos indicativos da organização do sistema local de saúde, o processo de trabalho das equipes da AB e a análise dos determinantes sociais do processo saúde/doença.

Assim, o presente estudo tem como objeto a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, e o objetivo de verificar os seus limites e as suas possibilidades para avaliação do acesso e efetividade desse nível de atenção.

Espera-se, como finalidade desse estudo, contribuir para o enfrentamento das ICSAP na medida em que buscará evidenciar quais os aspectos que influenciam a ocorrência dessas internações estando esses aspectos no campo próprio de ação da AB ou que sejam eles independentes do acesso e da qualidade desse nível de atenção.

2. JUSTIFICATIVA

Na década de 1980, foi desenvolvido o conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como reflexo indireto de problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados primários (Billings, Teicholz, 1990).

A partir de então, estudos vêm sendo desenvolvidos, utilizando dados de internações potencialmente evitáveis, mostrando sua estreita relação com as características dos sistemas de saúde e especialmente com a política de atenção primária (Bermúdez – Tamayo, Márquez-Calderón, Rodríguez Del Aguila, Perea-Mila, Ortiz Espinosa, 2004; Ricketts, Randolph, Howard, Pathman, Carey, 2001; Gusmano, Rodwin, Weisz, 2006; Caminal Homar, Starfield, Sánchez Ruiz, Hermosilla Pérez, Martín-Mateo, 2001; Caminal Homar, Morales Espinoza, Sánchez Ruiz, Cubells Larrosa, Bustins Poblet, 2003; Mendonça, Harzheim, Duncan, Nunes, Leyh, 2011; Nedel, Facchini, Martín-Mateo, Navarro, 2010; Guanais, Macinko, 2009; Dias-da-Costa, Büttenbender, Hoefel, Souza, 2008).

Segundo Caminal Homar e Casanova Matutano (2003) a hospitalização por problemas de saúde susceptíveis ao cuidados pela atenção primária, denominados *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC), constitui indicador de atividade hospitalar, que pretende servir de medida da efetividade da APS para a atenção de determinados problemas de saúde.

Para essas autoras, o fundamento que sustenta esse indicador é que elevada capacidade de resolução por parte da atenção primária deveria implicar diminuição dos ingressos hospitalares, pelo incremento das medidas preventivas, assim como melhoria dos tratamentos ambulatoriais.

No III Seminário Internacional sobre Atenção Primária — Saúde da Família, realizado no Brasil, em 2007, esse indicador foi definido como aquelas internações que deveriam ser evitadas caso os serviços de AB fossem efetivos e acessíveis (Macinko, 2004). Podem envolver, entre outras,

complicações não controladas de uma doença crônica ou outras condições; e condições relacionadas com falta de acesso aos serviços preventivos ou de rotina.

Entre outras questões, deve-se estudar as ICSAP para identificar problemas de acesso aos serviços de AB e de qualidade dos serviços; para avaliar políticas/reformas específicas do sistema de saúde, por exemplo, expansão da Saúde da Família; e usar como um indicador "genérico" para monitorar o desempenho (efetividade) do sistema de AB.(Macinko, 2004).

De acordo com a revisão de literatura, o indicador ACSC teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) (Bermudez-Tamayo, Márquez-Calderón, Rodríguez del Aguila, Perea-Milla, Ortiz Espinosa, 2004) e, a partir daí, foram realizadas adaptações de forma a contemplar especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisado. Isso pode ser observado no estudo onde foi aplicada a lista americana para validação no contexto europeu (Caminal Homal, Starfield, Sánchez Ruiz, Casanova Matutano, Morales, 2004).

Estudos realizados têm demonstrado que as taxas de ICSAP têm sido utilizadas em alguns países como indicador indireto de avaliação do acesso e da qualidade da atenção, demonstrando que o melhor acesso a esse nível de atenção tem relação com a redução das ICSAP (Starfield, 2008; DeLia, 2003; Saha, Solotaroff, Oster, Bindman, 2007).

Na Espanha, entre as estratégias propostas para melhorar a utilidade desse indicador, está a busca de maior especificidade e análise desse indicador por município (Ricketts, Randolph, Howard, Pathman, Carey, 2001).

Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, em particular evidenciando problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação

entre os níveis assistenciais (Gervas, Homar, 2007; Nedel, Facchini, Bastos, Martín-Mateo, 2011).

A lista brasileira de ICSAP, publicada pelo MS como instrumento de avaliação desse nível de atenção, pressupõe a existência de uma relação linear de causa e efeito que, na verdade, deve ser questionada. É importante ressaltar que existem outros aspectos que devem ser considerados na avaliação dessa política, mas especificamente quanto a ocorrência das ICSAP, que se relacionam, entre outros aspectos, à visão de mundo e, assim, como se compreende o processo saúde doença dos indivíduos e grupos sociais, tanto por parte dos formuladores dessas políticas quanto dos gestores e trabalhadores de saúde responsáveis por sua implementação.

Diante do exposto e considerando a portaria publicada pelo MS que institui a Lista Brasileira de ICSAP, justifica-se a realização de estudos com o objetivo de identificar, em um dado território, o comportamento da ICSAP e seus determinantes para compreender em que medida a lista pode ser utilizada como instrumento para avaliação da AB.

O período de estudo foi definido em função da disponibilidade de dados no início deste trabalho. Por outro lado, considerando a implantação da lista nacional, em 2008, este estudo fornecerá uma linha de base para potenciais análises dos dados antes e depois desse marco.

3. OBJETIVO GERAL

Analisar e compreender os limites e as possibilidades da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, para avaliar a AB da microrregião de saúde de Cidade Ademar, no município de São Paulo/SP.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil das ICSAP e demais causas que ocorreram no hospital de referência do território selecionado;
- Validar o Sistema de Informação Hospitalar estimando sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN) com relação às ICSAP e demais causas de internações, tendo como padrão ouro o prontuário;
- Descrever as internações segundo a CID, a partir da organização do banco de dados para o estudo de validação, e analisar a qualidade da informação; e
- Identificar as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das internações por CSAP do ponto de vista dos usuários e profissionais da atenção primária no território selecionado.

4. BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

Considerando o objeto de estudo, foi adotada a APS como marco teórico conceitual. Entretanto, não é razoável pretender compreender os limites e as possibilidades da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária analisando e discutindo apenas o desempenho desse nível de atenção. Acredita-se que outros aspectos, que vão desde a determinação social do processo saúde-doença das pessoas internadas por ICSAP, passando pelo acesso e pelo processo de trabalho das equipes da atenção primária, podem influenciar a ocorrência dessas internações.

Nesse sentido, ao explorarmos esses temas, entendemos que eles darão a sustentação teórica para identificar quais os aspectos que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP e, assim, será possível compreender os limites e as possibilidades da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, para avaliar o desempenho desse nível de atenção.

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS tem sido um dos níveis de atenção fundamental para a conformação dos sistemas nacionais de saúde, levando alguns autores a classificá-la como uma megatendência mundial (Rubinstein, 2001).

O termo atenção primária à saúde foi introduzido por White et al. em 1961 e a partir daí, vem recebendo definições variadas, ao longo do tempo, em função da interpretação e da abrangência da APS nos diversos países (Mendes, 2009a).

Na Conferência de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1978, a APS foi definida como:

> [...] uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação[...] (Brasil, 2011a, p. 13).

Após essa conferência, surgiram novas definições, entre as quais destacam-se: a APS seletiva, com cesta restrita de serviços, justificada pela impossibilidade de se ofertar um programa de saúde integral para todos; a APS como porta de entrada do sistema de saúde; e a APS organizadora e articuladora do sistema de saúde, constituindo-se em estratégia mais ampla para atender às necessidades de saúde da população (Mendes, 2002).

Nesse sentido, não existe consenso na definição / interpretação do termo APS. Nos países desenvolvidos, a APS foi implantada sendo entendida, de modo geral, como cuidados ambulatoriais de primeiro contato, enquanto nos países pobres ou em desenvolvimento, principalmente na América Latina, a APS foi implantada de forma seletiva, focalizada, para atendimento de determinadas necessidades de saúde da população pobre (Giovanella, 2006; Mendonça, 2009). Essas três concepções de APS ainda são encontradas em vários países e muitas vezes convivendo simultaneamente no mesmo país (OPAS, 2011).

No Brasil, a APS foi implantada com o propósito de ser porta de entrada do sistema sem caráter de focalização na parcela mais pobre da população nem se restringindo a um pacote básico de serviços. Aqui foi adotada a terminologia AB em detrimento à atenção primária, para fazer uma contraposição a concepções reducionistas, importantes naquele momento histórico (Brasil, 2007a). Entretanto, atualmente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), o Ministério da Saúde (MS), além de pesquisadores, (Brasil, 2009, 2008c, 2003c; Mendes, 2009b; Elias,

Magajewski, 2008; Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009) vêm utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de APS como sinônimo de AB desde que ambas as denominações refiram-se ao sentido adotado pela PNAB, qual seja, uma atenção ampliada, abrangente e inclusiva.

A AB, em que pese alguma fragilidade no seu papel de organizadora e articuladora do sistema de saúde, vem apresentando impacto positivo das suas ações, particularmente na estratégia de saúde da família (ESF), como têm demonstrado diversos estudos (Mendonça, Harzheim, Duncan, Nunes, Leyh, 2011; Macinko, Guanais, Souza, 2006; Aquino, Oliveira, Barreto, 2009; Monteiro, Benício, Konno, Silva, Lima, Conde, 2009).

Esse quadro tem colocado o Brasil em posição de destaque na discussão sobre os sistemas de saúde no mundo, destaque publicamente feito pela OMS, por meio do Relatório Mundial sobre APS em 2008, ao elogiar a ESF e recomendar a sua adoção como ação bem sucedida para atender melhor às necessidades das pessoas (Atenção..., 2008).

O reconhecimento da importância da APS na organização do sistema de saúde fez que o MS, buscando conceder maior destaque e prioridade para essa área, elaborasse o Projeto de Lei n.º 3.985/2008 que cria, na sua estrutura, a Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, a qual tem como finalidade fortalecer o caráter de intervenção pela lógica da ampliação da saúde e da prevenção de doenças, ao contrário da intervenção após a doença já instalada (Brasil, 2003c).

O Projeto, ainda em tramitação no Congresso, ressalta que investir na APS é condição indispensável para a organização das RAS no Brasil, com garantia de resolutividade e de utilização racional dos serviços de média e alta complexidade.

As RAS, segundo Mendes (2001) apud CONASS (Brasil, 2009), são “a organização horizontal de serviços com o centro de comunicação na

APS, que permite prestar assistência contínua a determinada população e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população".

No Brasil, a Constituição Federal prevê a organização do sistema em uma rede regionalizada e hierarquizada (Brasil, 1988a), pressupondo a organização de uma só rede vertical e piramidal tendo na sua base a AB.

Outros países, entre outras razões, buscando superar a fragmentação dos sistemas de saúde, elaboraram propostas para operacionalização das redes adotando outra lógica. Essas iniciativas tiveram origem nas experiências de sistemas integrados surgidas na primeira metade dos anos 1990 nos EUA, avançando em seguida para a Europa Ocidental e Canadá (Mendes, 2009b).

Experiências no Brasil têm demonstrado que a organização das redes com foco na APS se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna quanto na sua capacidade de mais bem atender às necessidades de saúde da população (Mendes, 2009b).

Esse tema foi motivo de debate em busca de consenso envolvendo as três esferas de governo, levando à publicação recente da Portaria MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que trata das diretrizes para a estruturação das RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência (Brasil, 2010c).

Nesse sentido, a APS deve cumprir, nas RAS três funções: resolução, ordenação e responsabilização (Brasil, 2007a). A primeira função consiste em solucionar a grande maioria dos problemas de saúde; a segunda, em organizar os fluxos e contrafluxos das pessoas e coisas pelos diversos pontos de atenção à saúde da rede; e, por fim, corresponsabilizar-

se pela saúde dos usuários, em quaisquer pontos de atenção em que estejam sendo atendidos.

Diversos países implantaram reformas organizacionais na década de 1990 com base na atenção primária, tendo, entre outras motivações: a contenção de gastos, a busca de melhor coordenação dos cuidados por este nível de atenção, superando a fragmentação dos sistemas de saúde, a superespecialização e o uso abusivo de tecnologias médicas (Giovanella, 2006; Brasil, 2007a; Mendes, 2009b).

Segundo Giovanella (2006), nos países da União Europeia, as medidas implementadas por essas reformas pró-coordenação podem ser agrupadas em dois conjuntos de mecanismos inter-relacionados: os que proporcionaram maior poder e controle da APS sobre prestadores de outros níveis de atenção; e os que expandiram o leque de funções e serviços ofertados no primeiro nível, ampliando o papel de prestador ao incluir novas e outras ações. Entretanto, apesar das diversas trajetórias percorridas por esses países para realização dessas reformas, foram adotadas medidas similares para melhor coordenação dos cuidados pela APS envolvendo os demais níveis de atenção.

Evidências obtidas por meio de revisão bibliográfica permitem concluir que os sistemas de atenção à saúde baseados em forte orientação para a APS são mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos, porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica das condições crônicas hegemônicas; mais equitativos, porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres, têm menores custos com cuidados e podem alcançar maior satisfação do usuário (Mendes, 2009b; Atenção..., 2008; OPAS, 2005).

Estudo realizado comparando os sistemas de saúde de Reino Unido, Dinamarca, Finlândia, Países Baixos, Espanha, Canadá, Suécia, Áustria, Bélgica, Alemanha e EUA concluiu que os países com uma

orientação mais forte para a APS possuem maior probabilidade de terem melhores níveis de saúde e custos mais baixos (Starfield, 2004). Nesse estudo, os EUA apresentaram os custos mais elevados com a saúde e a organização do sistema com menor ênfase na APS. Por outro lado, Espanha e Reino Unido apresentaram os graus mais elevados de ênfase na APS e os menores gastos com o sistema.

O posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) é que a APS deve ser parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde, sendo a melhor abordagem para produzir melhorias sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. Dessa forma, descarta a noção de APS como um conjunto definido de serviços, uma vez que os serviços devem ser congruentes com as necessidades locais (OPAS, 2005).

Ainda segundo a OPAS, antes mesmo de 1978, houve mudanças na abordagem da APS motivadas pelo surgimento de novos desafios epidemiológicos; pela necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas abordagens amplamente divergentes; além do crescente consenso de que a APS representa uma abordagem poderosa para combater as causas de saúde precária e de iniquidade (OPAS, 2005).

A OMS, ao traçar paralelo entre as primeiras tentativas de implementação da APS e as preocupações atuais das reformas desse nível de atenção, traz questões como a transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde em detrimento das primeiras tentativas de implementação da APS que consistia em amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os pobres em áreas rurais (Atenção..., 2008).

Refere, ainda, que a APS deve ser coordenadora de resposta integrada em todos os níveis do sistema e que a APS não é barata, pois

requer investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra opção (Atenção..., 2008).

A OMS, no seu relatório sobre a saúde do mundo de 2008, propõe mudanças radicais na APS, entre as quais a de coordenadora de uma resposta ampla em todos os níveis de atenção e que responda as necessidades e expectativas das pessoas em relação a um conjunto amplo de riscos e doenças. Diferentemente do entendimento anterior, a OMS reconhece hoje que a APS não é uma solução barata para problemas simples, pois requer vultosos investimentos para fazer frente a problemas complexos (Atenção..., 2008).

Segundo Starfield (2004), a APS contempla quatro atributos: atenção ao primeiro contato, o que significa acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema; longitudinalidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo da vida; integralidade, que implica que as unidades devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os cuidados necessários, mesmo que alguns não possam ser oferecidos por esse nível de atenção; e coordenação (integração) das diversas ações e serviços.

Para que a APS possa reduzir ou evitar a ocorrência das ICASAP, precisa estar organizada segundo esses atributos e, assim, adotar essa concepção atual como estratégia de reordenamento do sistema de saúde.

Nesse estudo, adotou-se esse conceito contemporâneo de uma APS ordenadora do sistema e que se constitui no centro da organização da atenção à saúde da população.

4.2 DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

A teoria da determinação social do processo saúde/doença, diferente da teoria da multicausalidade que procura relacionar os fatores de risco às causas das doenças, busca relacionar a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos e potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer. Essa teoria tem sua origem no século XVIII, no movimento da patologia social e da medicina Social (Fonseca, Bertolozzi, 1997).

Para Laurell (1983), o processo saúde/doença da sociedade é entendido como sendo o modo específico pelo qual ocorre, nos grupos, o processo de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o desenvolvimento regular das atividades do dia a dia, isto é, o surgimento da doença.

Segundo Breilh apud Egry (1996, p. 62), o processo saúde/doença é a:

> [...] síntese do conjunto de determinações que operam em uma sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, um potencial de desgaste ou potencial de fortalecimento característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde.

Ainda segundo esse autor, a vida humana desenvolve-se entre os aspectos que nos causam danos e os que nos protegem em cada momento, e o resultado dessas contradições é o que se chama “saúde/doença” cujos fenômenos observáveis se fazem evidentes nas pessoas (Fonseca, Bertolozzi, 1997).

Dito de outra forma, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos.

Modelo teórico desenhado por Victora (1990) apud Egry (1996) sobre o processo de determinação social do processo saúde/doença explicita que os processos de produção e reprodução social, consequências da forma de inserção das pessoas nos processos de trabalho, determinam não só sua exposição aos riscos mas também o acesso à riqueza ali produzida, por meio de seus ganhos que determinam os níveis de consumo e, consequentemente, o acesso a bens materiais incluindo, entre outros, escolaridade, alimentação e moradia.

Refere, ainda, que esse processo manifesta-se de maneiras diversas, como, por exemplo, ao se utilizarem indicadores como expectativa de vida, as condições nutricionais ou as taxas de morbimortalidade (Egry, 1996).

Para Almeida Filho apud Buss e Pellegrini Filho (2007), nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como na internacional, observa-se grande avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve determinada sociedade e a situação de saúde de sua população.

Porém, apesar desses avanços, a maioria dos estudos considera construções abstrato-teóricas sem se relacionar a uma práxis transformadora a partir de problemas políticos concretos observados em formações econômico-sociais determinadas (Garrafa, Cordón, 2007).

Nesse sentido, existem diversas definições e interpretações para a determinação social do processo saúde/enfermidade que variam de acordo com a visão de mundo, ainda que se perceba certo consenso, entre os autores, sobre a importância dessa determinação na situação de saúde da população.

Com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas, a OMS, criou, em março de 2005, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais (CNDS, 2008).

No ano seguinte, o Brasil foi o primeiro país a criar a sua própria comissão, adotando o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) que dispõe os determinantes sociais da saúde em camadas distintas, segundo seu nível de abrangência, desde uma camada mais próxima aos determinantes individuais até uma camada mais distal em que se situam os macrodeterminantes (CNDS, 2008).

Com a criação dessa comissão, houve retomada das discussões sobre os Determinantes Sociais da Saúde, o que fica evidenciado pela publicação de um número especial da 'Revista Saúde em Debate', em 2009, dedicado ao tema.

Entretanto, apesar da retomada das discussões, as críticas são convergentes na avaliação do relatório publicado pela comissão, em função do reducionismo da determinação social da saúde a meras evidências da epidemiologia tradicional sem considerar os contextos políticos, sociais e econômicos como causadores das desigualdades (Nogueira, 2009; Costa, 2009; Tambellini, 2009).

Para Costa (2009), as ferramentas da epidemiologia têm importância fundamental quando utilizadas em conjunto com outras disciplinas que permitam olhares ampliados, dinâmicos e complexos sobre a sociedade e seus distintos grupos e classes sociais, ou seja, nessa perspectiva colocada por Costa, assume papel fundamental a epidemiologia social.

Segundo Breilh (1991) apud. Fonseca e Bertolozzi (1997, p. 20), a epidemiologia social:

> Utiliza metodologia de caráter extensivo, para estudar grandes grupos sociais, explicando as determinações mais profundas que ocorrem sobre elas e, consequentemente, estuda o aparecimento de perfis ou padrões típicos de saúde e doença peculiares à forma de inserção de diferentes grupos na sociedade.

Ao analisar o relatório sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS), divulgado pela OMS em 2008, Nogueira (2009) refere que o tema é discutido adotando-se uma relação linear de causa e efeito em uma visão biologista da saúde, excluindo qualquer possibilidade de compreensão da saúde como fenômeno social e humano. Ainda para esse autor, esta concepção caminha inevitavelmente para o determinismo social, considerando que a saúde e a sociedade estão sendo entendidas de forma positivista, excluindo a história e a práxis humana, em uma visão absolutamente reducionista.

Nesse sentido, para Breilh (2010),

> [...] a discussão deve envolver a determinação social da vida e não apenas a determinação social da saúde, pois não é completa a ação pela saúde humana sem integrá-la à luta por defesa da vida e da mãe natureza.

Corroborando com esse autor, Fleury-Teixeira(2009, p. 381) refere que:

> [...] o tema da determinação social dos indivíduos é necessário porque a saúde, seja qual for o significado que lhe seja atribuído, não pode estar dissociada da determinação geral da vida das pessoas.

Dito de outra forma, as condições sociais definem o padrão sanitário de um povo.

A avaliação das condições de vida e saúde da população brasileira demonstra uma persistência de padrões identificados com o subdesenvolvimento, sendo necessário avançar na análise de seus determinantes e das condições específicas do desenvolvimento capitalista

brasileiro, as quais vêm impedindo que a transição nos padrões epidemiológicos se dê, como nos países centrais, pela superação dos padrões característicos do atraso (Possas, 1988).

Breilh (2010) propõe dez teses ou pontos de reflexão que considera relevantes para repensar a determinação social da vida e da saúde, entre eles que o pensamento epidemiológico atual está sujeito a uma determinação social predominantemente pragmática e funcional e que o modelo civilizatório atual e o sistema de aceleração econômica são os grandes eixos da determinação social e são incompatíveis com o bem viver e os modos de vida saudáveis.

Nesse sentido, é necessário rever e superar as abordagens reducionistas da epidemiologia clássica que sustentam a concepção da iniciativa “determinantes sociais de saúde da OMS”, pois, em tese, haveria indução a uma prática de intervenções sobre alguns fatores de risco como estratégia para atuar sobre a determinação social da saúde (Tambellini, 2009; Breilh, 2010).

Nesse sentido, a abordagem da APS deve entender os seus limites considerando os processos de produção e reprodução social, que são consequências da forma de inserção das pessoas nos processos de trabalho e que, ao mesmo tempo, definem tanto a função exercida pelo acesso ou não da população, a informação e educação, as condições de emprego e trabalho, saneamento básico e habitação, alimentação e nutrição, renda, entre outras questões.

Reconhecer seus limites significa assumir que a mudança desse quadro passa necessariamente pela ação intersetorial, pela participação e mobilização da sociedade e pelo enfrentamento das iniquidades.

Essas questões devem ser olhadas de forma criteriosa ao se analisarem as ICSAP, pois, no que diz respeito às características do paciente, uma boa prática nas unidades básicas de saúde (UBS) pode não ser suficiente para evitar que essas internações ocorram, principalmente se

forem feitas dentro de uma mesma abordagem, ainda que seja para a mesma classe social.

É preciso, portanto, fazer essa discussão com base na teoria da determinação social do processo saúde/doença, tendo a clareza de que a abordagem necessária para a intervenção sobre a determinação social da saúde exige mudanças sociais profundas, incluindo, necessariamente, as concepções políticas que as sustentam e que são responsáveis pelas desigualdades e pelas injustiças sociais (Breilh, 2010).

4.3 ACESSO

O acesso constitui elemento fundamental para uma atenção adequada, evitando que esta seja adiada, gerando-se complicações para o paciente, como o agravamento do seu quadro clínico e consequente sobrecarga para os outros níveis do sistema.

A Constituição Federal de 1988, no art. 196, refere que a saúde é um direito de todos e dever do estado e que esta deve ser garantida mediante acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde (Brasil, 1988a).

O acesso é tratado na Lei n.º 8.080/1990, na qual o estado, ao garantir a saúde, deve estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, a proteção e a recuperação (Brasil, 1990).

Apesar da referência quanto ao acesso tanto na Constituição Federal de 1988 como na Lei Orgânica do SUS (8.080/1990), em ambos os documentos não fica explicitado exatamente qual é o conceito de acesso, embora se fale que deve haver abrangência universal.

Existem várias definições para acesso, que, na verdade, se revelam como conceito complexo com variação entre os diversos autores.

Muitas vezes, confunde-se acesso com a existência de uma capacidade instalada que, produzindo ações e serviços de saúde, estaria assegurando certo nível de cobertura populacional. Desse modo, a ideia de cobertura populacional pode criar a falsa impressão de acesso das pessoas aos serviços de saúde.

Grande parte das iniciativas dos gestores do SUS na busca pela garantia do acesso, tais como a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e a respectiva regulação do acesso, tem por base a oferta de serviços e a disponibilidade de recursos financeiros para custear sua produção, e não as reais necessidades de saúde da população (Souza RR, Malik AM, 2009).

Desse modo, não há como se assegurar o acesso do cidadão na sua individualidade às ações e aos serviços de saúde de acordo com suas necessidades, sendo que, no máximo, o que é possível alcançar é determinado nível de cobertura assistencial.

Portanto, enquanto a cobertura populacional é um conceito de base coletiva, o acesso refere-se à garantia individual de realmente consumir os serviços e as ações de saúde produzidos de acordo com suas necessidades. Entretanto, esse indivíduo, ao pertencer a determinado grupo social, tem limites de acesso que são diferentes de outros grupos sociais que têm melhor inserção na produção social, melhor dizendo, na parcela maior atribuída a ele da riqueza nacional produzida.

Outra questão diz respeito a diferença entre acesso e utilização dos serviços de saúde, pois o uso de serviços pode ser uma medida de acesso, mas não se explica apenas por ele (Travassos, Martins, 2004). Nesse sentido, os determinantes da utilização dos serviços de saúde podem ser descritos como aqueles relacionados a: necessidade de saúde; perfil de reprodução social dos usuários; prestadores de serviços; organização; e

política, no que diz respeito, por exemplo, ao tipo de provimento dos serviços de saúde.

Revisão bibliográfica realizada por Travassos e Martins (2004) sobre acesso permitiu verificar que alguns autores divergem quanto à terminologia empregada, outros divergem quanto ao enfoque do conceito e ainda existem aqueles que discordam se a avaliação de acesso deve centrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos.

A seguir, são apresentados alguns conceitos sobre acesso de acordo com a revisão bibliográfica realizada por Travassos e Martins (2004), bem como conceitos adotados por outros autores.

Quadro 1 — Conceito de acesso segundo autores

Autor	Terminologia Adotada	Significado
Donabidian apud Travassos, Martins (2004)	Acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica	Acessibilidade como caráter ou qualidade do que é acessível: sócio-organizacional inclui todas as características da oferta de serviços (políticas formais e informais, situação econômica e diagnóstico); e geográfica que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outras.
Mendes (2009b)	Acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica	Sócio-organizacional diz respeito à oferta de serviços; e geográfica relaciona-se ao espaço e pode ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte, etc.

continua

continuação

Autor	Terminologia Adotada	Significado
Brasil (2009)	Acessibilidade: sócio-organizacional e geográfica	Acesso geográfico envolve características relacionadas à distância e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado; e acesso sócio-organizacional inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consultas, a presença de longas filas que podem significar barreiras ao acesso, entre outras.
Fekete (1996)	Acessibilidade: geográfica, organizacional, sociocultural, econômica.	Geográfica deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde. Refere-se tanto aos aspectos físicos que impedem ou dificultam o acesso (morros, rios, etc.) quanto à distância entre a população e os serviços; Organizacional são obstáculos originados nos modos de organização dos recursos para prestação de assistência à saúde. Podem localizar-se na entrada do serviço (como, por exemplo, demora na obtenção da consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento); ou no interior do serviço (tempo de espera pelo atendimento médico e para fazer exames laboratoriais); Sociocultural trata da apreciação dos fenômenos que determinam a busca do serviço de saúde (crenças, conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde, credibilidade nos serviços); Econômica refere-se às despesas da família com serviços de saúde (consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, custo do tratamento, prejuízos por perda de dias de trabalho).

continuação

Autor	Terminologia Adotada	Significado
Anderson apud Travassos, Martins (2004)	Acesso: efetivo e eficiente	Efetivo é aquele que resulta do uso de serviços que melhoram as condições de saúde ou a satisfação das pessoas com os serviços; Eficiente é o grau de mudança na saúde ou na satisfação em relação ao volume de serviços consumidos.
Penchansky, Thomas apud Travassos, Martins (2004)	Acesso	Centram o conceito de acesso no grau de ajuste entre clientes e o sistema de saúde e, diferentemente de Donabedian, adotam a acessibilidade como uma das dimensões do acesso, caracterizada pela adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e dos pacientes.
Travassos, Martins (2004)	Acesso: seletivo, excludente e focalizado	Seletivo diz respeito à desigualdade de acesso e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário; Excludente, por ser pautado na lógica do mercado e condicionar o direito à assistência universal aos mecanismos de racionamento dos gastos, tem como consequência a deterioração da qualidade da atenção prestada nos serviços públicos. Focalizado não trabalha com a integralidade, restringindo o atendimento público a determinados serviços ou programas, o que se reduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno do sistema público e na cadeia organizativa do sistema como um todo.

Conclusão

Autor	Terminologia Adotada	Significado
Giovanella, Fleury (1996)	Acesso: dimensões: política, econômica, técnica e simbólica	Política considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde; Econômica refere-se à relação entre oferta e demanda; Técnica diz respeito tanto à utilização e às dificuldades do usuário para concretizar o atendimento pretendido quanto à oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento, a sua organização, o fluxo, a qualidade e a resolutividade do serviço produzido; Simbólica relaciona-se às representações sociais sobre o processo saúde-doença e à forma como o sistema se organiza para atender às necessidades de saúde.

Fonte: Travassos, Martins (2004); Mendes(2009b); Brasil(2009); Fekete(1996); Giovanella, Fleury (1996).

No Brasil, há desigualdade de acesso em grandes proporções, em virtude das diferenças encontradas no cotidiano entre aqueles que dispõem de recursos para custear o seu consumo de serviços de saúde, aqueles que contam com um plano ou seguro de saúde e a maioria da população que depende dos serviços públicos de saúde, ou seja, uma divisão entre os que têm e os que não têm poder de compra.

No entanto, mesmo aqueles que possuem plano ou seguro de saúde sofrem com a deterioração da qualidade e a insuficiência desses serviços, em função das regras de mercado que regem a ação dessas empresas que impõem restrições de acesso integral aos recursos de diagnóstico e tratamento.

O desenho das RAS, que atualmente vem sendo discutido para o SUS, incorpora, necessariamente, questões relacionadas ao acesso e à

utilização dos serviços de saúde. Para Mendes (2009b), esse desenho é feito combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro o acesso aos serviços de saúde (Mendes, 2009b).

Ao se discutir o desenho das RAS, na perspectiva colocada por Mendes (2009b), necessariamente se resgatam várias questões colocadas pelos diversos autores anteriormente a respeito, não só da abrangência do conceito de acesso, como também do enfoque dado a ele. Essa discussão traz necessariamente questões como necessidades de saúde, economia de escala, oferta, usuários, prestadores, profissionais, qualidade do serviço, entre outros aspectos.

Diante do exposto, para se analisarem as ICSAP, o acesso a esse nível de atenção é um ponto central, considerando que esse pode ser um dos fatores que desencadeiam a ocorrência dessas internações.

Ainda mais, deve-se entender a complexidade do tema e todos os aspectos que nele estão envolvidos que se traduzem na compreensão de que o acesso não se trata apenas da existência de instalações físicas, mesmo que funcionado e produzindo serviços de boa qualidade.

Neste estudo, será adotado o termo acessibilidade segundo Fekete (1996) considerando que, as quatro dimensões identificadas por esta autora — geográfica, organizacional, sociocultural e econômica —, possibilita compreender, de forma ampliada, em que medida essa categoria influencia a ocorrência de ICSAP.

4.4 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Segundo Marx apud Malta e Merhy (2003), o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para a vida, tendo como elementos constitutivos a finalidade, os meios e os instrumentos.

A finalidade é a antevisão do objeto transformado, ou seja, sua idealização; o objeto é a matéria a ser transformada; e os meios e instrumentos são coisas ou complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si e o objeto de trabalho (Malta, Merhy, 2003).

Ainda segundo Marx apud Egry (1996, p. 21)

> [...] o trabalho humano diferencia-se dos demais porque, ao seu final, tem-se um resultado que já estava idealmente no pensamento e é sempre um esforço orientado a um fim; tem, portanto, caráter teleológico.

Corroborando com esse autor, para Egry (1996, p. 77)

> [...] o trabalho, como atividade humana, distingue o homem dos demais seres vivos, precisamente porque o trabalho humano é capaz de pré-conceber a transformação oriunda de sua ação.

No século XIX, economistas clássicos desenvolveram estudos sobre a reorganização do trabalho, com destaque para Frederick Taylor, por sistematizar princípios que modelaram as empresas capitalistas modernas, imprimindo rapidez, maior produtividade e maior extração de mais valia, gerando, entre outras consequências, a alienação dos trabalhadores (Malta, Merhy, 2003).

No início do século XX, os resultados da aplicação dos princípios da gerência científica, baseados nas formulações de Taylor, começam a ser conhecidos e ampliados de forma crescente, influenciando tanto o trabalho

industrial quanto o trabalho no setor de serviços (Ribeiro, Pires, Blank, 2004). Considerando que saúde faz parte do setor de serviços, a organização dos serviços de saúde e, consequentemente, o trabalho em saúde sofreram, também, influências das formulações de Taylor.

Segundo Pires apud Ribeiro, Pires e Blank (2004), o trabalho em saúde é um trabalho coletivo institucional, essencial para a vida humana, sendo parte do setor de serviços, da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização, ou seja, o produto é a própria realização do trabalho.

Para Peduzzi (2002), o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes taylorista, trazendo, muitas vezes, implicações e constrangimentos para os profissionais e para as organizações. Entretanto, segundo essa autora, apesar da gerência marcadamente taylorista, observam-se influências do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível participativo nos serviços de saúde a partir da década de 1980.

Na discussão sobre processo de trabalho em saúde, Mehry (1997) destaca dois conceitos importantes: trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo refere-se ao trabalho em ato, ao trabalho criador; já o trabalho morto refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias-primas) que são resultados de um trabalho humano anterior que o homem utiliza para realizar determinado trabalho. Quando o trabalho vivo é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna trabalho morto (Merhy, 1997).

O trabalho em saúde não pode ser na sua totalidade capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros

de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (Merhy, 1997).

Nesse sentido, as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser: leve (tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como forma de governar os processos de trabalho); leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fordismo); e dura (equipamentos tecnológicos como máquinas, normas, estruturas organizacionais) (Merhy, 1997).

Na discussão do processo de trabalho em saúde, mais especificamente na APS, deve-se considerar o modelo assistencial, o trabalho em equipe e a formação dos profissionais.

Se o sistema de saúde adota um modelo assistencial fragmentado com foco, por exemplo, nas condições agudas, o processo de trabalho necessariamente terá de ser voltado para o atendimento de pessoas com quadros agudos, mesmo que de doenças crônicas, ou no máximo fazer ações de prevenção direcionadas a essas doenças sem trabalhar na perspectiva da integralidade.

A organização e a divisão do processo de trabalho é consequência do objetivo final a ser atingido. Sendo assim, a lógica da produção dos serviços em uma concepção biologicista, centrada no médico, necessariamente será orientada pela fragmentação dos procedimentos, pela tecnificação da assistência e pela mecanização do ato em saúde.[1]

Para um modelo assistencial centrado no indivíduo, com foco na integralidade, necessita-se de um processo de trabalho multiprofissional, determinado por tecnologias leves/leve-dura, com a produção do cuidado, entendido como ações de acolhimento, vínculo, automatização e resolução (Franco, Merhy, 1999).

---

[1] Rodriguês MP, Araújo MSS. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (Mimio).

Segundo Moysés e Silveira (2002), as tecnologias leves, ao apostarem no diagnóstico com vistas à subjetividade, relações de poder e afeto e nos códigos familiares subliminares, ampliam a pauta técnica para a pauta ética, baseado em cidadania, solidariedade e humanização.

Para Merhy (1997), no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelece-se entre eles um espaço intercessor, de relações, onde cada uma das partes coloca, entre outras questões, suas expectativas, medos e desejos, ocorrendo assim a produção e o consumo dos atos de saúde. Porém, no modelo de assistência à saúde hoje predominante, com o processo de trabalho carente, entre outros aspectos, de ações de acolhimento e vínculo, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário.

Segundo Mendes-Gonçalves (1992) o processo de trabalho apresenta, tanto em sua forma coletiva quanto em qualquer outra, a reprodução das relações desiguais dos homens entre si, visto que diz respeito às relações dos homens com as condições objetivas de produção.

Em outros termos, os dois autores consideram que as desigualdades sociais existentes na relação entre os homens também estão presentes nas relações entre o trabalhador de saúde e o usuário dos serviços.

Com relação ao trabalho em equipe, o aprisionamento de cada um na sua área específica de saberes e práticas aprisiona o processo de trabalho às estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado, tornando-o trabalho morto dependente. Nesse sentido, não existe trabalho em equipe enquanto os trabalhadores não interagirem trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado que é comum à maioria dos trabalhadores (Merhy, 1997).

Alguns autores trazendo para discussão a questão da produção da alienação dos trabalhadores, referem que esta pode ser consequência da organização parcelar do trabalho, da fixação do profissional em determinada etapa de certo projeto terapêutico e da repetição mecânica de atos parcelares (Malta, Merhy, 2003).

Para Campos apud Malta e Merhy (2003, p. 65), “se o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação, ele perderá contato com elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, não se responsabilizando pelo objetivo final da sua intervenção”.

Outro aspecto a ser analisado com relação ao processo de trabalho na APS diz respeito à formação dos profissionais, que, no geral, está centrada na teoria da multicausalidade, com enfoque para o biológico e fatores de risco, e dessa forma, desvinculada da realidade social. Por outro lado, esses profissionais ao trabalharem na comunidade em que as manifestações de doenças são grandemente influenciadas pelo seu contexto social, não podem desconsiderar os determinantes sociais nessa abordagem.

Para Campos e Belisário (2001), um dos grandes obstáculos para se reestruturar o modelo assistencial, com uma AB resolutiva e oportuna, é a formação médica, pois os profissionais disponíveis são ainda preparados dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital.

Além da formação, outro aspecto importante que influencia no processo de trabalho diz respeito à carência, do ponto de vista quantitativo, desse profissional no mercado para trabalhar na APS. Essa carência pode ser resultado de se considerar a atenção primária como prática simplificada, não exigindo dos profissionais atributos e recursos específicos e, assim, seria uma ocupação menor, merecedora de pouco prestígio profissional e social. Nesse sentido, muitas vezes, nem sempre as propostas atrativas em termos de remuneração fazem que esse profissional tenha interesse em

trabalhar ou continuar trabalhando na APS, gerando grande rotatividade, o que reflete diretamente no processo de trabalho das equipes (Brasil, 2009).

No entanto, em que pese todas as dificuldades para se dispor do médico na APS, o modelo assistencial adotado está centrado na sua presença. A grande maioria desses profissionais, tendo recebido formação voltada para a prática em unidades hospitalares no regime ambulatorial ou de internação, atua na APS como se tratasse apenas de um ambulatório simplificado, exercendo sua prática de modo pontual e voltado para a cura, o que não contribui com o trabalho em equipe necessário para cuidar das pessoas na sua integralidade (Brasil, 2009).

Diante do exposto, acredita-se que o processo de trabalho das equipes da atenção primária tem relação com a ocorrência das ICSAP, entendendo que este processo é fruto, entre outras questões, da forma como se organizam os serviços de saúde, da formação e prática dos profissionais de saúde na APS e do prestígio social e profissional que ela consegue produzir.

5. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que utiliza métodos quantitativos e qualitativos em três diferentes estudos: um estudo epidemiológico ecológico exploratório; um estudo epidemiológico de validação; e um estudo qualitativo, que respondem a diferentes perguntas de pesquisa.

Considerando a diversidade da aproximação metodológica, a metodologia correspondente a cada estudo será abordada de forma individualizada nos subtítulos a seguir.

5.1 CENÁRIO DE ESTUDO

O município de São Paulo (SP) está organizado, segundo a Lei n.º 13.399, de 1.º de agosto de 2002 (São Paulo, 2002), em 31 subprefeituras e 96 distritos administrativos.

As subprefeituras são órgãos de administração direta, instaladas em áreas administrativas de limites territoriais estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos.

A administração municipal, no âmbito da subprefeitura, é exercida pelos subprefeitos, a quem cabe a decisão, a direção, a gestão e o controle dos assuntos municipais no nível local, respeitada a legislação vigente e observadas as prioridades estabelecidas pelo Poder Executivo Municipal (São Paulo, 2002).

São Paulo é o maior município do estado, com uma população, segundo dados de 2010 do IBGE, de 11.253.503 habitantes (São Paulo, 2011c).

A pirâmide etária para 2010 (Figura 2) apontou redução na proporção de crianças e adolescentes. Observa-se que a faixa etária prevalente, entre as mulheres, tem entre 25 a 29 anos, sendo também um destaque entre os homens. A redução da natalidade, acompanhada de aumento muito discreto nas taxas de mortalidade, levam a um envelhecimento populacional com aumento de adultos e idosos (São Paulo, 2011d).

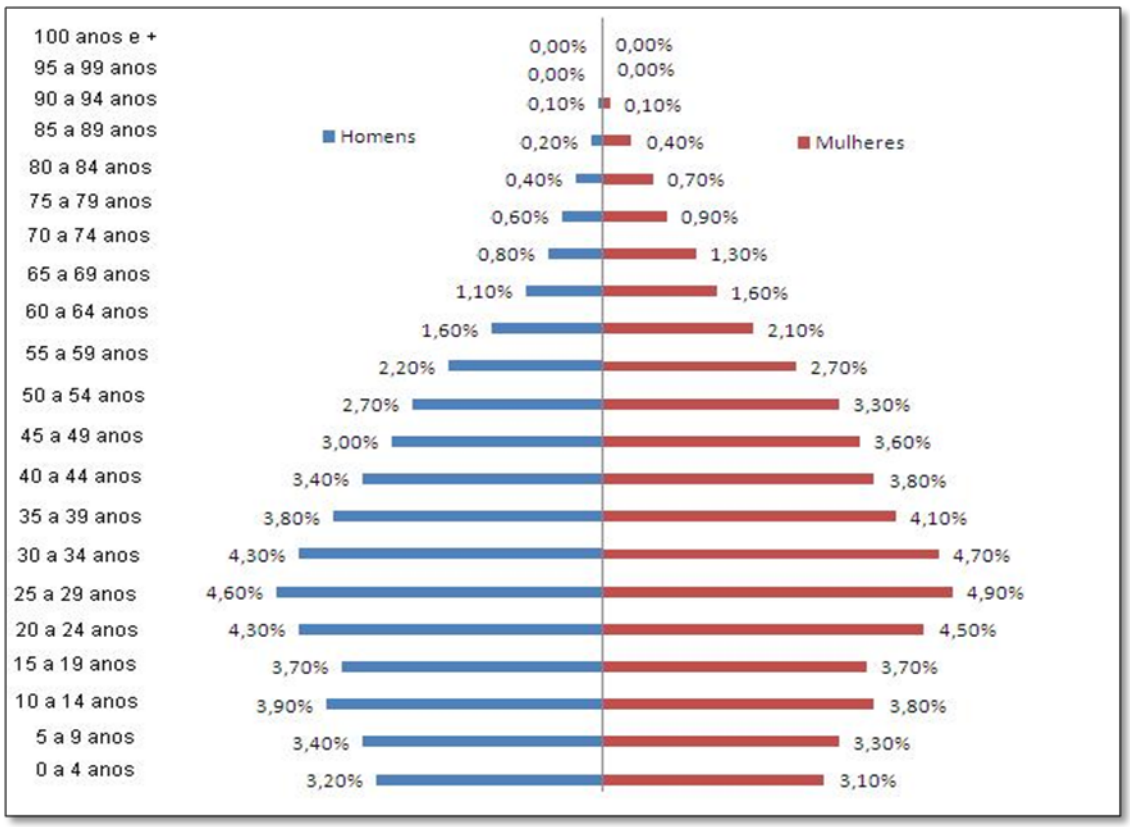

Figura 2 — Representação gráfica da pirâmide populacional do município de São Paulo — São Paulo/SP — 2010
Fonte: Sinópse do Censo Demográfico 2010 IBGE

Ao analisar a estrutura etária por região da cidade, observamos a queda da proporção de adolescentes em toda cidade, com destaque para o Centro-Oeste e Sudeste, e o maior crescimento de idosos na população nas regiões Leste e Sul. A maior redução da taxa bruta de natalidade ocorre também nas regiões Leste e Sul (São Paulo, 2011d).

Quanto aos indicadores socioeconômicos, os problemas mais graves de saneamento básico estão localizados na região Sul (coleta de

esgoto em rede), onde predominam também proporções maiores de baixa escolaridade e renda da população juntamente com a região Leste. As moradias tipo favelas abrigam 14% dos moradores da cidade, sendo que 20% destas representam local de moradia de mais de 20% dos moradores da região sul no ano de 2009 (São Paulo, 2011d).

Do ponto de vista epidemiológico observa-se aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis com redução da incidência das doenças infecciosas acompanhadas do posterior crescimento das mortes por causas externas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica relacionadas à urbanização e à metropolização de SP (São Paulo, 2011d).

Com a epidemia da AIDS, aumentou a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, apresentando queda após a introdução da terapia antirretroviral. Em 2009, houve aumento na quantidade de mortes de adultos e gestantes na epidemia de *Influenza* H1N1 (São Paulo, 2011d).

Os maiores índices de mortalidade pelas doenças crônicas não transmissíveis, como doença cerebrovascular e diabetes *mellitus*, são observados nas regiões Norte, Sul e, principalmente, na Leste. A tendência de aumento dos índices da mortalidade por quedas em idosos é observada em toda a cidade, todavia, destaca-se na Centro-Oeste, seguida da Sul (São Paulo, 2011d).

Do ponto de vista da organização do sistema de saúde, no início de 2001, com a desativação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), iniciou-se a transição em direção ao SUS. Naquele mesmo ano, o município se habilita nos termos da NOB 96, como Gestor Pleno da AB, e inicia-se o processo de municipalização das unidades estaduais de saúde, além de eleger o PSF como componente estruturante da AB do sistema municipal de saúde (Guerra, 2006).

Atualmente, o município conta com 997 equipes de saúde da família (ESF), com cobertura populacional de 29,38%, maior cobertura

quando comparada à do estado, que é de 27,77% com 3.460 unidades (Brasil, 2011c).

A meta da Secretaria Municipal de Saúde é implantar 1.224 equipes até 2012, chegando a uma cobertura de 44,3%. (São Paulo, 2011a). As equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis ACS, sendo distribuídas por Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e, preferencialmente, nas regiões mais periféricas e ou de alta vulnerabilidade (São Paulo, 2011a). A maior cobertura é na Regional Sul seguida da Leste e da Norte (São Paulo, 2011d).

Em 2003, o município habilitou-se como Gestor Pleno do Sistema Municipal, nos termos da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), e passou a ter as atribuições de prestar serviços próprios, regular os demais serviços de saúde que atuam na cidade, incluindo os privados, e executar a vigilância ambiental, epidemiológica e de produtos e serviços relativos à saúde (Guerra, 2006).

Segundo Decreto n.º 45.037, de 20 de julho de 2004 (São Paulo, 2004), o município de SP está organizado em cinco CRS (Norte, Centro-Oeste, Sudeste, Leste e Sul), cabendo-lhes desempenhar as funções de gestão no SUS.

Cada CRS é formada por um número definido de subprefeituras, sendo que a Coordenadoria Sul é composta pelas Subprefeituras de Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro, e conta com cinco supervisões técnicas.

O estudo foi realizado na Microrregião de Cidade Ademar, localizada na região Sul do município, que é composta pelos distritos de Pedreira e Cidade Ademar, da Subprefeitura de Cidade Ademar, e pelo distrito de Campo Grande, da Subprefeitura de Santo Amaro (São Paulo, 2008).

A escolha da Microrregião de Cidade Ademar, para realização do estudo, deu-se em razão de que ela conta com um sistema local de saúde que integra os serviços de atenção primária, com os de média e alguns serviços de alta complexidade, o que se constitui em aspecto fundamental para a análise das ICSAP.

Essa condição decorre da parceria celebrada, por meio de um Contrato de Gestão (São Paulo, 2008), entre a Organização Social de Saúde (OSS), Associação Congregação de Santa Catarina, e a Secretaria de Saúde do Município de SP, com vistas ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde na Microrregião de Cidade Ademar, que envolve os distritos de Cidade Ademar, Pedreira e Campo Grande. Além disto, essa congregação celebrou Contrato de Gestão com a Secretaria Estadual de Saúde de SP, para a administração do Hospital Geral de Pedreira (HGP).

As Organizações Sociais (OS) surgiram no bojo do que se denominou de reforma do Estado, cujo marco foi a aprovação do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado.Um dos pontos estratégicos desse plano foi a aprovação do Programa Nacional de Publicização, aprovado pela Lei n.º 9.637, de 15 de maio de 1998, que autoriza o Poder Executivo a transferir a execução de serviços públicos e gestão de bens e pessoal públicos a entidades especialmente qualificadas, quais sejam, as OS (Brasil, 1988b).

Balanço comparativo dos modelos de gerência das unidades hospitalares da Secretaria Estadual de Saúde de SP revela que aquelas sob gestão de uma OSS tiveram, em 2004, custo médio de internação 25,1% menor que as unidades de administração direta, embora tenham internado 43,2% mais pacientes (Hospital..., 2011). Ademais, essa OSS Santa Catarina vem discutindo, ainda que de forma incipiente, o tema das internações sensíveis e, assim, demonstrou interesse em apoiar a realização desse estudo naquela localidade.

A Microrregião de Cidade Ademar é uma área densamente povoada, na qual o distrito administrativo Cidade Ademar se destaca por apresentar a maior densidade demográfica local e uma das maiores do município (São Paulo, 2007). A taxa de crescimento populacional aumentou e a renda *per capita* média da unidade espacial diminuiu 7,66%, passando de R$ 370,21, em 1991, para R$ 341,84, em 2000 (São Paulo, 2007). A pobreza cresceu 53,53%, passando de 10,6%, em 1991, para 16,3%, em 2000. A desigualdade cresceu: o Índice de Gini[2] passou de 0,52, em 1991, para 0,54, em 2000, segundo o Atlas do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade de SP (São Paulo, 2007).

Considerando os dados de densidade demográfica e crescimento da população, evidencia-se forte aumento da população de Pedreira (13,65%) e menor crescimento em Cidade Ademar (9,61%). No entanto, ainda se destaca a alta concentração da população nesta última (21.877,03 hab/km²), enquanto em Pedreira, por ser uma área geográfica maior (18,4 km²), a densidade é bem menor (7.839,05 hab/km²) (Tabela 1).

Tabela 1 — Área (km^2), população, crescimento populacional e densidade demográfica (hab/km^2) por Distrito Administrativo. Microrregião de Cidade de Ademar/2000-2010

Distrito	Área (km²)	População		Crescimento Populacional % 2000-2010	Densidade Demográfica (Hab/km²)
		2000	2010		
Cidade Ademar	12.19	243.297	266.681	9,61	21.877,03
Pedreira	18.41	126.989	144.317	13,65	7.839,05
Campo Grande	13.01	91.298	100.713	10,31	7.741,20
Total Microrregião	43.61	461.584	511.711	10,86	11.733,80

Fonte: Elaboração própria, 2011.

Os indicadores demográficos apontam que, em 2006, a cidade de SP tinha uma população estimada de idosos de 1.063,128, sendo que, deste total, 42.872 (0,4%) estão localizados na microrregião de Cidade Ademar. No distrito administrativo de Pedreira, residem 8.418 idosos, o que

[2] Índice de Gini é uma das principais medidas de desigualdade de renda, em que o valor zero representa a igualdade perfeita, já o valor 1 indica que uma única pessoa se apropria de toda a renda e as demais nada recebe.

corresponde a 5,6% de sua população; Cidade Ademar conta com 20.038 habitantes idosos (8%) e Campo Grande, com 14.416 habitantes idosos (15%).[3]

O sistema de atenção à saúde na microrregião de Cidade Ademar é constituído por dois Ambulatórios de Especialidades (AE), 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Clínica Odontológica Especializada (COE), sete unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA), sendo uma AMA de Especialidades (AMA E), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) II, um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) e uma Unidade de Referência em Saúde do Idoso (URSI) (São Paulo, 2009b).

Ao verificar a distribuição desses equipamentos de saúde nos distritos que compõem essa microrregião, Cidade Ademar possui a maior concentração de UBS, seguido do distrito de Pedreira. Cidade Ademar possui também o maior número de AMA, além de possuir a única URSI da microrregião (Tabela 2).

Tabela 2 — Distribuição dos estabelecimentos municipais de saúde nos Distritos da microrregião de Cidade Ademar. São Paulo/SP — 2010.

Tipo de Estabelecimento	Distritos			Total
	Cidade Ademar	Pedreira	Campo Grande	
Ambulatório de Especialidades	2	0	0	2
Unidade Básica de Saúde	10	7	2	19
Unidade de Saúde Mental	0	1	0	1
Unidade de Saúde Bucal	0	1	0	1
Unidade de Referência Saúde do Idoso	1	0	0	1
Núcleo Integrado de Reabilitação	0	1	0	1
Assistência Médica Ambulatorial	4	2	0	6
Assistência Médica Ambulatorial de Especialidades	1	0	0	1

Fonte: Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/crs_sp_sts_munic.jpg>.

Apresentamos a distribuição espacial dos equipamentos de saúde nos distritos na Figura 3.

[3] Informações coletadas por meio de documento interno da OSS Santa Catarina.

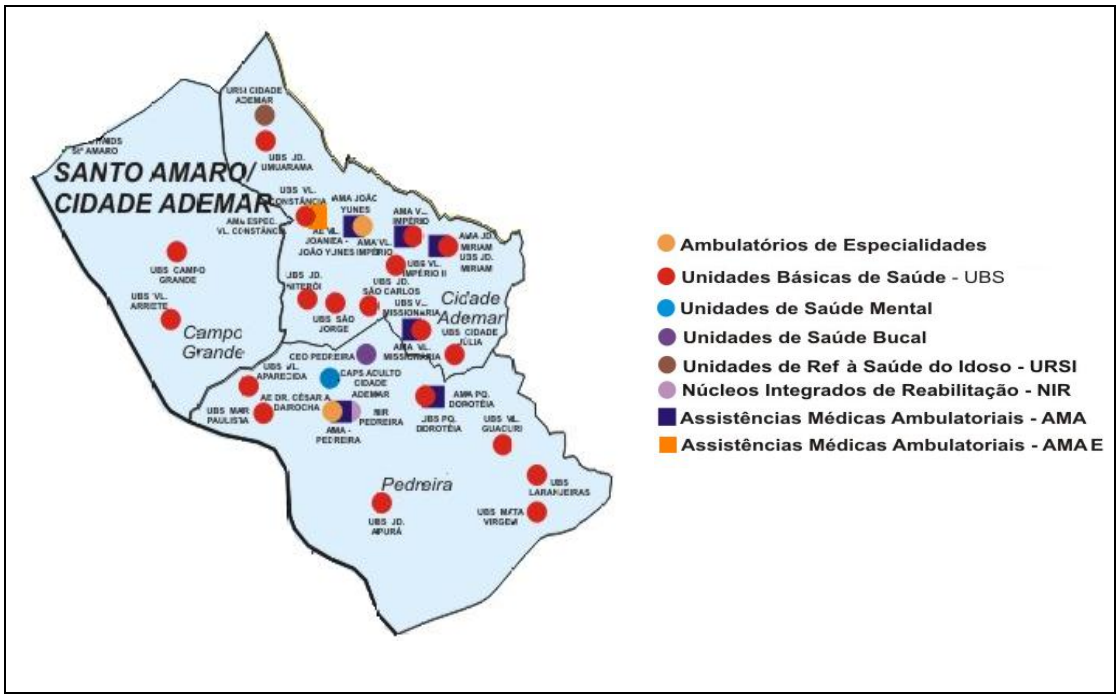

Figura 3 — Distribuição dos estabelecimentos municipais de saúde na microrregião de Cidade Ademar. São Paulo/SP — 2010.

Fonte: Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/crs_sp_sts_munic.jpg>.

O estudo foi realizado na área de abrangência das Unidades Básicas de Jardim Niterói e Jardim São Jorge, no distrito de Cidade Ademar; e Villa Arriete, no distrito de Campo Grande, considerando os critérios definidos. Das três unidades, duas têm ESF implantada.

A seguir, no Quadro 2, são apresentados o quantitativo da população da área de abrangência por UBS e o número de equipes de saúde da família com os respectivos quantitativos de profissionais.

Quadro 2 — Área de abrangência, número de equipes e quantitativo de profissionais das UBS Jardim Niterói, Jardim São Jorge e Vila Arriete. São Paulo/SP — 2010

UBS	População			N.º ESF	Composição da ESF	Outros Profissionais	Observações
	Masc.	Fem.	Total				
Jd. Niteroi	8.973	9.888	18.861	7	1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 5 ACS, 2 dentistas, 2 auxiliares de consultório dentário e 2 técnicos de higiene bucal.	7 funcionários área administrativa, 1 portador de necessidades especiais (deficiente auditivo), 1 orientador de público, 1 assistente de chefia, 1 gerente, 1 auxiliar de farmácia, 3 terceirizados (2 da limpeza e 1 da segurança).	Como apoio às equipes tem o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto pelos seguintes profissionais: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, educadora física e assistente social), além de profissionais da saúde mental (psicóloga e psiquiatra).
S. Jorge	8.020	8.949	16.969	6	1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem, 5 ACS, 2 dentistas, 1 técnico de higiene dental.	1 gerente, 1 assistente administrativo, 6 auxiliares administrativos, 1 orientador de público, 1 auxiliar de farmácia, 1 auxiliar operacional e 1 portador de necessidades especiais (deficiente visual), 3 terceirizados (2 auxiliares de limpeza e 1 vigilante).	Conta também com o apoio do NASF, saúde mental (psicólogo e psiquiatra) e farmacêutica.

continua

conclusão

UBS	População			N.º ESF	Composição da ESF	Outros Profissionais	Observações
	Masc.	Fem.	Total				
Vila Arriete	-	-	40.025	-	UBS tradicional	2 clínicos, 2 pediatras, 1 ginecologista, 1 clínico/geriatra, 1 gerente, 1 assistente administrativo, 3 enfermeiras, 9 auxiliares de enfermagem, 1 assistente social, 1 nutricionista (meio período), 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 2 cirurgiões dentistas, 1 assistente de saúde bucal, 1 farmacêutico (8h semanais), 2 auxiliares de farmácia, 1 orientador de público, administ. nos vários setores, sendo a segurança e limpeza terceirizados.	área de 7,10 km^2, com cálculo de 39,9% da população SUS dependente e cerca de 15% de população idosa

Fonte: Informações coletadas [e-mail] por meio dos gerentes das UBS.

Além das unidades acima, a região conta, ainda, com o HGP localizado no distrito administrativo de Campo Grande, administrado pela OSS Santa Catarina, sendo este fator decisivo para a escolha dessa microrregião para realização do estudo.

O HGP iniciou suas atividades no ano de 1998 sob a administração da OSS Associação Congregação Santa Catarina, atendendo a habitantes dos bairros Pedreira, Campo Grande e Cidade Ademar. Segundo dados de 2008, o hospital conta com 266 leitos, distribuídos conforme tabela 3:

Tabela 3 — Número e distribuição percentual dos leitos do Hospital Geral de Pedreira, segundo especialidades, São Paulo/SP — 2008

Unidades	Leitos	%
Clínica Médica	38	14,29
Pediatria	37	13,91
Clínica Cirúrgica	38	14,29
Clínica Ortopédica	14	5,26
Berçário	16	6,02
Clínica Obstétrica	42	15,79
UTI Adulto	13	4,89
UTI Pediátrica	7	2,63
UTI Neonatal	15	5,64
Pronto-Socorro Infantil / Internados	2	0,75
Pronto-Socorro Adulto / Internados	44	16,54
Total	**266**	**100,00**

Fonte: (Hospital..., 2011).

No ano de 2007, o HGP ficou em terceiro lugar no "Prêmio Top Hospitalar 2007", após concorrer entre os três melhores hospitais na categoria "Hospital Público" e em quinto lugar no *ranking* das melhores maternidades públicas do estado de SP na avaliação dos usuários do SUS no ano de 2008 (Hospital..., 2011).

O hospital possui um Núcleo de Ensino e Pesquisa e um Centro de Estudos, além de residência médica (Hospital..., 2011).

5.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ECOLÓGICO EXPLORATÓRIO

Os estudos ecológicos abordam áreas geográficas bem delimitadas, analisando comparativamente variáveis globais, quase sempre por meio da correlação entre indicadores de condições de vida e indicadores de situação de saúde. (Almeida Filho, Rouquayrol, 2003).

Inicialmente, realizamos breve descrição de todas as internações realizadas no hospital no período entre 2006 a 2008, considerando: município de residência do paciente; grupos de diagnóstico por capítulo da CID- 10; frequência e valor das internações hospitalares; internações

hospitalares por faixa etária; internações hospitalares por sexo; e outros dados selecionados da produção hospitalar como média de permanência e média de internação/mês.

A CID-10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e os problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela OMS (Brasil, 2010a).

Foi realizada a descrição do perfil das ICSAP e das internações pelas demais causas NÃO ICSAP que ocorreram no HGP, também de 2006 a 2008, excluindo-se os partos, considerando que não se configuram como doenças. Para descrição do perfil dessas internações, além das variáveis utilizadas acima, foi considerada também a quantidade mensal de internações hospitalares realizadas.

5.2.1 Variáveis e indicadores

Variáveis analisadas:

- Município de residência — município são subdivisões territoriais dos estados, com autonomia política e administrativa. O município de residência é o local onde a pessoa reside.
- Grupos de diagnósticos / diagnósticos — foi considerado o diagnóstico principal referido no prontuário e na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de acordo com a CID-10.
- Internação proporcional por ICSAP — formado pelo número de internações por um grupo de diagnósticos específicos de ICSAP sobre o total das ICSAP em determinado período.

- Valor das internações hospitalares — é o valor correspondente aos procedimentos realizados no paciente internado, registrados no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).
- Faixa etária — refere-se a um período de tempo limitado. Para esta pesquisa, foram consideradas as seguintes faixas etárias: <1 ano; ≥1 a ≤4 ; ≥5 a ≤14 ; ≥15 a ≤24 ; ≥25 a ≤34 ; ≥34 a ≤44; ≥45 a ≤54 ; ≥ 55 a ≤64 ; e ≥65.
- Sexo — masculino, feminino e ignorado. O item ignorado foi contemplado nesta pesquisa considerando que consta nas alternativas possíveis, no campo de preenchimento da AIH;
- Tempo de permanência — número de dias que o paciente fica internado. Por meio do tempo de permanência, pode-se obter a média de permanência, a média mensal de internação e a quantidade mensal de internação.

No quadro 3 abaixo, segue o detalhamento dos indicadores com as respectivas fórmulas de cálculo:

Quadro 3 — Detalhamento dos Indicadores

Indicador	Fórmula de cálculo
Internação proporcional por grupos de causas	Número de internações por determinado grupo de causas dividido pelo total de internações x 100
Internação proporcional por sexo	Número de internações por sexo dividido pelo total de internações x 100
Internação proporcional por faixa etária	Número de internações por faixa etária dividido pelo total de internações x 100

continua

Conclusão

Indicador	Fórmula de cálculo
ICSAP no total de internações	Total de internações de pacientes residentes por essas causas realizadas no HGP dividido pelo total de internações de pacientes residentes, no mesmo local e período selecionado, multiplicado por 100.
Causas sensíveis à atenção primária, no total das internações de pacientes residentes por estas causas	Total de internações sensíveis por determinado grupo de causas sensíveis à APS, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes, no mesmo local e período selecionado, multiplicado por 100
Internações sensíveis à atenção primária proporcional por sexo dos pacientes	Total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes, no mesmo local e período selecionado, por sexo, dividido pelo total de internações sensíveis à atenção primária, multiplicado por 100
Internações sensíveis à atenção primária proporcional por faixa etária dos pacientes	Total de internações sensíveis à atenção primária de pacientes residentes, nas respectivas faixas etárias selecionadas: < 1 ano,≥1 a ≤4, ≥5 a ≤14,≥15 a ≤24, ≥25 a ≤34, ≥34 a ≤44, ≥45 a ≤54, ≥ 55 a ≤64; ≥65, multiplicado por 100

Fonte: SIH-SUS

5.2.2 Fonte e coleta de dados

O SIH/SUS foi utilizado como fonte de dados, sistema implantado pelo MS por meio da Portaria GM/MS n.º 896/1990 (Brasil, 2010a).

Trata-se de um sistema de abrangência nacional, originado a partir das AIH, que possibilita, entre outras questões, armazenar os dados das internações hospitalares; apresentar e processar mensalmente as AIH dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados; disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores e acompanhar o desempenho dos hospitais

quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais (Brasil, 2010a).

Esse sistema auxilia, ainda, o conhecimento ou a construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar e a avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população.

Para obtenção de maior confiabilidade, foram utilizados dados de contas pagas ao hospital, comprovando que efetivamente a internação ocorreu.

Os dados para elaboração do perfil das ICSAP foram obtidos com base na Lista Brasileira de ICSAP composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos) (Anexo 1).

5.2.3 Processamento e análise dos dados

Para a identificação das ICSAP no SIH/SUS, geramos um arquivo de definição (DEF) para tabulação a partir da seleção das causas de internações por meio dos respectivos códigos. Utilizamos aplicativo Tabwin — Versão 3.5 — desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS.

No processamento e na análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e foram realizados cálculos das frequências, que permitiram descrever resumidamente os fenômenos, sendo os resultados organizados, classificados e apresentados em forma de tabelas.

Foi realizado teste de hipóteses utilizando o teste Chi-Quadrado, em um nível de significância de 5%, para testar a hipótese nula de igualdade

de proporções para estimativas selecionadas, entre os três anos estudados. Foi utilizado o software Epi-Info 6.0 (v. DOS).

5.3 ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO SIH/SUS PARA O REGISTRO DE ICSAP

Foram estimadas a sensibilidade, a especificidade, o VPP e o VPN do SIH/SUS para o registro adequado de ICSAP. O padrão ouro foi o prontuário do HGP. Para a análise, foram considerados os diagnósticos ICSAP e as demais causas de internações, ou seja, causas NÃO ICSAP no prontuário.

Para a identificação de prontuários e do seu respectivo par no SIH/SUS, foram considerados o número da AIH e variáveis como sexo e data de nascimento. Quando houve concordância entre todas as variáveis de identificação, o prontuário foi eleito para o estudo com o seu par.

O cálculo da sensibilidade foi feito considerando as causas definidas como ICSAP pelos prontuários. A sensibilidade do SIH/SUS foi estimada pela proporção de verdadeiros positivos detectados pelo SIH/SUS entre todas as ICSAP definidas pelos prontuários. A estimativa complementar à sensibilidade representa os falsos negativos pelo SIH/SUS.

O cálculo da especificidade foi feito considerando as causas definidas como não ICSAP pelos prontuários. A especificidade do SIH/SUS foi estimada pela proporção de verdadeiros negativos detectados pelo SIH/SUS entre todos os prontuários não ICSAP. A estimativa complementar à especificidade representa os falsos positivos pelo SIH/SUS.

O VPP foi estimado pela proporção de diagnósticos positivos do SIH/SUS entre todos os diagnósticos positivos.

O VPN foi estimado pela proporção de diagnósticos negativos do SIH-SUS entre todos os diagnósticos negativos.

5.3.1 Etapas para o estudo de validação

5.3.1.1 — Amostragem e seleção dos prontuários

Foi definida uma amostra para estimar a sensibilidade, a especificidade, o VPP e o VPN do SIH/SUS, considerando todas as internações que ocorreram no HGP no ano de 2008.

No cálculo para definição da amostra, foi utilizada a seguinte fórmula para população:

$n = N * z2 * p(1-p) /[(N* e2) + (z2 * p(1-p)]$

Em que

n = número amostral

N = população finita = 10.616 (prontuários de 2008, número de internações).

Z = 1,96 (alfa de 5%)

e = erro amostral, assumido 0,05

p = proporção esperada, assumida como 0,50.

p = complemento de p = 0,50.

Devido ao universo de prontuários ser conhecido, foi utilizada amostragem para estimar proporções para população finita.

O número amostral (n) encontrado foi de 371 prontuários. Assumindo-se 10% de perdas, o n amostral final foi de 408 prontuários para o cálculo da sensibilidade. Foi estimado igual número de prontuários para o cálculo da especificidade, sendo avaliados 816 prontuários.

Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas.

Considerando o número definido na amostragem, foram selecionados 816 prontuários de forma aleatória simples, utilizando o software SPSS®.

5.3.1.2 Preparo do banco de dados

1. Foi desenvolvido um banco de dados, utilizando o aplicativo Access, para a entrada dos dados da AIH e do Prontuário, contemplando dois grupos de variáveis: um grupo para *linkage* AIH/Prontuário; e outro grupo para a busca das demais informações (Apêndice 1);

2. Foram definidas como variáveis do primeiro grupo (*linkage*): número da AIH; sexo e data de nascimento;

3. Para o segundo grupo de variáveis: endereço (n.º, bairro, município, e CEP); diagnóstico principal por extenso e CID no prontuário; data de admissão; hora da admissão; data da alta e condição da alta no prontuário; motivo da alta na AIH;

4. Para o segundo grupo de variáveis, foi estabelecido um campo, no banco de dados, para sinalizar, considerando o diagnóstico definido na AIH, se aquele caso pertencia ao grupo de ICSAP;

5. Nas situações em que o diagnóstico era uma ICSAP na AIH, procedia-se ao preenchimento dos demais campos do banco

de dados, para o uso na etapa qualitativa do estudo. (Esse procedimento teve como objetivo evitar o retorno em outro momento ao hospital, para coletar informações no prontuário, caso o par fosse eleito para continuidade do estudo na etapa qualitativa.);

6. Os campos de que trata o item 5 eram: nome do paciente; passagem anterior a esta internação pela UBS; se o paciente fazia acompanhamento ambulatorial antes da internação; se a resposta for “sim”, onde fazia o acompanhamento e há quanto tempo; se houve cuidado domiciliar antes da internação; tempo entre a manifestação dos principais sintomas até o agravamento que motivou a internação e um campo destinado para “observações” julgadas relevantes para o estudo;

7. Foi considerado para o estudo o diagnóstico principal, por ser aquele que, pela avaliação clínica, é considerado como causa da admissão no hospital e a CID correspondente, registrada pelo médico no relatório de alta no prontuário;

8. Apesar de constar, no prontuário, uma cópia da AIH, em nenhum momento foi buscada qualquer informação nesta cópia, considerando que esta AIH seria o objeto do estudo de validação;

9. As informações procedentes da AIH como número, sexo e data de nascimento, necessárias para *linkage* com as informações do prontuário, e, consequentemente, para eleição do par para o estudo, foram inseridas no banco de dados, previamente, a partir do SIH/SUS, antes do início da coleta dos dados nos prontuários no hospital.

10. As informações procedentes da AIH a respeito do diagnóstico e da CID-10 correspondente só foram inseridas no banco de dados posteriormente, a partir do SIH/SUS, após o término da

coleta dos dados nos prontuários no hospital (especialmente o diagnóstico/CID-10), de forma a evitar que, na dúvida quanto ao registro do diagnóstico pelo médico no prontuário, se verificasse o diagnóstico inserido no banco de dados procedente da AIH;

11. As informações sobre o diagnóstico principal e a CID registrada no prontuário foram coletadas da ficha RELATÓRIO DE ALTA que integra o prontuário e que é preenchida pelo médico assistente do paciente;

12. No momento da coleta dos dados no prontuário, foi considerada apenas a CID que estivesse escrita com a mesma letra e cor de caneta do médico que preencheu a ficha RELATÓRIO DE ALTA;

13. Nos casos em que foi observada a transcrição da CID com letra diferente ou a lápis, esta não foi considerada, coletando-se apenas o diagnóstico principal definido pelo médico assistente, de forma a garantir a fidedignidade;

14. Foram considerados prontuários elegíveis para o estudo aqueles que coincidiram as informações constantes na AIH e no prontuário, referentes ao número da AIH, sexo e data de nascimento;

15. Em seguida, foram identificados, no hospital, os prontuários correspondentes a estas AIH selecionadas para o estudo;

16. Previamente à coleta dos dados no prontuário e na AIH correspondente, foi realizado um estudo- piloto, com dois prontuários/duas AIH para testagem do banco de dados;

17. Como resultado do estudo-piloto, foi verificada a necessidade de inserir no campo “condição de alta”, no prontuário, a opção

“não informado” e a inserção da opção “outro serviço” no item “passagem anterior pela UBS”. No mais, o banco de dados foi aprovado no formato original para continuidade do estudo;

18. Foram definidas como perdas no estudo as seguintes situações:

- Prontuários utilizados para realização do estudo-piloto;
- Discordância de SEXO considerando a AIH/prontuário;
- Sexo não coletado no prontuário (falha na coleta)
- Discordância de DATA DE NASCIMENTO, considerando a AIH/prontuário;
- Prontuário não localizado;
- Diagnóstico principal interrogado;
- Diagnóstico principal escrito a lápis;
- Mais de um diagnóstico principal diferentes entre si;
- Diagnóstico principal não identificado na CID-10;
- Diagnóstico de admissão assumido como principal. (O diagnóstico de admissão é mais uma suspeita diagnóstico do que o verdadeiro diagnóstico. Na AIH, o diagnóstico informado é o diagnóstico de alta e não de admissão.);
- Apenas a CID-10 como diagnóstico principal. (O registro apenas do código da CID-10 possibilita maior risco de erros do que o diagnóstico escrito por extenso pelo médico. Além do que a maioria dos médicos não coloca a CID-10, colocando apenas o diagnóstico por extenso.);
- Diagnóstico lançado por sigla não identificada no momento da coleta;

19. Após a finalização da coleta dos dados no prontuário, foram inseridas as informações referentes à AIH, no banco, procedentes do SIH/SUS;

20. Finalizada essa etapa, foi feita uma checagem em todos os 816 registros extraídos do prontuário para verificar a compatibilização entre o diagnóstico por extenso e a CID-10 colocada pelo médico assistente. Essa checagem gerou um banco de dados a que se denominou “banco de dados ajustado”;

21. A verificação foi feita mediante pesquisa usando o programa PesqCID (Programa de pesquisa) versão 2.4, desenvolvido pelo Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD) em parceria com o DATASUS, para facilitar a codificação de agravos pela CID-10, a partir da sua descrição (Brasil, 2008a);

22. A utilização desse programa permitiu que, ao se digitar a CID-10 registrada pelo médico assistente no prontuário, no espaço de busca do PesqCID, fosse imediatamente visualizada a descrição do diagnóstico correspondente, na tela do programa;

23. Em seguida era feita uma checagem se o diagnóstico por extenso, correspondente à CID digitada na tela do programa, era igual ao diagnóstico por extenso escrito no prontuário;

24. Nesse momento, foi feita também a revisão na escrita da codificação no que diz respeito à colocação do ponto entre a categoria e a subcategoria (conforme preconizado pela CID-10) quando esta era a situação encontrada no prontuário e reproduzida no banco de dados;

25. Embora o manual do PesqCID oriente que, quando a categoria apresentada contiver um hífen no seu quarto caractere, isso indica que essa categoria contém subcategorias, não devendo, portanto, ser usada como código de agravo, em algumas situações foi necessário adotar a categoria com hífen, como código de agravo, para preservar o diagnóstico colocado pelo médico assistente;

26. Quando havia correspondência entre a CID-10 e o diagnóstico registrado por extenso pelo médico, era finalizada a checagem CID/diagnóstico;

27. Quando não havia essa correspondência, foi feito o procedimento inverso, ou seja, digitava-se o diagnóstico por extenso do prontuário no espaço de busca do programa PesqCID para verificar a CID correspondente a ele. Sendo encontrado a CID correspondente, esta era adotada. Esse procedimento visou preservar sempre o diagnóstico escrito pelo médico assistente no prontuário;

28. Em algumas situações, não foi encontrada a correspondência CID/diagnóstico por extenso no prontuário. Nesses casos, recorreu-se à assessoria de um profissional qualificado com vasta experiência na área de codificação de causa básica, para fazer os ajustes na CID, com o objetivo de preservar o diagnóstico escrito pelo médico assistente. Esse procedimento teve, também, como objetivo reduzir ao mínimo o número de perdas, de forma que não se comprometesse a amostra de registros definida para o estudo;

29. Após a inserção de todas as informações, de acordo com os procedimentos relatados, foi realizada a análise das informações e foram estimadas sensibilidade, especificidade, VPP e VPN e calculados os seus respectivos IC95%;

31. Foi realizado teste de hipóteses, utilizando o teste não paramétrico de Mann-Whitney, em um nível de significância de 5%, para testar a hipótese nula de igualdade das médias das idades entre os pacientes com diagnóstico de ICSAP e os pacientes com diagnóstico NÃO ICSAP, utilizando o software SPSS v18.

5.4 ESTUDO QUALITATIVO

A abordagem qualitativa leva em conta o fato de que esta oferece amplas condições para que o pesquisador possa captar o fenômeno na sua concretude histórica, o que significa, portanto, não se limitar somente a descrevê-las e expressar as ideias que se tem a respeito delas. Esta abordagem considera que a realidade social é rica e complexa e sua compreensão ocorre apenas por aproximação, não podendo reduzir-se a interpretações numéricas ou a dados estatísticos para universalizar a concepção do fenômeno real (Minayo,2007)

Segundo Kant apud Minayo (2007, p. 55), “propriedades numéricas e qualidades intrínsecas são atributos de todos os fenômenos“. A utilização das abordagens quantitativas e qualitativas mostra que elas não são incompatíveis e podem ser integradas em um mesmo projeto de pesquisa, ou seja, uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas só por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhe acréscimo compreensivo e vice-versa (Minayo, 2007).

Por meio desse estudo, buscaremos compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP do ponto de vista dos usuários e profissionais da AB no território selecionado.

Como marco teórico, estabelecemos APS e, como categorias de análise: acesso, processo de trabalho e determinantes sociais.

5.4.1 Amostragem/população de estudo

O processo de definição da amostra qualitativa deve ser feito considerando o critério de saturação, que significa o conhecimento formatado pelo pesquisador, no campo, que conseguiu compreender a

lógica interna do grupo ou coletividade em estudo. No entanto, provisoriamente, o investigador pode e deve prever um montante de entrevistas e de outras técnicas de abordagem a serem depois balizadas em campo, à medida que consiga o entendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias para seu trabalho (Minayo, 2007).

Os critérios adotados para a definição da amostra desse estudo incluíram informações acerca da PNAB, os profissionais responsáveis pela aplicação desta política, além de privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Nesse sentido, fizeram parte da amostra as UBS e, nestas, os profissionais da AB e os usuários que foram internados por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

Após realização do estudo de validação do SIH/SUS, foram consideradas as internações verdadeiras positivas (diagnóstico ICSAP na AIH e diagnóstico ICSAP no prontuário), que aconteceram no HGP no ano de 2008, para continuidade da pesquisa referente ao estudo qualitativo.

Em seguida, foi realizada uma análise dessas internações, considerando o local de moradia do paciente e a UBS mais próxima da sua residência responsável pela sua AB. Para identificar a UBS da área de moradia do paciente, foi utilizado o sistema BuscaUBS — Localizador de UBS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (São Paulo, 2010).

Após realização da análise, foi verificado que a maioria dos pacientes internados por ICSAP no ano de 2008 no HGP residem na subprefeitura de Cidade Ademar, nos distritos administrativos de Cidade Ademar, Campo Grande e Pedreira.

Ao analisar o endereço desses pacientes, por área de abrangência das UBS, observa-se que a maioria deles reside na área de abrangência da UBS Vila Arriete (13,46%), seguida da UBS Jardim Miriam (8,65%), UBS Jardim São Jorge (7,69%), UBS Parque Dorotéia e UBS/AMA

Vila Missionária, ambas com 6,73%. Exceto a UBS Jardim São Jorge, as demais não trabalham com a ESF.

Posteriormente, foram selecionadas as UBS para realização de entrevistas com profissionais e usuários que concordassem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a seleção das UBS, foram consideradas aquelas onde ocorreu o maior número de ICSAP, no território selecionado, identificadas no levantamento anterior. Além do critério descrito acima, foram consideradas também unidades tradicionais e unidades com a ESF implantada. Esta seleção fundamentou-se no entendimento de que o processo de trabalho de uma UBS com ESF é diferente daquela sem ESF.

Participaram do estudo três UBS, sendo uma unidade tradicional (UBS Vila Arriete) e duas unidades com a ESF implantada (UBS Jardim Niterói e UBS Jardim São Jorge).

Quanto aos profissionais da AB, foram entrevistados o médico, o enfermeiro, o médico e o enfermeiro responsáveis técnicos (RT), o auxiliar de enfermagem e o ACS, que trabalhavam nas UBS selecionadas e que aceitaram o convite para participar da pesquisa, assinando o TCLE. Inicialmente foi previsto entrevistar 28 profissionais, sendo 10 de cada UBS com ESF e oito da UBS tradicional, considerando que esta última não trabalha com ACS.

Entretanto, na UBS tradicional, duas enfermeiras, sendo uma delas a enfermeira RT, não foram entrevistadas em função de férias da primeira e ausência da segunda para realização de treinamento. Dessa forma, foram entrevistados 26 profissionais da AB. Essas ausências não comprometeram a amostra do estudo, em função de se ter atingido o critério de saturação considerando os profissionais entrevistados.

Com relação aos usuários, fizeram parte da amostra aqueles que tiveram diagnóstico ICSAP na AIH e no prontuário (estudo de validação) e

que moravam na área de abrangência das UBS selecionadas para o estudo. Inicialmente, a proposta era entrevistar 12 usuários, sendo quatro por UBS, podendo esse número ser reduzido ou aumentado, de acordo com o critério de saturação. Entretanto, só foi possível localizar sete usuários no total de 104 que preenchiam os critérios de inclusão. A não localização dos usuários se deu em função das seguintes questões: óbito, mudança de endereço ao tentar localizar o usuário diretamente na residência; mudança de telefone considerando o número que foi disponibilizado no momento da internação no HGP; não localização dos pacientes pelas UBS e residência não localizada no endereço disponibilizado.

5.4.2 Instrumentos de coleta de dados

Os dados foram coletados mediante o preenchimento de dois formulários elaborados para essa finalidade: Apêndice 2 — Roteiro para entrevista com profissionais da equipe da AB; e Apêndice 3 — Roteiro para entrevista com usuários selecionados para o estudo pós-internação por ICSAP.

No processo de elaboração do formulário para entrevista dos profissionais, houve testagem para realização dos ajustes necessários antes do início das entrevistas. Participaram dessa testagem sete profissionais da AB envolvendo as seguintes categorias: um médico, dois enfermeiros, dois auxiliares de enfermagem e dois ACS. Esses profissionais não pertenciam às UBS incluídas para a realização do estudo.

Não foi possível submeter para testagem o formulário para entrevista dos usuários, em função da impossibilidade de identificar pessoas que foram internadas por ICSAP no HGP e que não estivessem incluídas na relação das pessoas que seriam envolvidas no estudo.

5.4.3 Coleta de Dados

A obtenção dos dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais semiestruturadas, com questões norteadoras. Essas entrevistas permitiram às pessoas a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender às perguntas formuladas, com o propósito de captar as concepções dos sujeitos sobre o tema em questão (Minayo,2007).

De acordo com Minayo (2007), a entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas, sendo a primeira relacionada aos fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes, como censos, estatísticas, registros civis e outros, e a segunda, àquelas que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, ou seja, a entrevista pode trazer informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, crenças, condutas, razões conscientes ou inconscientes de determinada atitude ou comportamento.

As entrevistas dos profissionais foram realizadas nas respectivas UBS após agendamento prévio com a gerente da unidade. Quanto aos usuários, as entrevistas foram realizadas na residência, após contato prévio por telefone da pesquisadora. Vale ressaltar que, dos sete usuários entrevistados, dois foram localizadas pela UBS.

Quanto aos profissionais, foram buscadas, nas entrevistas, as características e justificativas para o internamento de usuários com diagnósticos por ICSAP. Buscou-se, também, levantar as possíveis explicações para o fato de usuários terem sido internados sem encaminhamento prévio da AB, além das principais barreiras de acesso e a possível influência do processo de trabalho para a ocorrência dessas internações.

Ao entrevistarmos os usuários, buscamos compreender as possibilidades/facilidades que ele teve para buscar a assistência à saúde, além de tentar identificar outras questões relacionadas às suas condições de vida e trabalho, que podiam contribuir com essas internações.

Todas as entrevistas foram iniciadas após explicação dos objetivos, assim como leitura e assinatura do TCLE. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas, sendo mantido o conteúdo das falas. Após a transcrição, o material foi preparado para ser processado no Alceste (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto).

5.4.4 Análise dos dados

O Alceste permite realizar de maneira automática a análise de entrevistas, perguntas abertas de pesquisas, compilações de textos. O objetivo é quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas (Camargo, 2005).

Segundo Camargo (2005), a análise quantitativa de dados textuais, além de considerar a qualidade do fenômeno estudado, fornece critérios provenientes do próprio material para a sua consideração como indicador de um fenômeno de interesse científico. Ainda segundo esse autor, esse programa faz uma análise lexical quantitativa, tendo a palavra como unidade, permitindo considerá-la no seu respectivo contexto de ocorrência.

O Alceste pode realizar uma análise padrão ou uma análise paramétrica. Na análise padrão, os parâmetros são predefinidos pelo *software*, enquanto, em uma análise paramétrica, o usuário define os próprios parâmetros e o tipo de classificação, se simples ou dupla (Camargo, 2005).

Geralmente, é realizada uma classificação simples quando o *corpus* (conjunto textual) é pequeno, por exemplo, para o tratamento das respostas às perguntas abertas. Entretanto, uma dupla qualificação torna-se pertinente toda vez que o *corpus* é grande, a fim de reter as classes mais estáveis (Camargo, 2005).

O Alceste realiza quatro etapas para análise padrão do material (Camargo, 2005):

1. Na etapa A, o programa faz a leitura do texto e o cálculo dos dicionários. O programa prepara o *corpus*, que é constituído de um conjunto de unidades de contexto inicial (UCI); reconhece as UCI; faz uma primeira segmentação do texto; agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo dessas formas reduzidas.

A UCI é cada entrevista que necessariamente deve começar com uma linha de comando. Essa linha informa o número de identificação do entrevistado e algumas características (variáveis) que são importantes para o delineamento da pesquisa, definidas pelo pesquisador.

2. Na etapa B, o programa faz o cálculo das matrizes de dados e classifica as unidades de contexto elementar (UCE). Essa é uma etapa de cálculo.

As UCE são segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa em função do tamanho do *corpus* e, em geral, respeitando a pontuação. São classificadas em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto delas é repartido em função da frequência das formas reduzidas.

A partir das matrizes cruzando formas reduzidas e UCE, variando o tamanho das UCE, aplica-se o método de classificação hierárquica descendente (CHD) e obtém-se uma classificação definitiva. Essa análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes.

Para isso, utiliza-se o teste do chi-quadrado de associação das formas reduzidas e das UCE às classes.

3. A Etapa C fornece os resultados mais importantes. O programa apresenta o dendograma da CHD, o qual ilustra as relações entre as classes.

Além disso, o programa fornece outra forma de apresentação dos resultados, por meio de uma análise fatorial de correspondência (AFC) ou representação das relações entre as classes em um plano fatorial, feita a partir da CHD.

4. A etapa D é um prolongamento da etapa C. Com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece-nos as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na descrição das classes. Fornece, ainda, classificações hierárquicas ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo, assim, o estudo das relações dos elementos (palavras) intraclasse.

As operações onde se produzem os resultados mais importantes para a interpretação de um *corpus* são: dendograma de CHD; descrição das classes; seleção das UCE mais características de cada classe; e classificação hierárquica ascendente (CHA) das palavras por classe (CHA) (Camargo, 2005).

No caso específico desta pesquisa, foram entrevistados 26 profissionais da AB e sete usuários. As respostas dos participantes às perguntas foram agrupadas em dois arquivos informáticos, sendo um dos profissionais e outro dos usuários, constituindo-se dois *corpus* que foram analisados separadamente utilizando os parâmetros definidos e calculados pelo Alceste (análise padrão) sem a interferência do pesquisador.

Foi adotada a análise padrão em detrimento da análise paramétrica, considerando que, por meio da primeira, foi possível obter os

resultados mais importantes para a interpretação do *corpus* (CHD, descrição das classes, seleção das UCE mais características de cada classe e CHA) (Camargo, 2005), além da segunda demandar procedimentos mais complexos para sua execução.

Constituíram as linhas de comando das entrevistas (UCI) com os profissionais da AB as seguintes variáveis: nome da UBS; ocupação; sexo, idade e tempo de trabalho na equipe. Abaixo estão explicitados os parâmetros utilizados para cada variável:

Quadro 4 - Variáveis e respectivos parâmetros para composição das UCI dos profissionais da atenção básica

Variável	Parâmetro
UBS Jardim Niterói UBS Jardim São Jorge UBS Vila Arriete	1. Ubs_jn 2. Ubs_sj 3. Ubs _va
Ocupação	1. Médico responsável técnico (RT) 2. Médico 3. Enfermeiro responsável técnico (RT) 4. Enfermeiro 5. Auxiliar de Enfermagem 6. Agente Comunitário de Saúde continua

Conclusão

Variável	Parâmetro
Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Idade	1. ≥19 a <27 2 . ≥27 a <47 3 . ≥47 4 . não informado
Tempo trabalho na ESF	1. não ESF 2 . < 1 ano 3. ≥1 a <5 anos 4 . ≥5 a <10 anos 5 . ≥10 a <15 anos 6 . ≥ 15 anos

Fonte: elaboração própria, 2011.

Constituíram as UCI com os usuários as seguintes variáveis: nome da UBS; ocupação; sexo; idade; escolaridade e estado civil. Abaixo estão explicitados os parâmetros utilizados para cada variável:

Quadro 5 — Variáveis e respectivos parâmetros para composição das UCI dos usuários

Variável	Parâmetro
UBS Jardim Niterói UBS Jardim São Jorge UBS Parque Doroteia	1. Ubs_jn 2. Ubs_sj 3. Ubs _pd
Ocupação	1. do lar 2. diarista (faxineira) 3. desempregado 4. encostado por doença
Sexo	1. Masculino 2. Feminino
Idade	1. ≥19 a <27 2. ≥27 a <47 3 . ≥ 47 4 . não informado
Escolaridade	1. Ensino fundamental completo 2. Ensino fundamental incompleto 3. Ensino médio completo 4. Ensino médio incompleto 5. Ensino superior
Estado civil	1. solteiro 2. casado 3. separado

Fonte: Elaboração própria, 2011.

Durante a etapa preliminar da análise, depois de haver constituído os dicionários (ou seja, encontrando as palavras não repetidas), o Alceste procedeu à redução dessas palavras com a finalidade de constituir um dicionário de formas reduzidas. Essas palavras foram classificadas em função do número de ocorrência no *corpus*. Vale ressaltar que, para uma palavra ser incluída na análise, pelos critérios do programa, é necessário estar presente, no texto, em pelo menos 4 UCE.

Depois de analisar o vocabulário, o Alceste procedeu ao corte do texto e à sua classificação. Por meio dessa operação, as diferentes técnicas específicas de Alceste foram utilizadas, como a divisão em unidades de contexto e a CHD.

Considerando o tamanho do *corpus*, o programa realizou duas CHD sucessivas, sobre as unidades de textos (unidades de contexto) fazendo variar ligeiramente o comprimento de cada unidade de texto analisada, visando assegurar a estabilidade das classes terminais e descartando as eventuais variações devidas ao corte do *corpus*.

A comparação entre as duas classificações possibilitou extrair as classes de intersecção entre as duas classificações, permitindo obter o máximo de classes retidas. Essas classes, constituídas por unidades de texto e selecionadas com base no chi-quadrado de associação da classe, representam as ideias e os temas dominantes no *corpus*.

Os dados foram analisados em consonância com o marco teórico adotado para este estudo, qual seja, a atenção primária e as respectivas categorias analíticas: acesso, processo de trabalho e determinação social.

5.5 ASPECTOS ÉTICO LEGAIS

O presente estudo, por envolver pesquisa com seres humanos, foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo — EEUSP (processo n.º 860/2009/CEP-EEUSP) (Anexo 2); da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer n.º 144/10-CEP/SMS) (Anexo 3); e do HGP (registro CEP-HGP:01/1/P) (Anexo 4), acompanhado do TCLE em concordância com a Resolução CONEP n.º 196/1996.

Ademais foi solicitada autorização de cada um dos sujeitos pesquisados (usuários e profissionais), obtendo-se o TCLE (Apêndice 4 e 5), no qual constam esclarecimentos sobre a pesquisa, com solicitação para o fornecimento das informações necessárias e autorização para participação no estudo, conforme disposto pela Resolução n.º 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. (Brasil, 2003a).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO ECOLÓGICO EXPLORATÓRIO

6.1.1 Perfil das internações que ocorreram no HGP

No período de 2006 a 2008, ocorreram 39.871 internações hospitalares no HGP. Verifica-se que houve aumento de 18,35% nas internações do ano de 2006 para 2007 (passando de 13.398 para 15.857) e,

em seguida, redução em 2008 (10.616 internações). Entre 2006 e 2008, houve redução de 20,76% na frequência de internação (Tabela 4).

No estado de SP, comparando-se o ano de 2000 e 2007, houve aumento de 4% nas internações, com acréscimo de 94.994 internações/ano às custas do crescimento ocorrido em alguns municípios. Entretanto, a cobertura de internação hospitalar no estado sofreu redução, considerando que a população, no mesmo período, cresceu 9,56% (Rehem, Egry, 2009).

Houve, de fato, tendência de redução das internações hospitalares ocasionada pela transferência de procedimentos, antes realizados apenas em regime de internação, para a atenção ambulatorial e de hospital-dia.

No que diz respeito à produção de serviços, aplicando-se a remuneração por serviço (recursos federais transferidos pelo MS para a Secretaria Estadual de Saúde de SP – SES/SP) por meio do SIH/SUS, o HGP se não estivesse sob administração de uma OSS, teria gerado uma receita crescente entre 2006 (R$ 6.550.615,22) e 2007 (R$ 9.063.409,07) e uma redução em 2008 (R$7.056.167,31) coerente com o comportamento da frequência de internações (Tabela 4).

Considerando os anos de 2006 e 2008, o valor da produção de internações aplicando-se a tabela de remuneração com essas internações variou 7,72% (Tabela 4). No período, o valor médio da internação variou de R$ 488,92, em 2006, R$ 571,57, em 2007, e R$ 664,67, em 2008.

Tabela 4 — Dados selecionados da produção hospitalar registrada no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Indicadores	Ano da Internação			Variação %
	2006	2007	2008	2008/2006
Frequência de internações	13.398	15.857	10.616	-20,76
Valor total em reais	6.550.615,22	9.063.409,07	7.056.167,31	7,72
Pacientes/dia	62.005	76.360	52.990	-14,54
Média de permanência	4,63	4,82	4,99	7,86
Média de internação/mês	1.116,50	1.321,42	884,67	-20,76

Fonte: SIH/SUS

A referência à produção de receita para a SES/SP explica-se pelo fato do HGP, de propriedade do governo do estado, ser administrado por uma OSS. Nesse caso, a OSS assume a gerência do hospital público com base em um Contrato de Gestão que estabelece as metas de produção de serviços assistenciais, bem como o montante de recursos do tesouro do estado para custear esses serviços.

Desse modo, os serviços produzidos pelo hospital sob administração da OSS, ao alimentarem o SIH/SUS, por um lado, não geram receita a ser transferida pelo MS para SES/SP, por outro, geram valores que são considerados na definição do montante de recursos a serem transferidos. Assim, a receita da OSS está definida no Contrato de Gestão, e a produção hospitalar registrada no SIH/SUS pode ter consequência sobre o alcance das metas, mas, não sendo por produção de serviços, não guarda uma relação direta com os diagnósticos referente às internações.

Dito de outro modo, o hospital não recebe por procedimento e assim não teria nenhum benefício financeiro em eventuais alterações do diagnóstico real para outro de maior complexidade. Essa situação torna, pelo menos em tese, as informações geradas pelo HGP mais confiáveis que a média dos hospitais que integram a rede do SUS e que recebem por procedimento realizado.

No início dos anos 1990, todos os hospitais da rede do SUS, independentemente de sua natureza (pública ou privada), recebiam recursos do MS com base na produção de internações hospitalares, a partir do registro das AIH no SIH/SUS, obedecendo a um limite contratual com a SES. Com a evolução do processo de descentralização, os estados e municípios assumiram suas responsabilidades de gestores do SUS, passando a receber recursos federais por transferência do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. (Souza, 2002).

Portanto, os hospitais públicos deixaram de receber recursos federais diretamente do MS, por produção de serviços, mas continuou sendo

obrigatória a alimentação do SIH/SUS por meio do preenchimento das AIH. No entanto, os hospitais públicos sob gestão de outro ente federado (por exemplo, um hospital municipal sob gestão do estado) e os privados (filantrópicos ou lucrativos) continuam recebendo por produção de serviços. Dessa forma, se o hospital alterar o diagnóstico real do paciente por outro de maior complexidade e de maior preço na tabela de remuneração, promove elevação fraudulenta da sua receita (Souza, 2002).

A elevação de forma fraudulenta da receita do hospital promove uma deturpação dos dados por ele produzidos, comprometendo a confiabilidade do SIH/SUS.

A análise de outros indicadores de produção hospitalar aponta que houve aumento na média de permanência dos pacientes nos anos estudados (4,63 dias, 4,82 dias e 4,99 dias, respectivamente) (tabela 4). Esses valores são próximos da média observada em 2002 na rede hospitalar do SUS que foi de 4,45 dias (La Forgia, Couttolenc, 2009).

A qualidade do atendimento e a eficiência da gestão clínica afetam o tempo médio de permanência, que, sendo mais longo do que o necessário, desperdiça recursos hospitalares e pode dificultar o acesso a leitos por pacientes com condições mais graves, ou até mesmo correndo risco de vida (La Forgia, Couttolenc, 2009).

No entanto, sabe-se que a idade mais elevada da clientela bem como doenças de maior gravidade elevam o tempo médio de permanência na unidade hospitalar.

No período dos três anos estudados, mais de 99% das internações foram de pacientes residentes no município de SP, seguido do município de Diadema e de Embu, nos anos de 2006 e 2007, e Diadema e São Bernardo do Campo, em 2008 (Apêndices 6A, 6B, 6C).

Em todos os três anos foram internadas mais mulheres do que homens, observando-se valores próximos entre as frequências das

internações femininas, no período, que variou de 61,93% do total, em 2006; a 62,22%, em 2007, e 62,65%, em 2008 (p=0,52). Em termos absolutos, ocorreu redução no número de internações de mulheres (8.298, em 2006, e 6.651, em 2008) que corresponde à redução ocorrida no número total de internações (Tabela 5).

Tabela 5 — Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por sexo. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Sexo	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	5.100	38,07	5.990	37,78	3.965	37,35
Feminino	8.298	61,93	9.867	62,22	6.651	62,65
Total	**13.398**	**100,00**	**15.857**	**100,00**	**10.616**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Em 2006, a maior proporção de pacientes internados foi na faixa etária ≥15 a ≤24 anos, com 18,19%; em 2007, a faixa etária da qual as pessoas foram mais internadas foi a ≥25 a ≤34 anos, com 18,6%; e, em 2008, observamos equivalência nas internações nas duas faixas etárias citadas anteriormente, com 18,50% e 18,43%, respectivamente (Tabela 6).

Considerando todas as faixas etárias adotadas para esse estudo, as internações de <1 ano ocuparam, nos anos de 2006 e 2007, a sétima posição (8,12% e 8,22%), enquanto, no ano de 2008, ficaram na quinta posição (com 9,14%). Já a faixa etária ≥1 a ≤4 anos ocupou a última posição nos anos de 2006 e 2007; e, em 2008, ficou na penúltima posição (Tabela 6)

Tabela 6 — Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por faixa etária selecionada. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Faixa etária selecionada	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<1a	1.088	8,12	1.303	8,22	970	9,14
≥1 a ≤4 anos	773	5,77	860	5,42	731	6,89
≥5 a ≤14 anos	832	6,21	922	5,81	651	6,13
≥15 a ≤24 anos	2.437	18,19	2.799	17,65	1.964	18,50
≥25 a ≤34 anos	2.214	16,52	2.864	18,06	1.957	18,43
≥35 a ≤44 anos	1.505	11,23	1.792	11,30	1.117	10,52
≥45 a ≤54 anos	1.292	9,64	1.525	9,62	923	8,69
≥55 a ≤64 anos	1.129	8,43	1.375	8,67	882	8,31
≥65 anos	2.128	15,88	2.417	15,24	1.421	13,39
Total	**13.398**	**100,00**	**15.857**	**100,00**	**10.616**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Chama atenção, como mostra a Tabela 6 que os idosos tenham mantido, nos três anos estudados, a terceira posição, entre as internações (15,88%, 15,24% e 13,39%, respectivamente).

No período estudado, as cinco principais causas de internação foram: gravidez, parto e puerpério totalizando 10.567 (26,50%); doenças do aparelho respiratório totalizando 5.925 (14,86%); doenças do aparelho digestivo totalizando 5.252 (13,17%); doenças do aparelho circulatório totalizando 4.442 (11,14%) e lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas totalizando 3.447(8,64%) (Apêndices 6A, 6B e 6C).

Considerando apenas os anos de 2006 e 2007, ocupando as demais posições, vêm as doenças do aparelho geniturinário; seguidas pelo grupo relacionado a algumas afecções originadas no período perinatal; algumas doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias (tumores); doenças da pele e do tecido subcutâneo e as doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo (Apêndices 6A, 6B e 6C).

Em 2008, esses mesmos grupos de doenças estão presentes, no entanto ocupam posições diferentes no panorama descrito nos anos anteriores. Por exemplo, a quantidade de internações do grupo das

neoplasias, que ocupava a nona posição nos anos de 2006 e 2007, passou a ocupar a 11.ª posição no ano de 2008, ou seja, diminuiu em 50% em relação a 2006. Já a quantidade de internações do grupo relacionado a sintomas, sinais e achados anormais no exame clínico e laboratorial que, em 2006 e 2007, ocupava a 12.ª e 13.ª posições, respectivamente, passa a figurar entre os dez primeiros grupos de causas deste ano.

Foram identificadas nove AIH no ano de 2006 que teve o campo da CID-10 não preenchido. (Apêndice 6A). Segundo informações da SES/SP, essas AIH encontram-se devidamente preenchidas com a CID-10 na sua base de dados e que tal problema deve ter ocorrido quando da consolidação na base de dados do Datasus.

6.1.2 Descrição e análise do perfil das ICSAP e das NÃO ICSAP que ocorreram no HGP

Ao analisar todas as internações do HGP (39.871), no período entre 2006 a 2008, discriminando as ICSAP dos demais NÃO ICSAP (que incluem partos), observa-se que, desse total, as ICSAP responderam por 8.380 (21,02%) das causas de internações. Se consideramos que 7.737 mulheres (19,40%) foram internadas para assistência ao parto e 23.754 pessoas (59,58%) representam internações por demais causas, excluindo as internações por parto, o total de internações, no mesmo período, passa a ser de 32.134, e a proporção das ICSAP aumenta para 26,1% (Apêndice 7A, 7B e 7C).

Estudo realizado com dados do conjunto do Brasil em 2006, verificou que as ICSAP foram responsáveis por 2.779.444 internações entre as 9.812.100 realizadas no SUS, correspondendo a 28,5%, excluindo-se partos (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça et al.,

2009). Esta proporção se assemelha aquela observado no HGP no período estudado.

Aspecto importante a ser considerado diz respeito à exclusão das internações por partos do total das internações, para análise mais clara das ICSAP, uma vez que não se trata de internação motivada por doença. Desse modo, a inclusão das internações por partos no total das internações gerais reduziria a participação proporcional das ICSAP, produzindo imagem irreal.

Justificativas para exclusão dos partos, no total das internações, ao se analisarem as ICSAP, foram encontradas em estudo com dados nacionais no ano de 2006, considerando que essas internações representam um desfecho natural da gestação, são influenciadas pelas taxas de natalidade, afetam apenas uma parte da população feminina e não representam doença (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça et al., 2009).

Ao desagregar os dados por ano do estudo, verifica-se que houve aumento na frequência das ICSAP, parto e demais causas, considerando os anos de 2006 e 2007, e diminuição em todas elas no ano de 2008. O maior aumento entre 2006 e 2007 ocorreu nas internações das demais causas (23,46%), em seguida partos (17,03%) e ICSAP (7,28%).

Estudo realizado no estado de SP em que se analisou a relação entre o número de internações gerais e ICSAP mostrou que, nos municípios onde houve crescimento de internações gerais, houve também o crescimento do número de ICSAP, a exemplo de municípios dos DRS de Araçatuba e da Grande SP (Rehem, Egry, 2009).

Pode-se, dessa forma, supor que o aumento da oferta de leitos hospitalares pode tanto ampliar o acesso à internação quanto pode contribuir para o aumento das ICSAP.

Essa suposição sustenta-se na Lei de Roemer, estudioso das taxas de ocupação de hospitais nos anos de 1950 e 1960, que, com base

em suas verificações empíricas, refere que, “em presença de leitos hospitalares, eles tendem a ser usados independentemente das necessidades da população” (Mendes, 2009b, p. 591).

Estudo realizado por Souza e Costa (2011) foi verificado altas taxas de hospitalizações por ICSAP em municípios pequenos sugerindo ocupação por condições sensíveis para justificar oferta ociosa.

A redução das ICSAP, observada no ano de 2008 no HGP, converge com resultados de outros estudos realizados, que apontam para redução ou estabilização das ICSAP no Brasil[4] (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça, 2009; Mendonça, 2009; Rehem, Egry, 2009; Rehem, 2009; Perpétuo, Wong, 2007; Elias, Magajenski, 2008; Dias-da-Costa, Borba, Pinho, Chatkin, 2010).

Em 2006, no HGP, ocorreram 13.398 internações, sendo 3.228 por ICSAP (24,1%), 2.513 (18,75%) por partos e 7.657 (57,15%) por demais causas. Em 2007 ocorreram 15.857 internações, sendo 3.463 por ICSAP (21,83%), 2.941 (18,54%) por partos e 9.453 (59,61%) por demais causas. Em 2008, ocorreram 10.616 internações, sendo 1.689 por ICSAP (15,9%), 2.283 (21,5%) por partos e 6.644 (62,5%) por demais causas. A frequência de internações por ICSAP variou, no período, de modo absoluto e relativo, com redução de 47,7% ou 8,1 pontos percentuais (p= 0.000000) (Apêndice 7A, 7B e 7C).

Ao analisarmos as internações, segundo o município de residência do paciente, considerando apenas as ICSAP, observamos que, nos três anos, mais de 99% dessas internações também foram de pacientes residentes no município de SP.

Quanto à frequência das ICSAP, observa-se o mesmo comportamento das internações totais, ou seja, aumento das internações de 2006 para 2007 e redução em 2008. Apesar da diminuição na frequência

[4] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil. (mimio)

dessas internações no ano de 2008, verifica-se que houve aumento na média de permanência, passando de 4,98 dias, em 2007, para 5,58 dias, em 2008. A média de internação/mês, que era de 269 internações em 2006 e de 289 em 2007, foi reduzida, em 2008, para 141 (Tabela 7).

Tabela 7 — Dados selecionados da produção hospitalar por causas sensíveis à atenção primária registrada no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Indicadores	Ano da Internação		
	2006	2007	2008
Frequência	3.228	3.463	1.689
Valor Total	1.173.638,22	1.415.925,88	888.505,49
Permanência	15.474	17.258	9.428
Média de permanência	4,79	4,98	5,58
Média de internação/mês	269	289	141

Fonte: SIH/SUS

Em estudo feito no ano 2001, de um total de 12,4 milhões de internações no SUS, 3,4 milhões foram por ICSAP. Essas internações desnecessárias ou evitáveis, adotando-se como base de cálculo os valores de remuneração da AIH, custaram ao SUS, em 2001, 1,03 bilhão de reais do total de 6,67 bilhões de gastos em internações hospitalares (Brasil, 2006a). Esse valor significou um gasto *per capita*/ano de R$ 6,00, ou seja, 1/3 do valor atual do PAB. Segundo o estudo referido acima, as ICSAP chegam a 55,3% do total de internações e a 53,7% do total dos gastos nos hospitais com até 30 leitos e tendem a cair com o aumento da escala nos hospitais.

Ainda com relação ao gasto com ICSAP, na macrorregião de Juazeiro/Bahia, foram internados 62.489 pacientes e, desse total, 17.557 (28,1%) foram por ICSAP, custando para o SUS o total de R$7.374.369,06. Esse valor corresponde a R$7,03 habitante/ano, portanto superior a 1/3 do valor do PAB fixo (Rehem, 2009).

Esses dados evidenciam o montante de recursos que está sendo utilizado para financiar essas internações e que poderia ampliar de modo importante o financiamento da AB com provável impacto em sua qualidade.

Ao analisarmos as demais causas de internações, excluindo partos e ICSAP, observamos que, da mesma forma como ocorreu com as ICSAP, houve aumento de 2006 para 2007 e redução para 2008, tanto na frequência quanto no valor gasto e na média de internação/mês, além de aumento no tempo de permanência para essas internações (Tabela 8).

Tabela 8 — Dados selecionados das internações por demais causas (exceto partos e ICSAP) registradas no SIH/SUS. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Indicadores	Ano da Internação		
	2006	2007	2008
Frequência	7.657	9.453	6.636
Valor total	4.077.590	5.883.370	4.645.622
Paciente dia	38.083	48.439	35.342
Média de permanência	4,97	5,12	5,33
Média de internação/mês	638	788	553

Fonte: SIH/SUS

Nos três anos, houve mais ICSAP de pacientes do sexo feminino: 51,46%, em 2006, 54,49%, em 2007, e 54,06%, em 2008, (p=0.035) (Tabela 9).

Tabela 9 — Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária registradas no SIH/SUS, por sexo. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Sexo	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	1567	48,54	1576	45,51	776	45,94
Feminino	1661	51,46	1887	54,49	913	54,06
Total	**3.228**	**100,00**	**3.463**	**100,00**	**1.689**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Essa condição decorre, possivelmente, entre outras razões, do fato de as mulheres procurarem mais os serviços de saúde e, nesse caso, da mesma forma que procuram a UBS, buscam também os serviços hospitalares. Por outro lado, a baixa resolutividade das UBS diante dos problemas de saúde demandados pode ser outra razão para o encaminhamento das pacientes para o outro nível de atenção.

Outros estudos também apontam maior frequência de ICSAP,

para o sexo feminino (Rehem, 2009; Dias-da-Costa, Borba, Pinho, Chatkin, 2008; Nedel, Facchini, Martín-Mateo, Vieira, Thumé, 2008)[5].

O crescimento das ICSAP no sexo feminino merece aprofundamento, considerando que, no primeiro momento, esse crescimento pode ter ocorrido em função da melhoria do acesso. Nesse caso, passado esse momento inicial, espera-se que ocorra redução dessas internações.

Por outro lado, estudos abordando questões de gênero e ICSAP devem ser realizados, pois poderão trazer contribuições para o esclarecimento da maior ocorrência dessas internações em mulheres.

Ao analisarmos o comportamento das internações no HGP, segundo faixa etária independentemente da causa, observamos que, nos três anos, houve predomínio das internações de adolescentes e adultos jovens e de idosos, conforme referido anteriormente (Tabela 6).

No grupo das ICSAP, a faixa etária da qual mais pessoas foram internadas, considerando todos os anos estudados, foi de ≥65 anos, seguida da faixa etária > 1 ano. No ano de 2006, a faixa etária que ocupou o terceiro lugar em ocorrência de internação foi de ≥1a ≤4 anos. Para os anos de 2007 e 2008, foi a faixa etária de ≥55 a ≤64 anos. Resultado semelhante foi encontrado ao analisar dados de ICSAP no município de Curitiba,[6] onde essas internações vêm crescendo a partir da faixa etária de 45 anos, principalmente na população ≥65 anos.

Essas internações podem ser justificadas em função do aumento da expectativa de vida e da mudança do padrão de adoecimento no sentido do envelhecimento da população. Outra possível explicação pode ser o fato de a população idosa ter menos acesso aos serviços de AB, por dificuldades relacionadas a transporte, condições físicas para locomover-se até as UBS, elevado grau de dependência de acompanhante, entre outras, agravando,

---

[5] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil. (mimio).
[6] Idem.

assim, o seu estado de saúde, sendo com isso necessário o atendimento hospitalar.

Quanto às demais causas, excluindo-se partos e ICSAP, nos três anos, a faixa etária da qual mais pessoas foram internadas foi ≥65 anos, seguida da faixa etária ≥25 a ≤34. Em 2006 e 2007, a faixa etária ≥35 a ≤44 anos aparece em terceiro lugar, enquanto, no ano de 2008, a faixa etária ≥45 a ≤54 anos ocupa essa posição. As internações nas faixas etárias < de 1 ano e ≥1 a ≤4 anos tiveram as menores frequências de internação considerando os anos de 2006 e 2007, e a sexta (<1 ano) e nona (e ≥1 a ≤4 anos) no ano de 2008.

No período estudado, as seis principais causas de ICSAP foram: pneumonias bacterianas (20,86%); hipertensão arterial (11,83%); infecção no rim e trato urinário (11,79%); insuficiência cardíaca (8,75%); infecção de pele e tecido subcutâneo (7,51%) e gastrenterites infecciosas e complicações (5,80%). Essas causas foram responsáveis por dois terços (66,51%) do total de ICSAP ocorridas no período (Tabela 10).

Tabela 10 — Número e distribuição percentual de ICSAP no Hospital Geral de Pedreira, registradas no período de 2006 a 2008, segundo grupo de causas.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Internações no Período Selecionado	%
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	18	0,21
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	486	5,80
3. Anemia	69	0,82
4. Deficiências nutricionais	33	0,39
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	37	0,44
6. Pneumonias bacterianas	1.748	20,86
7. Asma	353	4,21
8. Doenças pulmonares	448	5,35
9. Hipertensão	991	11,83
10. Angina	179	2,14
11. Insuficiência cardíaca	734	8,76
12. Doenças cerebrovasculares	466	5,56
13. Diabetes melitus	327	3,90
14. Epilepsias	228	2,72

continua

Conclusão

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Internações no Período Selecionado	%
15. Infecção no rim e trato urinário	988	11,79
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	630	7,52
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	138	1,65
18. Úlcera gastrointestinal	267	3,19
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	240	2,86
Total ICSAP	**8.380**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Esses resultados convergem com resultados de outros estudos em que algumas dessas causas de internação também estiverem presentes entre as principais. (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça, 2009; Mendonça, 2009; Rehem, Egry, 2009; Rehem, 2009; Perpétuo, Wong, 2007).[7] A diferença é a posição que essas causas ocuparam nos diversos estudos analisados. Por exemplo, a insuficiência cardíaca e a angina ocuparam a primeira posição entre as causas de ICSAP no estado de SP e em Curitiba/PR, respectivamente. Entretanto, as gastrenterites ocuparam a primeira posição ao serem analisados os dados do Brasil e Macrorregião Juazeiro/BA e Petrolina/PE (Rehem, 2009).

No estudo realizado por Moura, Cunha, Aquino, Medina, Mota, Macinko, et al (2010) chama atenção que das três principais causas de ICSAP, em menores de 20 anos, (gastroenterites, asma e pneumonias bacterianas), houve redução das taxas de internação por gastroenterites e asma e incremento nas taxas de internações por pneumonias.

Ao desagregar os dados do HGP, por ano, em 2006, os grupos de ICSAP que ocorreram em maior proporção foram as pneumonias bacterianas (21,8%), seguidas do grupo de hipertensão (14,2%); e infecção no rim e trato urinário (10,2%). Para os demais anos estudados, os grupos permaneceram os mesmos, entretanto o grupo de infecção no rim e trato

[7] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil (mimio).

urinário ocupou a segunda posição (12,4% em 2007 e 13,6% em 2008) (Tabela 11).

Tabela 11 — Número e distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2006 a 2008

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Ano da Internação						Variação % 2008/2006	Valor de "p"
	2006		2007		2008			
	N.º	%	N.º	%	N.º	%		
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	7	0,2	11	0,3	0	0	-100	
2. Gastrenterites infecciosas e complicações	196	6,1	184	5,3	106	6,3	3,4	0.25
3. Anemia	20	0,6	31	0,9	18	1,1	72	0.12
4. Deficiências nutricionais	15	0,5	10	0,3	8	0,5	1,9	
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	15	0,5	16	0,5	6	0,4	-23,6	
6. Pneumonias bacterianas	704	21,8	749	21,6	295	17,5	-19,9	0.0008
7. Asma	165	5,1	132	3,8	56	3,3	-35,1	0.004
8. Doenças pulmonares	149	4,6	192	5,5	107	6,3	37,2	
9. Hipertensão	458	14,2	344	9,9	189	11,2	-21,1	0.000000
10. Angina	70	2,2	66	1,9	43	2,5	17,4	
11. Insuficiência cardíaca	267	8,3	300	8,7	167	9,9	19,5	
12. Doenças cerebrovasculares	176	5,5	179	5,2	111	6,6	20,5	
13. Diabetes *mellitus*	131	4,1	123	3,6	73	4,3	6,5	
14. Epilepsias	88	2,7	93	2,7	47	2,8	2,1	
15. Infecção no rim e trato urinário	329	10,2	429	12,4	230	13,6	33,6	0.0007
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	232	7,2	319	9,2	79	4,7	-34,9	0. 000000
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	50	1,5	51	1,5	37	2,2	41,4	
18. Úlcera gastrointestinal	99	3,1	129	3,7	39	2,3	-24,7	
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	57	1,8	105	3	78	4,6	161,5	0. 000000
Total ICSAP	**3.228**	**100**	**3.463**	**100**	**1.689**	**100**	**-47,7**	

Fonte: SIH/SUS

Insuficiência cardíaca e infecção da pele e tecido subcutâneo constituíram o quarto e o quinto grupos, respectivamente, com maior participação proporcional nos anos de 2006 e 2007. No ano de 2008, permaneceu a insuficiência cardíaca, porém o que chama atenção é a diminuição significativa, de um quarto em relação ao ano anterior, das internações por infecção de pele e tecido subcutâneo (Tabela 11).

As doenças do grupo das gastrenterites infecciosas e complicações ocuparam a sexta posição entre as causas de internação nos anos de 2006, com 6,1%, e 2007, com 5,3%, e, no ano de 2008, ocuparam a sétima posição com 6,3% (Tabela 11) , (p=0.25). Isso pode decorrer do fato de a região sul do município de SP, onde está localizado o HGP, em comparação às demais, apresentar problemas mais graves de saneamento básico (coleta de esgoto em rede) (São Paulo, 2011d).

Ao analisar as ICSAP considerando a participação proporcional das diversas causas que compõem esse grupo, comparando os anos de 2006 e 2008, os três grupos de diagnósticos que mais reduziram sua participação foram: as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (100%, não ocorreu nenhum caso em 2008); asma (35,1%) e infecção da pele e tecido subcutâneo (34,9%). Os grupos de causa que mais aumentaram a participação no período foram o grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto (161,5%) e anemias (72%) (Tabela 11).

Outro dado interessante é o fato de as internações por doenças relacionadas ao pré-natal e parto terem apresentado aumento no período, visto que são diagnósticos que historicamente fazem parte da abordagem e do cuidado da AB e, portanto, seria de se esperar que ocupassem outra posição.

Esse resultado converge com os resultados de outro estudo, realizado no estado de SP, que revela aumento de internação por esse grupo de doenças, com destaque para o conjunto dos municípios da Grande

SP, em que dobrou o número de ocorrência.[8] Chama atenção, ainda, a proporção de consulta de pré- natal no município de SP, considerada adequada do ponto de vista quantitativo (sete e mais consultas), além da queda da incidência da gestação na adolescência em SP (São Paulo, 2011d), que poderiam ser fatores que contribuiriam com a redução de ICSAP.

Esse resultado diverge do encontrado em estudo realizado no Brasil, para o conjunto do país, que demonstra que essas internações vêm diminuindo ao longo dos anos (Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa–Lima, Macinko, Mendonça, et al., 2009). O aumento dessas internações no município de SP pode ter como explicação uma melhoria na qualidade da informação, além do maior acesso à internação hospitalar sem correspondente melhoria da qualidade da AB.

Por outro lado, a ocorrência de internações por esse grupo de doenças não significa, necessariamente, falta de efetividade da AB, pois os determinantes para as internações podem ser múltiplos e diversos, como os relacionados às causas sociais, que ficam submersos a um número de frequência de internação por determinada causa.

Embora diabetes *mellitus* não fique entre as maiores causas de ICSAP no HGP, chama atenção o seu aumento no período (variação da participação proporcional de 6,5%), principalmente ao serem comparados com os resultados do estudo realizado no estado de SP, em que, à exceção do Departamento Regional de Saúde (DRS) de Presidente Prudente, houve redução da quantidade de casos nas demais regiões[9].

Merece destaque o fato de que o município de SP tem o programa de automonitoramento glicêmico, com o objetivo de cadastrar e atender aos munícipes portadores de diabetes *mellitus* insulinodependentes,

---

[8] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil (mimio).

[9] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil (mimio).

possibilitando o acesso de forma contínua aos insumos (tiras, lancetas e seringas) que garantam esse autocuidado, por meio de disponibilização de aparelhos monitores de verificação glicemia capilar (São Paulo, 2011b).

Para os portadores não insulinodependentes, a SMS/SP recomenda a realização da dosagem de glicemia capilar nas unidades de saúde, uma vez que não existem evidências científicas suficientes de que o automonitoramento rotineiro seja o melhor para o controle da glicemia nesses casos (São Paulo, 2011b).

Elias e Magajenski (2008), analisando as ICSAP relacionadas com a qualidade da atenção oferecida pela ESF, verificaram que as internações por diabetes mellitus tiveram tendência ao declínio na população com atenção ambulatorial básica adequada.

Ainda com relação às internações por diabetes *mellitus*, estudo de Guanais e Macinko (2009) utilizando dados de ICSAP no Brasil demonstrou que, no período entre 1998 e 2002, a expansão da ESF estava associada à redução de hospitalização por essa causa.

Na revisão da literatura, foram encontrados três trabalhos (Robbins, Valdmanis, Webb, 2008; Niefeld, Braunstein, Wu, Saudek, Weller, Anderson, 2003; Booth, Hux, 2003) que estudaram isoladamente o diabetes como condição sensível à AP. Esse fato pode levantar algumas possibilidades, entre elas a de que esse diagnóstico é, entre aqueles que compõem o elenco, o mais sensível à atenção primária, ou seja, com a melhoria da qualidade e do acesso a esse nível de atenção, seria obtido algum nível de impacto.

Por outro lado, proporcionalmente, as internações por hipertensão aumentaram em alguns dos trabalhos analisados,[10] (Rehem, Egry, 2009) incluindo o HGP quando se compara 2008 com 2007.

---

[10] Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo em Curitiba/PR. Brasil (mimio).

Isso pode significar maior dificuldade para a AB no controle dessa doença, o que exige, talvez, a busca de novas estratégias e maior qualidade desse nível de atenção.

Ao analisar o perfil das internações, por ano, verifica-se que, em 2006 e 2007, os dois grupos de ICSAP que mais internaram pessoas, considerando a distribuição por sexo, foram as pneumonias bacterianas (em 2006, 18,54% das internações do sexo feminino e 25,27% do sexo masculino; em 2007, 19,40% das internações do sexo feminino e 24,30% do sexo masculino), e hipertensão (em 2006, 15,41% das internações do sexo feminino e 12,89% do sexo masculino) (Tabela 12).

Também no ano de 2008, o grupo das pneumonias bacterianas foi o que mais internou pessoas, considerando ambos os sexos (16,98% do sexo feminino e 18,04% do sexo masculino); entretanto, a segunda maior causa de internação foi o grupo de hipertensão para os homens (10,57%) e infecção no rim e trato urinário para as mulheres (16,43%). Importante notar que, embora seja o mesmo grupo de causas (pneumonias bacterianas) o mais frequente nos dois sexos, proporcionalmente esse grupo é maior no sexo masculino em todos anos do estudo (Tabela 12).

Tabela 12 — Distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas e sexo. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Internações, segundo sexo do paciente					
	2006		2007		2008	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0,38	0,06	0,51	0,16	0	0
2. Gastrenterites infecciosas e complicações	6,45	5,72	5,46	5,19	8,25	4,6
3. Anemia	0,38	0,84	0,63	1,11	1,03	1,1
4. Deficiências nutricionais	0,32	0,6	0,38	0,21	0,39	0,55
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,51	0,42	0,51	0,42	0,52	0,22
6. Pneumonias bacterianas	25,27	18,54	24,3	19,4	18,04	16,98
7. Asma	5,55	4,7	4,19	3,5	4,25	2,52
8. Doenças pulmonares	5,42	3,85	7,17	4,19	8,63	4,38
9. Hipertensão	12,89	15,41	9,14	10,6	10,57	11,72
10. Angina	2,55	1,81	1,78	2,01	3,35	1,86

continua

Conclusão

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Internações, segundo sexo do paciente					
	2006		2007		2008	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
11. Insuficiência cardíaca	7,91	8,61	8,19	9,06	10,95	8,98
12. Doenças cerebrovasculares	5,49	5,42	5,58	4,82	6,44	6,68
13. Diabetes *mellitus*	4,15	3,97	3,93	3,23	4,25	4,38
14. Epilepsias	3,7	1,81	3,11	2,33	3,99	1,75
15. Infecção no rim e trato urinário	5,68	14,45	8,38	15,74	10,31	16,43
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	8,87	5,6	10,66	8	4,51	4,82
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	3,01	0	2,7	0	4,05
18. Úlcera gastrointestinal	4,34	1,87	5,65	2,12	4,12	0,77
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0,13	3,31	0,44	5,19	0,39	8,21
Total ICSAP	100	100	100	100	100	100

Fonte: SIH/SUS

A ocorrência de internações por doenças relacionada ao pré-natal e parto, no sexo masculino (Tabela 12), é justificada considerando que, nas internações obstétricas, há dois internados para uma mesma AIH: a parturiente e o recém-nato. Dessa forma, podem ocorrer distorções quanto a diagnóstico, idade, sexo e óbito no período em que a mesma AIH cobre os dois pacientes. Nos casos em que há necessidade de permanência do recém-nato na UTI Neonatal ou tempo de permanência após 72 horas do nascimento é emitida nova AIH para o bebê (Amaral, 2002).

Ao analisar as ICSAP, segundo grupos de causas e faixa etária, observa-se que, na faixa ≥65 anos, ocorreram 2.284 internações no período, sendo 896 em 2006, 910 em 2007, e 478 em 2008. Os grupos de causas que mais internaram pessoas foram hipertensão (19,83%), insuficiência cardíaca (18,82%) e infecção no rim e trato urinário (14,0%). Esses mesmos grupos aparecem como principais causas quando analisada a faixa etária de ≥55 a ≤64 anos (Apêndices 8A, 8B, 8C).

Ao desagregar esses dados, ano a ano, observa-se que, das 896 ICSAP, em 2006, na faixa ≥65 anos, 22,88% foram por hipertensão, 18,19% por insuficiência cardíaca e 12,39% foram por infecção no rim e trato urinário. Em 2007, do total de 910 internações, 16,48% foram por

hipertensão, 19,34% por insuficiência cardíaca e 15,93% foram por infecção no rim e trato urinário. No ano de 2008, do total de 478 internações, 20,50% foram por hipertensão, 19,04% por insuficiência cardíaca e 13,39% foram por infecção no rim e trato urinário (Tabela 13).

Tabela 13 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥ 65 anos. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	1	0,11	0	0,00	0	0,00
2. Gastrenterites infecciosas e complicações	67	7,48	62	6,81	35	7,32
3. Anemia	6	0,67	7	0,77	6	1,26
4. Deficiências nutricionais	5	0,56	1	0,11	1	0,21
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6. Pneumonias bacterianas	3	0,33	2	0,22	6	1,26
7. Asma	10	1,12	6	0,66	1	0,21
8. Doenças pulmonares	74	8,26	98	10,77	49	10,25
9. Hipertensão	205	22,88	150	16,48	98	20,50
10. Angina	24	2,68	22	2,42	14	2,93
11. Insuficiência cardíaca	163	18,19	176	19,34	91	19,04
12. Doenças cerebrovasculares	92	10,27	101	11,10	62	12,97
13. Diabetes *mellitus*	45	5,02	35	3,85	22	4,60
14. Epilepsias	14	1,56	11	1,21	7	1,46
15. Infecção no rim e trato urinário	111	12,39	145	15,93	64	13,39
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	42	4,69	46	5,05	12	2,51
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	1	0,11	0	0,00	0	0,00
18. Úlcera gastrointestinal	33	3,68	48	5,27	10	2,09
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total ICSAP	**896**	**100,00**	**910**	**100,00**	**478**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

As crianças menores de 1 ano responderam por 1.367 internações no triênio estudado. Em 2006 e 2007, os grupos que mais internaram pessoas foram pneumonias bacterianas (68,43% e 71,52%, respectivamente), asma (10% e 6,22%, respectivamente) e infecção no rim e trato urinário (6,86% e 9,33%, respectivamente). Já no ano de 2008, considerando essa mesma faixa etária, os grupos que mais internaram foram as pneumonias bacterianas (63,01%), infecção no rim e trato urinário (14,63%) e doenças pulmonares (7,32%) (Tabela 14).

Tabela 14 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária < 1 ano. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00
2. Gastrenterites infecciosas e complicações	29	5,69	14	2,29	8	3,25
3. Anemia	0	0,00	0	0,00	1	0,41
4. Deficiências nutricionais	0	0,00	1	0,16	1	0,41
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	0,59	3	0,49	3	1,22
6. Pneumonias bacterianas	349	68,43	437	71,52	155	63,01
7. Asma	51	10,00	38	6,22	5	2,03
8. Doenças pulmonares	16	3,14	29	4,75	18	7,32
9. Hipertensão	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10. Angina	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11. Insuficiência cardíaca	0	0,00	0	0,00	1	0,41
12. Doenças cerebrovasculares	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13. Diabetes *mellitus*	0	0,00	0	0,00	1	0,41
14. Epilepsias	0	0,00	1	0,16	2	0,81
15. Infecção no rim e trato urinário	35	6,86	57	9,33	36	14,63
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	18	3,53	17	2,78	9	3,66
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18. Úlcera gastrointestinal	0	0,00	1	0,16	0	0,00
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9	1,76	13	2,13	6	2,44
Total ICSAP	**510**	**100,00**	**611**	**100,00**	**246**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

No período estudado, na faixa etária ≥1 a ≤4 anos, do total de 973 ICSAP, os grupos de causas mais frequentes foram: pneumonias bacterianas, 629 casos (64,65%); infecção da pele e tecido subcutâneo, 95 internações (9,76%); gastrenterites, 86 casos (8,8%); e asma, 77 casos (7,91%) (Tabela 15).

Do total de 973 ICSAP nessa faixa etária, 410 ocorreram no ano de 2006, sendo o primeiro grupo de causas mais frequentes as pneumonias bacterianas (67,56%), seguidas do grupo de asma (9,75%), gastrenterites infecciosas e complicações (8,29%) e infecção da pele e tecido subcutâneo (7,07%) (Tabela 15).

Em 2007, foram internadas 378 crianças nessa faixa etária, sendo 64,02% no grupo das pneumonias bacterianas, seguido do grupo de infecção da pele e tecido subcutâneo com 12,96%, gastrenterites infecciosas e complicações 7,40% e asma com 6,87% (Tabela 15).

Em 2008, das 185 ICSAP, o grupo das pneumonias bacterianas continua ocupando o primeiro lugar com 59,46% das internações, seguido do grupo das gastrenterites infecciosas e complicações (12,97%), infecção da pele e tecido subcutâneo (9,18%) e asma (5,95%). No ano de 2008, as internações de pessoas por infecção no rim e trato urinário ocuparam a mesma posição que as internações por asma (Tabela 15).

Tabela 15 — Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥1 ano e ≤4 anos. Hospital Geral de Pedreira, 2006 a 2008.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2006		2007		2008	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	1	0,24	1	0,26	0	0,00
2. Gastrenterites infecciosas e complicações	34	8,29	28	7,41	24	12,97
3. Anemia	1	0,24	0	0,00	0	0,00
4. Deficiências nutricionais	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	4	0,98	2	0,53	3	1,62
6. Pneumonias bacterianas	277	67,56	242	64,02	110	59,46
7. Asma	40	9,76	26	6,88	11	5,95
8. Doenças pulmonares	7	1,71	12	3,17	2	1,08
9. Hipertensão	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10. Angina	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11. Insuficiência cardíaca	1	0,24	2	0,53	0	0,00
12. Doenças cerebrovasculares	0	0,00	0	0,00	0	0,00
13. Diabetes *mellitus*	0	0,00	0	0,00	1	0,54
14. Epilepsias	5	1,22	5	1,32	6	3,24
15. Infecção no rim e trato urinário	10	2,44	11	2,91	11	5,95
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	29	7,07	49	12,96	17	9,19
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18. Úlcera gastrointestinal	1	0,24	0	0,00	0	0,00
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total ICSAP	**410**	**100,00**	**378**	**100,00**	**185**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Ao desagregar os dados por ano, observa-se que as pneumonias bacterianas continuam ocupando o primeiro lugar em frequência de ICSAP

para a faixa etária ≥1 a ≤4 anos em todos os anos, entretanto as internações por gastrenterites infecciosas e complicações, que ocupavam o terceiro lugar em frequência de internação nos anos de 2006 e 2007, passaram a ocupar o segundo lugar no ano de 2008 (Tabela 15).

Quanto ao comportamento das internações gerais e as ICSAP no HGP, no ano de 2006, considerando mês a mês, verifica-se maior frequência nos meses de maio, julho e setembro. No ano de 2007, o hospital internou crianças com maior frequência, tanto no total quanto as ICSAP nos meses de março e agosto, sendo que as internações gerais se destacam também em setembro e as ICSAP em junho (Apêndice 9A e 9B).

Em 2008, os meses de julho, agosto e setembro foram os que apresentaram maior número de internações. A frequência das internações apresenta um perfil de sazonalidade que poderia estar associado a questões climáticas relacionadas ao inverno, justificando a ocorrência das doenças respiratórias e, entre essas, a pneumonia bacteriana que vem a ser a causa mais frequente de ICSAP no hospital (Apêndice 9C).

No ano de 2007, em todos os meses, houve mais internações por demais causas, seguidas das ICSAP e partos, exceto no mês de dezembro, em que as internações por parto ocuparam o segundo lugar em frequência quando comparadas às ICSAP (Apêndice 9 B).

O ano de 2008 chama atenção em vários aspectos, iniciando pela ausência de registro de internações por parto nos três primeiros meses, além da ausência de registros de internações por qualquer causa no mês de fevereiro. Outro aspecto que chama atenção é que, à exceção do mês de julho, em todos os meses restantes, as internações por parto ultrapassaram as ICSAP, ocorrendo em dobro em agosto e triplicadas no mês de novembro. Ainda no mês de novembro, observa-se que houve redução importante das internações por CSAP e demais causas, levando a uma redução total da quantidade de internações em comparação aos outros meses.

Diante desses dados, no ano de 2008, houve uma importante redução no total de internações em comparação aos anos anteriores, suscitando várias hipóteses, incluindo falha no sistema de gerenciamento dos registros das internações, caso não tenha ocorrido reforma ou outra causa para o fechamento desta Instituição (Apêndice 9C).

Como já comentado, o HGP não tem interesse financeiro na produção de internações de maior complexidade, mas tem a obrigação de cumprir metas de internações, o que pode levar a um aumento das ICSAP quando cai a frequência de internações por outras causas, mesmo que não seja suficiente para manter o número total de internações. Por outro lado, essa situação pode também estar associada a uma demanda reprimida de casos de menor complexidade que, nessas ocasiões, teriam mais chances de internação.

Ao realizar este estudo, foi possível conhecer o comportamento das internações gerais e ICSAP no HGP, bem como sua comparação no período estudado. Verificou-se que a frequência das ICSAP observada neste estudo não difere muito dos resultados encontrados em outros estudos realizados no Brasil, salvo em algumas situações anteriormente comentadas.

6.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE VALIDAÇÃO DO SIH/SUS PARA O REGISTRO DE ICSAP

6.2.1 Organização e análise do banco de dados

Essa etapa foi extremamente importante para a realização do estudo de validação. Considerando que esse estudo foi feito com base na

CID-10, houve a necessidade de que esta CID tivesse compatibilidade com o diagnóstico principal escrito por extenso no prontuário pelo médico assistente.

Dos 816 diagnósticos/CID coletados nos prontuários, após checagem da CID/diagnóstico por extenso, considerando o banco de dados com as informações originais e o banco de dados ajustado, houve concordância em 551 registros (67,52%) (Tabela 16).

Houve necessidade de ajuste da CID em 203 registros (26,10%) e, em 53 registros (7,23%) sem CID, foi colocada uma ao lado do diagnóstico por extenso.

Em várias situações foram encontradas divergência entre a CID e o diagnóstico médico colocado por extenso no prontuário, além das situações onde não havia CID.

Em três situações (0,37%) não foi possível fazer análise do diagnóstico/CID, pois não foi localizado o prontuário para participação no estudo.

Vale ressaltar que tanto o ajuste realizado na CID quanto a colocação da CID ao lado do diagnóstico por extenso foram feitas respeitando, rigorosamente, o diagnóstico por extenso estabelecido no prontuário pelo médico assistente.

Tabela 16 — Distribuição dos prontuários segundo quantidade e percentual de CID/Diagnóstico concordante e não concordante no banco de dados original e banco de dados revisado. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Registro	Quantidade	%
Concordante banco original com o banco ajustado	551	67,52
Não concordante banco original com o banco ajustado	203	26,10
Sem CID/ Diagnóstico no banco original	53	7,23
Outras situações	3	0,37
Total Geral de CID/Diagnóstico	**816**	**100**

Fonte: Prontuário HGP

Desse total, houve 65 prontuários considerados como perdas (par prontuário/AIH), o que corresponde a 7,97% do total, tendo como causas mais frequentes: diagnóstico principal interrogado (26,15%), discordância quanto ao sexo no prontuário e na AIH (20%), diagnóstico principal não identificado na CID-10 (13,85%), apenas a CID como diagnóstico principal (10,77%) e discordância quanto a data de nascimento no prontuário e na AIH (9,23%) (Tabela 17).

Tabela 17 — Distribuição dos prontuários segundo tipo, quantidade e percentual de perdas da amostra. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Tipo de Perda	Quantidade de perdas	%
Diagnóstico principal interrogado	17	26,15
Discordância de sexo considerando AIH/Prontuário	13	20,00
Diagnóstico principal não identificado na CID-10	9	13,85
Apenas a CID como diagnóstico principal	9	13,85
Discordância quanto a data de nascimento considerando AIH/Prontuário	6	9,23
Prontuário não localizado	3	4,62
Diagnóstico da admissão assumido como diagnóstico principal	2	3,08
Mais de um diagnóstico principal diferentes entre si	2	3,08
Prontuários utilizados para realização do estudo piloto	2	3,08
Diagnóstico escrito a lápis	1	1,54
Diagnóstico principal interrogado e apenas a CID como diagnóstico principal	1	1,54
Discordância de data de nascimento considerando AIH/Prontuário + diagnóstico principal não identificado na CID-10	1	1,54
Sexo não coletado no prontuário (falha no momento da coleta)	1	1,54
TOTAL GERAL DE PERDAS	65	100,00

Fonte: SIH/SUS e Prontuário do HGP

As informações geradas pelo SIH/SUS, inicialmente, foram processadas de forma centralizada no MS/Datasus, sendo que a Portaria GM/MS n.º 821/2004 descentralizou o processamento para estados, Distrito

Federal e municípios habilitados, segundo a NOAS, na condição de gestão plena do sistema (Brasil, 2010a).

Estudo com dados de 2003 revela que o sistema cobriu em torno de 12 milhões de internações em cerca de seis mil unidades hospitalares distribuídas em todo o país (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006). Atualizando esses dados para o ano de 2010, observa-se que a cobertura de internações ficou em torno de 11 milhões em cerca de 5 mil unidades hospitalares (Brasil,2011c).

Chama atenção a redução na cobertura e no número de unidades hospitalares, considerando que, aparentemente, existe um déficit de leitos para atender às necessidades de saúde da população. Não fosse isso, poder-se-ia levantar a hipótese de que a assistência prestada na AB estaria reduzindo a necessidade de hospitalização.

No entanto, essa redução refere-se, exclusivamente, àquelas financiadas pelo SUS, o que pode ser explicado por uma redução na quantidade de leitos ofertados pelo sistema público. Por outro lado, pode também decorrer das alterações ocorridas na forma de organização da atenção com a transferência de vários procedimentos do regime de internação hospitalar para a atenção em regime de hospital dia e ambulatorial.

Ao analisar o número de internações e o número de AIH geradas, observa-se que, no Brasil, em 2010, houve número maior de AIH quando comparado ao número de internações em todas as regiões (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006). Esse fato se explica em função da ocorrência da geração de uma segunda AIH durante a mesma internação, comum nos casos de internações com tempo de permanência prolongada, a exemplo de pacientes sob cuidados prolongados, psiquiatria, reabilitação, internação domiciliar, entre outros (Brasil,2010a).

Conforme referido anteriormente, o SIH/SUS constitui-se em um sistema de informação, mas também serve de base para o pagamento nos

casos em que o financiamento se dá por produção e para o cálculo de valor a ser transferido do MS para estados e municípios. Essa situação põe em risco a fidelidade das informações já que podem sofrer influência de outros interesses.

6.2.2 Descrição das internações segundo a CID e análise da qualidade da informação

Após revisão e ajuste da CID no prontuário, foi feita a descrição das internações por meio da compatibilização, considerando, inicialmente, as informações da AIH e do prontuário. Em seguida, foi analisado o perfil das internações no HGP, tomando por base os diagnósticos individuais registrados, apenas, nos prontuários.

Vale ressaltar que, no estudo anterior, ecológico, foram analisadas as internações, segundo a AIH, por grupos de causas e não por diagnósticos individuais, devido ao volume de internações (10.616) no ano escolhido para a realização do estudo (2008).

A base de dados do SIH/SUS permite selecionar amostra de internações por doenças especificadas, possibilitando o aprofundamento da análise com a consulta a prontuários (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Foram analisados, então, 751 registros (par AIH/prontuário). Desse total, em 345 registros (45,94%), foi observado que o diagnóstico registrado no prontuário não coincidia com o diagnóstico registrado na AIH correspondente (Tabela 18).

Tabela 18 — Distribuição dos 751 prontuários segundo quantidade e percentual de CID/Diagnóstico concordante e não concordante na AIH e prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Registro	Quantidade	%
Concordante AIH e Prontuário	406	54,06
Não concordante AIH e Prontuário	345	45,94
Total Geral	**751**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS e Prontuário do HGP

Segundo Levcovitz e Pereira apud Bittencourt, Camacho e Leal (2006), os maiores problemas de confiabilidade dos dados do SIH/SUS estão relacionados ao diagnóstico da internação, por conta da precariedade das informações no prontuário do paciente; dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela CID e às fraudes para aumentar o reembolso financeiro das instituições.

Concordando com os autores acima, o estudo realizado no HGP revela problemas relacionados tanto ao diagnóstico da internação quanto à codificação de diagnóstico pela CID, sendo que os problemas de imprecisão relacionados com o diagnóstico se constituem no maior percentual de perdas do estudo.

Das CID concordantes, considerando a AIH e o prontuário, as quatro primeiras posições dizem respeito aos seguintes diagnósticos: parto espontâneo cefálico (106 registros, 26,11%); aborto espontâneo incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos (20 registros, 4,93%); insuficiência cardíaca congestiva (ICC, 13 registros, 3,20%); e hipertensão essencial (primária) (10 registros, 3,20%). (Apêndice 10).

As 345 CID não concordantes (45,94%) foram mantidas no estudo, tendo sida adotada a CID correspondente ao diagnóstico escrito pelo médico. Desse total, em 44 registros (12,75%), a CID/diagnóstico escrita no prontuário tinha como registro, na AIH correspondente, o CID R69 referente a causas desconhecidas e não especificadas de morbidade. Esse

fato chama atenção, considerando que, em todas as situações, estava explicitado no prontuário médico o diagnóstico do paciente (Apêndice 11).

Um aspecto a ser considerado refere-se a haver transcrição dos registros médicos por outro agente, comumente uma pessoa da área administrativa, como é o caso do HGP. Quando essa pessoa não dispõe de conhecimentos técnicos, não é capaz de avaliar a importância do seu trabalho e das consequências resultantes dele.

Ao analisar os 44 registros que estavam com o CID R69 na AIH, 12 (27,27%) tinham como diagnóstico, no prontuário, broncopneumonia não especificada (Apêndice 11).

Nas segunda e terceira posições, estão diarreia e gastrenterite de origem infecciosa presumível; e adenomegalia ou aumento de volume dos gânglios linfáticos, não especificado, cada uma com dois registros (4,55%), respectivamente (Apêndice 11).

Desses mesmos 44 registros com CID R69 na AIH, em 11 deles (25%) o diagnóstico que constava no prontuário correspondia a ICSAP e em 33 (75%) o diagnóstico era de NÃO ICSAP (Tabela 19).

Tabela 19 — Frequência de diagnóstico ICSAP e NÃO ICSAP no prontuário, correspondente ao diagnóstico/CID R69 na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Diagnóstico no Prontuário	Quantidade	% em relação ao total
ICSAP	11	25
NÃO ICSAP	33	75
TOTAL	**44**	**100**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

Das ICSAP, 2 casos eram de diarreia e gastrenterite de origem infecciosa presumível (18,18%), e os demais se distribuíam em apenas um registro de diagnósticos variados (Tabela 20).

Tabela 20 — Diagnóstico ICSAP no prontuário correspondente ao diagnóstico/CID R69 na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Diagnóstico ICSAP no Prontuário	Quantidade	% em relação ao total
A09 — Diarreia e gastrenterite de origem infecciosa presumível	2	18,18
A46 — Erisipela	1	9,09
E86 — Depleção de volume	1	9,09
I20.0 — Angina instável	1	9,09
I20.9 — Angina *pectoris*, não especificada	1	9,09
I50.0 — Insuficiência cardíaca congestiva	1	9,09
I64 — Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	1	9,09
J15.8 — Outras pneumonias bacterianas	1	9,09
J45.9 — Asma não especificada	1	9,09
N39.0 — Infecção do trato urinário de localização não especificada	1	9,09
Total	**11**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

Ao analisar o grupo das pneumonias bacterianas, observa-se, em algumas situações, discordância entre o diagnóstico registrado no prontuário e na AIH e vice versa (Apêndice 12 e 13).

Comparando o diagnóstico registrado na AIH, em um total de 38 registros em que constava o grupo das pneumonias bacterianas, em 26 deles (68,42%) esse diagnóstico não coincidia com o diagnóstico no prontuário (Tabela 21).

Tabela 21 — Pneumonias bacterianas registradas na AIH em correspondência com o CID/diagnóstico no prontuário. Hospital Geral da Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Registro de pneumonia bacteriana	Quantidade	% em relação ao total
1-CID/diagnóstico AIH (pneumonias bacterianas) discordante do CID/diagnóstico no prontuário	26	68,42
2-CID/Diagnóstico AIH concordante com CID/diagnóstico no prontuário (ambos pneumonias bacterianas)	12	31,58
TOTAL	**38**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

Considerando o diagnóstico registrado no prontuário, em um total de 72 registros em que constavam o grupo das pneumonias bacterianas, em 60 deles (83,33%) esse diagnóstico não coincidia com o diagnóstico na AIH (Tabela 22)

Tabela 22 — Pneumonias bacterianas registradas no prontuário em correspondência com o CID/diagnóstico na AIH. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Registro de pneumonia bacteriana	Quantidade	% em relação ao total
1 -CID/diagnóstico no prontuário (pneumonias bacterianas) não coincidente com CID/diagnóstico na AIH	60	83,33
2 -CID/diagnóstico AIH coincidente com CID/diagnóstico no prontuário (ambos pneumonias bacterianas)	12	16,67
TOTAL	**72**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

Estudo que comparou os dados da AIH com os correspondentes registrados em prontuário observou grande variação na confiabilidade das diferentes variáveis da AIH. Entre os resultados, considerando os diagnósticos principais mais frequentes, foi observado que o grau de concordância variava com a natureza do problema médico, destacando-se ainda a grande frequência de diagnósticos inespecíficos, indicativo da pouca precisão na codificação da doença (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Dos 12 diagnósticos concordantes de AIH/prontuário, no grupo das pneumonias bacterianas, observa-se que nove (75%) foram por broncopneumonia não especificada que não integra a lista de ICSAP e três (25%) por outras pneumonias bacterianas que são consideradas ICSAP (Tabela 23).

Tabela 23 — CID/diagnóstico de pneumonias bacterianas coincidentes na AIH/prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Pneumonias Bacterianas	Quantidade	% em relação ao total
J18.0 — Broncopneumonia não especificada	9	75,00
J15.8 — Outras pneumonias bacterianas	3	25,00
Total	**12**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

Ressalte-se que, no estudo ecológico realizado por grupos de causas, nos três anos no HGP, as pneumonias bacterianas ocuparam a primeira posição. Analisando essa amostra de prontuários, observa-se que existe problema relevante de incompatibilidade entre o diagnóstico de pneumonia bacteriana registrada no prontuário e o diagnóstico registrado na AIH, ou seja, existe comprometimento dos dados informados na AIH com relação a essa patologia.

A intensificação do uso dos dados do SIH/SUS tem sido acompanhada de melhor discernimento sobre a qualidade dos dados da AIH; restrições quanto ao uso das variáveis diagnósticas foram destacadas por diversos autores. Agravos como asma, leptospirose e traumatismo cranioencefálico (TCE) têm sido associados à baixa confiabilidade do diagnóstico (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Na amostra de prontuários com a qual foi feita a validação dos dados do SIH/SUS e considerando os 751 registros do par AIH/prontuário, observa-se que, em 460 internações (61,25%), os pacientes eram do sexo feminino e, em 291 (38,75%), do sexo masculino. A média de idades das pessoas internadas foi de 33 anos. A faixa etária da qual mais pessoas foram internadas foi ≥20 a ≤24 anos (10,91%), seguida da faixa <1 ano (10,12%) e ≥25 a ≤29 anos (9,45%). No grupo de idosos, ≥60 anos, chama atenção que, de um total de 111 internações, 41 (36,9%) foram de pessoas ≥80 anos com predomínio do sexo feminino (27 internações).

Dos 751 registros e segundo os dados de prontuário, foram identificadas 127 internações (17% - IC95% 14 - 20) com diagnósticos sensíveis à APS e 624 internações (83% - IC95% 80-86) foram por demais causas de internações (Tabela 24).

Tabela 24 — Distribuição dos prontuários segundo diagnóstico de ICSAP e NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, 2008

Diagnóstico	Quantidade	% em relação ao total
ICSAP	127	16,91[1]
NÃO ICSAP	624	83,09[2]
Total	**751**	**100,00**

Fonte: Prontuários do HGP
[1]IC 95% 14-20 %
[2] IC 95% 80-86 %

Já pela análise da AIH observa-se número maior de internações por ICSAP, 134 (17,84%), e 617 (82,16%) por não ICSAP (Tabela 25).

Tabela 25 — Distribuição das AIH segundo diagnóstico de ICSAP e NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo, 2008.

Diagnóstico	Quantidade	% de ICSAP
ICSAP	134	17,84
NÃO ICSAP	617	82,16
Total de Prontuários	**751**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

Quanto à faixa etária, foi internada igualmente a população <1 ano, ≥1 a ≤4 anos e ≥ 80 anos(11,02%). Observa-se que, no grupo de pacientes internados por CSAP, a média de idade é superior àquela observada no total dos pacientes internados, bem como ocorre maior frequência de internações de pacientes das faixas etárias extremas (crianças <1 ano, ≥1 a ≤4 anos e idosos ≥ 80 anos) (Tabela 26).

A média das idades das pessoas que foram internadas por ICSAP foi de 43,54 anos, com desvio padrão de 30,70 anos e mediana de 50 anos. A moda foi zero ano, ou seja, entre todas as idades, essa foi a mais frequente. A média das idades das pessoas que foram internadas por causas NÃO ICSAP foi de 31,06 anos, com desvio padrão de 23,28 anos e mediana de 27 anos. A média de idade das pessoas que foram internadas por causas NÃO ICSAP foi significativamente mais baixa do que a média de idade observada no grupo das ICSAP (p = 0.000), na amostra estudada.

Tabela 26 — Distribuição dos pacientes internados com diagnóstico de ICSAP segundo sexo e faixa etária. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masc.	%	Fem.	%	N.º	%
< 1 ano	9	7,09	5	3,94	14	11,02
≥1 a ≤4 anos	8	6,3	6	4,72	14	11,02
≥5 a ≤9 anos	2	1,57	3	2,36	5	3,94
≥10 a ≤14 anos	1	0,79	1	0,79	2	1,57
≥15 a ≤19 anos	0	0	3	2,36	3	2,36
≥20 a ≤24 anos	1	0,79	3	2,36	4	3,15
≥25 a ≤29 anos	1	0,79	3	2,36	4	3,15
≥30 a ≤34 anos	0	0	2	1,57	2	1,57
≥35 a ≤39 anos	2	1,57	1	0,79	3	2,36
≥40 a ≤44 anos	2	1,57	4	3,15	6	4,72
≥45 a ≤49 anos	3	2,36	3	2,36	6	4,72
≥50 a ≤54 anos	3	2,36	3	2,36	6	4,72
≥55 a ≤59 anos	8	6,3	3	2,36	11	8,66
≥60 a ≤64 anos	4	3,15	1	0,79	5	3,94
≥65 a ≤69 anos	5	3,94	5	3,94	10	7,87
≥70 a ≤74 anos	4	3,15	5	3,94	9	7,09
≥75 a ≤79 anos	4	3,15	5	3,94	9	7,09
≥80 anos	6	4,72	8	6,30	14	11,02
Total Geral	**63**	**49,61**	**64**	**50,39**	**127**	**100,00**

Fonte: Prontuários HGP

Ao analisar as internações por demais causas no prontuário segundo sexo, excluídas as ICSAP, 396 internações (63,46%) foram do sexo feminino e 228 (36,54%), do sexo masculino (Tabela 27).

Foram internadas, proporcionalmente, mais mulheres entre as causas NÃO ICSAP quando em comparação com as ICSAP (p=0.006), explicada pela grande frequência de partos.

Quanto à faixa etária, foram internadas mais pacientes na faixa etária ≥20 a ≤24 anos (12,5%), seguida das faixas etárias de ≥25 a ≤29 (10,71%), <1 ano (9,94%) e ≥30 a ≤34 anos (9,77%). Destaca-se que, na faixa etária ≥80 anos, foi bem mais frequente a internação por ICSAP em comparação às demais causas de internação: 11,02% das ICSAP e 4,32% das demais causas NÃO ICSAP (p=0,000002). (Tabela 27)

Tabela 27 — Sexo e faixa etária na amostra de pacientes internados com diagnóstico de NÃO ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008

Faixa Etária	Sexo				Total	
	Masc.	%	Fem.	%	N.º	%
< 1 ano	32	5,13	30	4,81	62	9,94
≥1 a ≤4 anos	24	3,85	22	3,53	46	7,37
≥5 a ≤9 anos	17	2,72	5	0,8	22	3,53
≥10 a ≤14 anos	10	1,6	5	0,8	15	2,40
≥15 a ≤19 anos	7	1,12	46	7,37	53	8,49
≥20 a ≤24 anos	10	1,6	68	10,9	78	12,50
≥25 a ≤29 anos	12	1,92	55	8,81	67	10,74
≥30 a ≤34 anos	18	2,88	43	6,89	61	9,78
≥35 a ≤39 anos	10	1,6	25	4,01	35	5,61
≥40 a ≤44 anos	10	1,6	16	2,56	26	4,17
≥45 a ≤49 anos	15	2,4	8	1,28	23	3,69
≥50 a ≤54 anos	13	2,08	14	2,24	27	4,33
≥55 a ≤59 anos	18	2,88	11	1,76	29	4,65
≥60 a ≤64 anos	5	0,8	6	0,96	11	1,76
≥65 a ≤69 anos	9	1,44	5	0,8	14	2,24
≥70 a ≤74 anos	6	0,96	12	1,92	18	2,88
≥75 a ≤79 anos	4	0,64	6	0,96	10	1,60
≥80 anos	8	1,28	19	3,04	27	4,33
Total Geral	**228**	**36,54**	**396**	**63,46**	**624**	**100,00**

Fonte: Prontuários HGP

Ao analisarmos os óbitos registrados no prontuário, observamos que houve o total de 28, sendo cinco no grupo das ICSAP, que corresponde a 3,94% dos internados deste grupo, e 23 (3,68%) no grupo das NÃO ICSAP (p= 0.9). Quanto ao sexo, no grupo das ICSAP todos os óbitos ocorreram no sexo masculino, enquanto no grupo das NÃO ICSAP 13 foram do sexo feminino e 15 no sexo masculino.

Quanto à idade, todos os óbitos ICSAP ocorreram em pessoas com idade próxima ou superior a 60 anos. Chama atenção um paciente com 106 anos. Ao analisar o diagnóstico desses pacientes, verifica-se que três casos (60%) tiveram como causa acidente vascular cerebral (AVC), não especificado como hemorrágico ou isquêmico, e os demais foram por pielonefrite obstrutiva crônica e depleção de volume, ambos com um caso apenas.

Dos 23 óbitos com diagnóstico NÃO ICSAP, 13 (56,62%) foram do sexo feminino e 10 (43,48%) do sexo masculino. À exceção de quatro óbitos em <1 ano, a maioria ocorreu em pacientes ≥40 anos (67%). Verifica-se que as faixas etárias <1 ano e ≥80 anos tiveram número de óbitos bem próximos, com 4 e 5 óbitos, respectivamente.

Quanto aos diagnósticos ICSAP registrados no prontuário, observa-se maior frequência de internação por ICC (11,02%); seguida de AVC, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (10,24%), hipertensão arterial (8,66%) e asma não especificada (7,87%).

Quanto aos diagnósticos NÃO ICSAP registrados no prontuário, observa-se maior frequência de internação por parto espontâneo cefálico (18,59%); seguido de broncopneumonia não especificada (10,10%) e aborto espontâneo incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos (3,37%).

Os serviços de saúde, ao alimentarem os sistemas de informação, constituem a base desses sistemas. Entretanto, a prática de devolver as informações trabalhadas, por meio de indicadores, aos serviços de saúde é quase inexistente, embora frequentemente seja referida para garantir a qualidade da informação. (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Dessa maneira, resta aos serviços de saúde quase que, exclusivamente, o papel de preenchimento de planilhas eletrônicas ou manuais, cuja responsabilidade pode ser comprometida se os profissionais envolvidos nessa tarefa não recebem treinamento adequado ou não tiverem a clareza da utilidade e importância da fidedignidade dos dados que estão sendo coletados (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Estudo envolvendo aplicações dos dados do SIH/SUS na saúde coletiva, localizou 76 trabalhos, sendo que, destes, apenas 3,9%, tratavam da qualidade das informações do SIH/SUS, enquanto 34,2% dos estudos tratavam da descrição do padrão de morbidade-mortalidade hospitalar e da assistência médica prestada (Bittencourt, Camacho, Leal, 2006).

Esse fato merece destaque, pois, antes de se utilizar uma fonte de informações, é importante conhecer o seu grau de confiabilidade, pois trata-se de uma base de dados relevante para, entre outros aspectos, nortear condutas e subsidiar a tomada de decisão incluindo a relacionada ao financiamento.

Portanto, a qualidade da informação deve ser objeto de estudos, de modo a revelar as inconsistências, para que os ajustes possam ser feitos, pelas instâncias responsáveis, conferindo maior confiabilidade ao uso dos dados.

Nesse sentido, cabe à direção técnica do hospital assegurar treinamento adequado ao profissional, bem como adotar medidas de controle de qualidade, incluindo a realização de auditorias sobre a qualidade dos registros nos prontuários e seu correspondente registro na AIH.

6.2.3 Estimativa de Sensibilidade, Especificidade, Valor Preditivo Positivo e Valor Preditivo Negativo do SIH-SUS

Ao analisar as ICSAP e NÃO ICSAP, na amostra de 751 registros, considerando o diagnóstico registrado na AIH e no Prontuário, observa-se que, em 104 registros, o diagnóstico era ICSAP tanto na AIH quanto no prontuário enquanto em 594 registros o diagnóstico era NÃO ICSAP na AIH e NÃO ICSAP no prontuário. Houve discordância em 53 prontuários (Tabela 28).

Tabela 28 — Classificação dos diagnósticos quanto ICSAP e NÃO ICSAP na AIH e no prontuário. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008.

Resultado		Prontuário		Total
		ICSAP	NÃO ICSAP	
AIH	ICSAP	104	30	134
	NÃO ICSAP	23	594	617
Total		**127**	**624**	**751**

Fonte: SIH/SUS e Prontuários HGP

A sensibilidade do SIH-SUS, tendo como padrão ouro o prontuário, foi de 81,89%, a especificidade de 95,19%, o VPP de 77,61% e o VPN de 96,27% (Tabela 29).

Tabela 29 — Resultados do estudo de validação do SIH-SUS para o diagnóstico de ICSAP. Hospital Geral de Pedreira, São Paulo/SP, 2008

	Resultado	Intervalo de Confiança (95%)
Sensibilidade	81,90%	75, 2% — 88,6%
Especificidade	95,20%	93,5% — 96,9%
VPP	77,60%	70,50% — 84,7%
VPN	96,30%	94,8% — 97,8%

Com sensibilidade de 81,90%, o SIH/SUS deixa de captar cerca de 18% das verdadeiras ocorrências de ICSAP.

Quanto à probabilidade de predizer um diagnóstico por ICSAP (VPP), o resultado foi mediano, por ser dependente da frequência de internações por ICSAP na área de estudo que é de 17%.

O SIH/SUS apresentou maior probabilidade de fazer registros acurados de diagnósticos NÃO ICSAP, em comparação ao prontuário, do que de captar esses diagnósticos quando presentes, ou seja, o estudo demonstra que o sistema foi mais específico do que sensível.

Estudo realizado para estimar sensibilidade, especificidade, valores preditivos e a concordância do Sistema de Informações sobre

Mortalidade (SIM) Materna em comparação à investigação de morte materna, revelou sensibilidade de 75%. Na busca de explicação para o fato do SIM não ter registrado todos os óbitos maternos declarados, foram levantadas algumas hipóteses, como erro de codificação e seleção de causa básica ou falha na digitação (Mota, Gama, Theme Filha, 2009).

Em outro estudo, utilizando metodologia distinta e sem o objetivo de validação, para verificar os principais problemas decorrentes da análise comparativa entre os óbitos registrados no SIH/SUS e aqueles registrados no SIM, observou-se que os dados apresentaram elevada similaridade considerando-se os dois sistemas. Entretanto, foram identificados os mesmos problemas referidos na validação do SIM, quanto ao erro de diagnóstico na AIH, classificação indevida do código da doença e baixa importância dada às informações sobre morbidade por parte dos profissionais responsáveis pelo processamento das informações (Amaral, 2002).

Foram identificados outros estudos de validação, entretanto tinham objetivos e metodologia diferentes, os quais não permitiram, assim, comparações (Matias Neto, 2006; Almeida, Alencar, França Júnior, Novaes, Siqueira, Schoeps, et al., 2006).

A não captação de 18% das ocorrências de ICSAP, no estudo de validação realizado com os dados do HGP, assim como o fato de o SIM não ter registrado todos os óbitos maternos declarados, aponta claramente para a necessidade de introdução de medidas tanto pela gestão pública quanto pelas administrações dos hospitais, para a melhoria de sua qualidade, pois seria esperada acurácia igual ou próxima a 100%, uma vez que o sistema deva ser o reflexo das internações.

6.3 ESTUDO QUALITATIVO

Participaram das entrevistas 26 profissionais da AB, que trabalham nas UBS São Jorge, Jardim Niterói e Vila Arriete.

Na UBS Jardim Niterói, foram entrevistados 10 profissionais, envolvendo médico, médico responsável técnico, enfermeiro, enfermeiro responsável técnico, auxiliar de enfermagem e ACS. A maioria era do sexo feminino (sete pessoas), predominando a faixa etária ≥27 a <47 anos (nove pessoas). Quanto ao tempo de trabalho na ESF, cinco pessoas trabalhavam de um a cinco anos, três pessoas trabalhavam de cinco a 10 anos e duas pessoas tinham menos de dois anos de trabalho.

Na UBS Jardim São Jorge, foram entrevistados 10 profissionais, envolvendo médico, médico responsável técnico, enfermeiro, enfermeiro responsável técnico, auxiliar de enfermagem e ACS. A maioria era do sexo feminino (sete pessoas), predominando a faixa etária ≥27 a <47 anos (nove pessoas). Quanto ao tempo de trabalho na ESF, sete pessoas trabalhavam de um a cinco anos, uma pessoa trabalhava de cinco a 10 anos e duas pessoas tinham menos de dois anos de trabalho.

Na UBS Vila Arriete, foram entrevistados 6 profissionais, envolvendo médico, médico responsável técnico, enfermeiro, enfermeiro responsável técnico e auxiliar de enfermagem. Por se tratar de uma UBS tradicional, não tinha ACS. A maioria era do sexo feminino (cinco pessoas), sendo que metade delas estavam na faixa de ≥27 a <47 anos (três pessoas) e ≥47 anos (três pessoas). Quanto ao tempo de trabalho na AB, três pessoas trabalhavam de cinco anos a dez anos, e as demais variavam entre menos de um ano (uma pessoa), de um a cinco anos (uma pessoa) e mais de 15 anos (uma pessoa).

Assim, considerando as três unidades básicas, predominavam profissionais do sexo feminino, na faixa etária de ≥27 a <47 anos e tempo de trabalho entre um a cinco anos.

Quanto aos usuários, participaram das entrevistas sete pessoas, que frequentavam as seguintes UBS: Jardim São Jorge, Jardim Niterói e Parque Doroteia. Não foram localizados usuários internados por ICSAP que morassem na área de abrangência da UBS Vila Arriete conforme era o objetivo.

Dos sete usuários, cinco eram do sexo feminino; a maioria era casado (quatro pessoas), sendo que quatro estavam na faixa etária ≥27 a <47 anos, duas na faixa etária ≥19 a ≤26 anos e uma ≥47 anos. Três usuários trabalhavam como diaristas, um estava desempregado, um estava afastado do trabalho por motivo de doença e dois não trabalhavam (do lar). Predominava como nível de escolaridade o fundamental incompleto (quatro pessoas), havendo apenas uma pessoa com o nível médio completo. Havia uma pessoa com nível fundamental completo e outra com nível médio incompleto.

A análise das entrevistas dos profissionais e dos usuários foi subsidiada pelo programa Alceste, por meio das quatro operações mais importantes para a interpretação de um *corpus* (Camargo, 2005), quais sejam: dendograma de CHD; descrição das classes; seleção das UCE mais características de cada classe; e CHA das palavras por classe. Os resultados dessas quatro operações estão descritas em dois blocos, sendo o primeiro relacionado a entrevistas com os profissionais e o segundo com os usuários (Apêndice 14).

Esses resultados auxiliaram na interpretação dos dados, na medida em que trouxeram as listas de palavras com vocabulário característico de cada classe; combinações frequentes de palavras; e texto completo das afirmações originais de cada classe (fragmentos de discursos).

Grande parte da narrativa dos profissionais esteve centrada na descrição de situações relacionadas a acesso, a processo de trabalho e razões para a ocorrência das internações, enquanto os usuários trataram, principalmente, de questões relacionadas ao acesso.

6.3.1 Acesso

A rede assistencial municipal da microrregião de Cidade Ademar é composta pelos seguintes unidades ou serviços de saúde: UBS tradicional; ESF; AE; AMA; AMAE; Unidade de Assistência Domiciliária (UAD); CAPES II; Centro Especializado de Odontologia; e URSI (São Paulo, 2009b).

Conta ainda com o NASF e Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR e NIR2) (São Paulo, 2009b).

Estão sob gestão da OSS Santa Catarina as seguintes unidades ou serviços: UBS tradicionais (9); UBS com a ESF (12); AE (1); AMA (6); AMAE (1); UAD (1); CAPS (1), Centro Especializado de Odontologia (1); URSI (1) (São Paulo, 2009b).

Essa microrregião conta ainda com o HGP, que integra a rede da SES/SP e está também sob gestão da OSS Santa Catarina (Hospital..., 2011).

Segundo o contrato de gestão (São Paulo, 2009b) celebrado entre a OSS Santa Catarina e a SMS/SP, as UBS tradicionais são responsáveis pela execução de consultas (médicas, enfermagem, odontológicas e outras especialidades); visitas domiciliárias; ações coletivas (grupos educativos, oficinas); procedimentos (vacinação, coleta de exames, medicação e curativo e sutura); e ações de vigilância em saúde.

As UBS tradicionais estão abertas ao público no período das 7h às 17h. Aquelas que funcionam com um AMA no mesmo espaço funcionam das 7h às 19h, de segunda à sexta-feira.

O acesso dos pacientes às UBS tradicionais ocorre mediante marcação de consulta na recepção; trata-se, portanto, de atendimento a uma demanda espontânea.

A OSS Santa Catarina vem adotando a gestão da clínica nas UBS. Esse trabalho é realizado por equipe constituída pelos próprios funcionários, que trabalham os casos mais complexos, tais como doenças crônicas que precisam de um plano terapêutico individualizado. Esse trabalho é realizado apenas com os pacientes que procuram a UBS, portanto não há busca ativa desses casos. São realizadas reuniões para discutir o plano terapêutico, e o assistente social é o gestor do caso. Segundo informação da OSS, essa atividade será iniciada nas UBS com ESF[11].

Essa iniciativa da OSS Santa Catarina, possivelmente, trará impacto para o controle das doenças crônicas, reduzindo as incapacitações e a necessidade de internação. Esse impacto deverá ser maior ao ser adotada, também, pelas UBS com ESF implantada onde se espera que a equipe tenha o mapeamento dos pacientes portadores dessas doenças, viabilizando, assim, a busca ativa e o melhor seguimento desses pacientes. A falta de acompanhamento adequado das doenças crônicas na AB e o consequente desdobramento para o âmbito hospitalar podem ser observados no depoimento a seguir:

> A internação de dois mil e oito, do diabetes, eu saí consciente de casa. O meu filho me levou e chegou lá a diabete estava, acho que era, se eu não me engano estava quinhentos e oitenta, quase seiscentos. (usuário)
>
> A causa d'eu ter sido internado no Hospital Geral de Pedreira foi porque me deu umas coisas [...] me deu AVC, convulsão e

[11] Informação coletada por meio de conversa com equipe da OSS SANTA CATARINA.

> agravou mesmo o meu problema de saúde por causa da diabetes que eu tenho. (usuário)

Para Mendes (2009b), a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfretamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas, por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar (Mendes, 2009b).

Ainda segundo esse autor, é imprescindível mudar, essa lógica, implantando-se novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e pró-ativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da APS (Mendes, 2009b).

As UBS com a ESF são responsáveis pelas famílias cadastradas na sua área de abrangência, devendo realizar consultas (médicas, enfermagem, odontológicas e outras especialidades); visitas domiciliares; ações coletivas (grupos educativos, oficinas); procedimentos (vacinação, coleta de exames, medicação e curativo/sutura) (São Paulo, 2009b).

A ESF nas unidades sob gestão da OSS é composta por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS. A proporção de equipe de saúde bucal é de uma para três ESF. A maioria das unidades abriga três equipes de saúde da família, sendo responsável por aproximadamente 3.400 pessoas. A composição da ESF cumpre com o preconizado pela PNAB (Brasil, 2006b).

Segundo a OSS Santa Catarina, o acesso dos usuários às unidades com equipes de saúde da família é viabilizado de três maneiras:

- Por meio do ACS que, ao conhecer e visitar as famílias sob sua responsabilidade, mensalmente, identifica as demandas da comunidade e as leva para a reunião da equipe. A partir daí, essas demandas são avaliadas e os devidos encaminhamentos são dados pela equipe. O ACS dá o retorno de agendamento para o paciente ou para a família;
- Por meio do Grupo Educativo Assistencial e Resolutivo na Área (GEARA), que se constitui em um grupo de qualificação das queixas do paciente. São reuniões feitas pela equipe com a comunidade, começando sempre com uma palestra e em seguida o médico e o enfermeiro chama individualmente as pessoas que queiram conversar e/ou tirar dúvidas. A partir dessa conversa, definem-se as necessidades/prioridades dos pacientes para consulta ou outro encaminhamento que se faça necessário para agendamento na UBS. A periodicidade de reunião varia de equipe para equipe, e a ideia original é que fosse feita fora da unidade, pois a ideia é levar a saúde para a comunidade. Não há limite de pessoas para participar e não é obrigatória a existência desse grupo em todas as unidades, mas na grande maioria delas o GEARA existe;
- Outra forma de acesso é por meio da equipe de acolhimento que, normalmente, atende no período da manhã recebendo os pacientes que procuram a UBS sem agendamento prévio (demanda espontânea). Essa equipe é formada pelo médico, pelo enfermeiro que divide essa atribuição com a supervisão da unidade, e auxiliar de enfermagem, que avalia as necessidades desse paciente e faz os devidos encaminhamentos para realização de consultas, exames, etc. Qualquer paciente que procure a UBS sem consulta/exame agendado passa pelo acolhimento, entretanto, se for de outra UBS, ele é referenciado para a unidade de origem.

Ao verificar a facilidade/dificuldade, expressa nas entrevistas realizadas, para se obter acesso aos serviços de AB, foram identificadas diferenças de percepção nos discursos dos profissionais e dos usuários.

Na visão dos profissionais, percebe-se certa facilidade de acesso dos usuários aos serviços de AB, embora para alguns haja consciência de que a opinião do usuário seja diferente, conforme os depoimentos abaixo:

> A unidade básica fornece medicação, o serviço tem medicação, médico para atender, exames onde pode ser encaminhado, tem o especialista, oferecemos tudo isso [...] (médico)
>
> [...] a gente gosta de acreditar que isso é um fácil acesso, mas os pacientes não necessariamente concordam. Eles dizem tem que ir para o geara, os sistemas particulares agendam por telefone. (médica)
>
> [...] demanda é para os pacientes que precisam de atendimento mais rápido. Consulta são de pacientes que não é necessariamente uma urgência. Pode esperar mais um pouquinho [...] a gente marca essa consulta com o médico, que é uma consulta de rotina para saber se está tudo bem. (enfermeira)
>
> [...] eles tão bem cercados, acredito. Nós temos a UBS aqui, nós temos um AMA que é próximo também, temos o Hospital Geral de Pedreira. Estamos cercados pelas três atenções. Tem acesso fácil a esses três serviços. (auxiliar de enfermagem feminina)
>
> Acho que essa rede funciona. Para o paciente que está aqui com a gente acho que esses a gente consegue prevenir, no que depende do serviço. Se o paciente chega descompensado, a gente tem ambulância para transportar, a gente solicita ambulância, ela transporta o paciente para o serviço que dá esse atendimento mais adequado, e se ele não vem descompensado [...] (enfermeira)

O que caracteriza o discurso desses profissionais é que os serviços de AB são adequados e suficientes para atender às necessidades da população e que os problemas de acesso, se existirem, estão localizados em outros níveis de atenção.

Para os usuários, contrariamente aos depoimentos dos profissionais, observa-se nos discursos, as dificuldades deles para obter acesso a esses serviços:

> [...] os meus filhos vão na UBS, mas lá para marcar uma consulta demora. A mulher tem que vir, apesar de que ela não está vindo aqui em casa, a gente que tem que correr atrás [...] (usuário)

> [...] então tem um tempo, fiz quando me operei, estou esperando alguém marcar para mim fazer, que já passou do tempo, que tem que ser todo ano. (usuária)

> [...] Tive que correr e tive que ir lá e brigar para ela ser atendida. Aí ela falou: você tem que marcar consulta. Falei: mas se alguém fosse lá em casa, eles marcavam. (usuário)

> [...] mas ele, como criança, era um bebê, tinha que passar com a pediatra, pediatra, que informa tudo direitinho, aí é mais enfermeira. Não tenho nada contra elas mas para passar uma criança e saber se está doente tem que ser uma pediatra. (usuária)

> [...] tem que fazer assim, chorando misericórdia para ver se passo ele, já está com cinco anos, um negócio assim: fimose. Já era para ter operado na idade dele. Desde o dia que a médica falou para mim [...] (usuária)

A dificuldade para acessar a AB foi também referida pelos idosos conforme depoimento, com o agravante de que, nesta faixa etária, a limitação para se dirigir até a UBS é maior, principalmente quando inexiste esse serviço próximo à residência, além da dependência de um cuidador para auxiliá-lo no controle e tratamento da patologia no domicílio, conforme relatos abaixo:

> [...] tenho dificuldade para andar, inclusive subir ladeira, essas coisas. Tenho dificuldade de ir na UBS, só se for numa grande precisão que não tenha quem vá, eu tenho que ir. (usuário)

> Ai depois que mudei para cá não tive mais encaminhamento de UBS nenhuma [...] Lá eu ia até a UBS para marcar consulta, para passar com o médico. (usuário)

> Depois que a prefeitura tirou nós de lá dificultou tudo. A dificuldade para mim [...] Já tem mais ou menos uns quatro mês e eu não fiz mais o exame de sangue. (usuário)

> [...] parei de medir a diabete porque meu filho, ele era quem ia lá trocar o material, não foi mais trocar, acabou as fitinhas, acabou tudo, aí não medi mais. (usuário)

> [...] por enquanto não uso nenhuma UBS. [...] fiquei durante uns quatro a cinco anos na oitenta, me tratando com a médica de lá. (usuário)

> Se deixar a diabete subir muito ela prejudica, a pressão ela prejudica. Então a gente fica com as mãos atadas. A gente, eu mesmo fico, eu vivo aqui diante de quatro paredes sozinho e Deus, mas eu tenho medo [...] (usuário)

Segundo informações da OSS Santa Catarina,[12] o acesso do paciente idoso à UBS é feito da mesma forma que o acesso dos demais pacientes, tendo ele prioridade a depender do caso. No ano de 2009, foi implantado um programa para idoso na UBS tradicional Vila Arriete, com o objetivo de qualificar a assistência oferecida a essa faixa etária. Para isso, foi formada uma equipe específica, composta por uma médica geriatra, um enfermeiro, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga, que atendem aos idosos que buscam essa unidade, monitorando-os de forma a prevenir complicações e evitar internações. Vale ressaltar que não são feitas buscas ativas com relação aos idosos. Eles passam a fazer parte do programa a partir do momento que buscam a UBS.

A microrregião de Cidade Ademar conta com uma UAD, que dá apoio aos pacientes acamados dessa área fazendo interface com as UBS e o HGP. É uma modalidade de cuidado à saúde como alternativa ao tratamento ambulatorial, realizada no domicílio do paciente, por um ou vários profissionais habilitados, que visa ao restabelecimento e à manutenção da saúde, bem como sua autonomia, independência e participação no seu contexto social, por meio do desenvolvimento e da adaptação de funções, elevando a qualidade de vida do paciente (São Paulo, 2009b).

---

[12] Informação fornecida por meio de doc interno da OSS Santa Catarina.

A equipe da UAD fica lotada em uma UBS tradicional, sendo que parte do seu tempo é dedicada a atividades relacionadas a UAD no HGP. Entre os critérios definidos para a admissão de paciente no serviço de AD está a presença de um cuidador.

Existe, também, na microrregião, uma URSI (São Paulo, 2009b). Entretanto, essa unidade não faz interface, ainda, com o programa de idoso na UBS onde está implantado, nem com a UAD. Segundo informações da OSS Santa Catarina, essa integração é uma meta que está sendo buscada.

A SMS/SP e a OSS Santa Catarina, ao implantarem serviços e ações específicos para o atendimento ao paciente idoso, buscam atender, ainda que com abrangência limitada, as diretrizes estabelecidas pelo Pacto pela Vida. Entre essas diretrizes, determina-se que o idoso deve ter acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitando o critério de risco, além de ser instituída a modalidade de atenção domiciliar (Brasil, 2006c).

Para a SMS/SP, a missão da UBS, independentemente da estratégia de sua organização, é fomentar e desenvolver ações e serviços no sentido de intervir no processo saúde/doença da população, ampliando a participação e o controle social com vistas à vigilância à saúde na defesa da qualidade de vida (São Paulo, 2005).

O AE, da microrregião, é responsável pelo atendimento agendado em especialidades médicas e não médicas, com demanda referenciada das

outras unidades que compõem a rede de serviços de saúde (São Paulo, 2009b).

Segundo a OSS Santa Catarina[13], o acesso para consulta de especialidade dos pacientes, nas área de abrangência da equipe de saúde da família, dá-se mediante solicitação do médico da UBS. Este, no momento da consulta com o paciente, preenche o formulário de encaminhamento da consulta, em seguida o paciente se dirige até o setor de marcação na UBS que faz contato com o ambulatório de especialidade para agendamento. Quando não existe a vaga disponível imediatamente, o funcionário da UBS encarrega-se de providenciar a vaga e marcar a consulta oportunamente e avisar ao paciente da disponibilidade por meio do ACS (demanda reprimida).

A dificuldade para agendamento e realização de consultas especializadas e exames foi referida tanto pelos profissionais quanto pelos usuários, havendo situações em que o usuário teve de recorrer a um serviço privado (pagando por ele) para realização de exame com mais rapidez, conforme os depoimentos a seguir:

> Tem exame que demora trinta dias. Só não fiz um exame, fiz exame de mama, exame de coração, ultrassonografia, exame de sangue, então tudo isso demora um bom tempo. (usuária)
>
> Fui lá para ver se conseguia de graça; tentei de graça aqui no quarteirão da saúde em Diadema, mas é muita burocracia, não conseguia, tive que pagar a biópsia. (usuário)
>
> Sem pagar, demora muito, muito mesmo para mim foi bem melhor por convênio. (usuário)
>
> Mas a gente pede uma avaliação demora oito meses, nove meses. Alguns exames de diagnóstico, principalmente o ultrassom, tem gente que está esperando há um ano e quatro

[13] Informação coletada por meio de conversa com equipe da OSS Santa Catarina.

> meses um ultrassom abdominal. (médico)
>
> Acesso à psiquiatria é um caso muito sério, precisava muito de um ambulatório de psiquiatria. A demanda para psiquiatria é grandíssima, a gente não se sente capacitado para atender. (médico)
>
> Tem pacientes na fila de espera durante muito tempo. Uma coisa simples que considero que é uma ultrassonografia. É difícil você conseguir uma vaga, porque nós recebemos uma quantidade baixa de vagas. A gente não tem como encaminhar a demanda que a gente tem na unidade básica. (auxiliar de enfermagem feminina)
>
> [...] essa menina minha aqui, tive que fazer um, assim, fechar a boca, pagar o Hospital Santa Marina porque ela estava sentindo muita falta de ar. (usuária)

A realização de exames e consultas especializadas constitui-se em um dos grandes entraves para o trabalho das equipes da AB. Na fala dos profissionais, há relato de dificuldade, tanto de referência, quanto de contra referência.

> [...] se aquilo precisa de orientação ou alguma coisa assim quando a gente encaminha para o especialista, tem dificuldade porque o sistema não tem contrarreferência. Esse ano, eu recebi uma contrarreferência de todos os encaminhamentos que eu mando, em torno de 30 por mês. (médica)

Essa falta de referência foi observada, também, neste estudo, no momento da pesquisa realizada nos prontuários do HGP, em que não constava qualquer informação relacionada à passagem anterior pela UBS; acompanhamento na UBS antes da internação; assim como AD antes da internação. A busca dessas questões tinha como objetivo trazer informações para subsidiar o estudo qualitativo (Apêndice 1).

Por outro lado, chamaram atenção 19 registros no prontuário encaminhados para acompanhamento pela UBS após a alta hospitalar (contra referência). Isso demonstra o entendimento de alguns profissionais do hospital de que o seguimento destes pacientes por esse nível de atenção poderia resultar na redução ou na evitação de reinternações.

Segundo informações da OSS Santa Catarina, quando há necessidade de cirurgia eletiva, o médico da UBS faz o encaminhamento para o especialista no AE, sendo feito o mesmo procedimento para buscar a vaga pelo funcionário da UBS. Ao conseguir a vaga, o paciente é comunicado, por meio do ACS, para se dirigir ao AE para fazer a consulta. Nas situações em que o caso do paciente não seja para aquela especialidade, ele é encaminhado de volta para a UBS de origem, para uma nova avaliação com o médico da UBS e, se for o caso, terá novo encaminhamento para a outra especialidade avaliá-lo quanto à necessidade e ao encaminhamento para cirurgia, pois quem encaminha o paciente para a cirurgia é a própria especialidade.

Com relação à realização de cirurgia eletiva, os usuários também relatam demora para conseguir agendamento, chegando ao ponto de muitas vezes o procedimento não ser realizado.

> [...] vou ver se consigo um relatório porque ele já fez cinco anos, daí a pouco ele faz seis, sete, ele não vai querer mais operar. Fica com medo, fica com medo. Ele tem que fazer uma cirurgia de fimose e até hoje. Até parei de ir lá. (usuária)

A microrregião de Cidade Ademar não conta com uma central de regulação nem na área, nem uma municipal que a atenda. A comunicação para agendamentos/encaminhamentos de consultas, exames e cirurgias eletivas é feita entre os serviços por meio do pessoal da área administrativa. Nesse sentido, o paciente muitas vezes fica sem entender a forma como se organiza o sistema de saúde e onde buscar resolução para seus problemas, o que se constitui uma barreira de acesso, conforme relatos abaixo.

> [...] a médica é que envia, ela me atendeu, viu o meu problema, escreve lá no papel dela, no fichário dela e eles são quem marcam. (usuária)

> O meu prontuário foi para lá para Vila Império. Da Vila Império ficou para lá, não sei se está lá ou se o prontuário voltou para outro lugar. Mas acho que não, porque depois que eu saí de lá do local onde eu morava não compareci mais na Vila Império. (usuário)

> [...] se ele achar necessário voltar, ele vai procurar agendar uma consulta. O acesso para consulta de especialidade não é sempre rápido, depende de qual especialista. (médica)

Estudo realizado em quatro municípios brasileiros aponta que a integração da rede de atenção, desde a AB à especializada e hospitalar, foi preocupação presente nas ações e nos discursos dos gestores, sendo a implantação de centrais de regulação uma das principais estratégias identificadas para essa integração (Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009).

A implantação dessas centrais possibilitou, entre outros aspectos: marcação imediata de exames e consultas especializadas para procedimento com oferta suficiente; definição de prioridades clínicas; diminuição do número de faltosos às consultas especializadas; diminuição das filas e tempo de espera; possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde; e maior imparcialidade no controle das agendas (Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009).

A integração da rede é fundamental para promover a integralidade da atenção, na medida em que assegura a continuidade da AB nos demais níveis de atenção.

No entanto, para Cecílio (2001), a integralidade precisa ser trabalhada nas diversas dimensões. Assim, a integralidade deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, o que seria a integralidade focalizada, e a integralidade ampliada que seria a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas: uma não é possível sem a outra, existindo, assim, uma relação complementar e dialética (Cecílio, 2001).

Apesar de estar claramente definida a missão da UBS que inclui a resolução dos agravos de baixa complexidade, segundo dados da SMS/SP, no ano de 2005, 80% da demanda dos serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos municipais foram por conta desse tipo de problema (São Paulo, 2009c).

Ainda segundo dados da SMS/SP, em 2005, o total de consultas para assistência emergencial atingiu a proporção de 43%. Vale ressaltar que, segundo parâmetro proposto pelo MS (Portaria n.º 1.101/GM de 12 de junho de 2002), estima-se que a necessidade de consulta habitante/ano para assistência emergencial seja representada por 15% das consultas oferecidas aos usuários SUS (São Paulo, 2009c).

Para a SMS/SP, esse fato indica uma inversão na pirâmide da assistência, pois esses atendimentos são, na sua maioria, de complexidade compatível com a AB, o que não exige a infraestrutura de pronto-socorros e hospitais (São Paulo, 2009c).

Diante dessa realidade, a SMS/SP, considerando a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde, ampliando o acesso da população à rede básica de saúde, por meio da oferta de serviços que possibilitem respostas ágeis às suas necessidades de assistência médica imediata, implantou as unidades de AMA, integrada e articulada à rede de serviços (São Paulo, 2009c)

Essas unidades devem responsabilizar-se pela oferta de atendimento médico imediato, sem agendamento prévio, garantindo o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade quando necessário. Por outro lado, essas unidades têm o compromisso de direcionar os usuários que necessitem de acompanhamento nas UBS (São Paulo, 2009c).

Nos discursos dos usuários, fica clara a opção deles de ter o hospital ou o AMA como porta de entrada preferencial do sistema, em detrimento às UBS. O entendimento de alguns é que a UBS é para

realização de coisas simples, como pesar e vacinar, ou seja, teria como campo de atuação apenas a promoção da saúde e prevenção de doenças.

A falta de resolutividade dos problemas na UBS, aliada à falta de entendimento de como se organiza a rede de serviços de saúde local, faz que, na presença concreta de uma enfermidade, os munícipes busquem os serviços de maior complexidade, pois, apesar da provável demora no atendimento, é maior a possibilidade de ter o seu problema resolvido.

> [...] tem vezes que eu procuro a UBS, procuro mais assim para pesar, para fazer alguma coisa, tem que fazer com eles, vacinação. (usuária)

> [...] fui direto para o Hospital Geral de Pedreira, porque vi que ele nunca tinha tido aquilo, depois que passei o óleo que ele teve, resolvi levar para o Hospital Geral de Pedreira. (usuária)

> [...] é com o AMA que frequento a UBS, ali dentro mesmo. (usuária)

> [...] Reação alérgica a gente não pode levar para a UBS, vai para a UBS para ver o que é? achei melhor levar direto para o Hospital Geral de Pedreira, eu não sabia se estava afetando gravemente ou não. (usuária)

> [..] medi a temperatura, estava com trinta e nove de febre. Levei ele no Hospital Geral de Pedreira, a médica falou que ele estava com começo de infecção de garganta [...] (usuária)

> [...] lá ele só olhava assim, depois não falava nada. Um dia ele falou: você vai operar e deu encaminhamento para o Jardim dos Prados. (usuária)

> [...] sempre que tinha uma tontura ou fraqueza ia para o Hospital Geral de Pedreira não procurava nenhum outro serviço, ia direto para o Hospital Geral de Pedreira. (usuário)

> [...] outras UBS são excelentes, mas essa daqui é meio fraca. (usuária)

> [...] o Hospital Geral de Pedreira é bom, não tenho o que reclamar dele. (usuária)

> [...] meu filho foi tratado muito bem. Lá é como se fosse o hospital particular, porque é muito bom mesmo. Indico para qualquer pessoa. Muito bom lá, não tenho do que reclamar dessa parte. Foi muito bom pra mim, viu? Para meus filhos. (usuária)

Chamam atenção os elogios feitos, pelos usuários, ao HGP e a unidade de especialidades Jardim dos Prados, em uma demonstração de que não há entendimento que haja ou deveria existir uma rede de atenção em que as unidades estariam integradas e teriam papéis distintos e complementares.

Também se percebeu, em algumas situações, que o profissional da UBS, por não ter retaguarda para diagnosticar de forma oportuna a condição apresentada pelo paciente, acaba encaminhando-o para serviços onde esse atendimento possa ser feito com maior rapidez. Essa situação também contribui para o descrédito da população com relação aos serviços na UBS.

> [...] façam os exames emergenciais, porque assim a gente tem os exames de rotina. Aqui a gente não tem como fazer o exame de urina e ficar pronto em três horas, a gente não tem laboratório, a gente encaminha para o hospital para que eles façam isso. (enfermeira)
>
> [...] precisa de uma aparelhagem que aqui a gente não tem pode ser até mesmo uma infecção urinária, então tem que ir no AMA porque os nossos exames laboratoriais eles demoram quinze dias para chegar, no mínimo. (auxiliar de enfermagem feminina)
>
> [...] eles me encaminharam para o Jardim dos Prados. Me entupiu de exame, não foi no Hospital Geral de Pedreira, foi no Jardim dos Prados. Muito bem atendida, pessoas muito legais. Fiz todo exame, tudo direitinho [...] (usuária)

Avaliação realizada pela SMS/SP indicou aumento do número de procedimentos nas AMA com simultânea redução dos procedimentos de urgência/emergência nos hospitais, provavelmente refletindo redirecionamento de fluxo e maior acesso aos serviços básicos para resolução de problemas de menor complexidade. Contraditoriamente, essa avaliação mostrou que o aumento de procedimentos tradicionais nas AMA

foi acompanhado da diminuição dessas mesmas atividades nas UBS tradicionais.[14]

Para Mendes (2009b), a concepção vigente nas normas do SUS é de um sistema hierárquico em forma piramidal, organizado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em AB, média e alta complexidade. Ainda segundo esse autor, essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples.

Concordando com esse autor, para Cecílio (2001) é necessário pensar o sistema de saúde menos como pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes.

Os serviços de AMA estão preferencialmente implantados junto às UBS, podendo ser acoplados a AE, prontos-socorros e/ou hospitais, são unidades de porta aberta e realizam consultas das clínicas básicas e eventualmente outras, de acordo com critérios de organização de serviços e perfil epidemiológico da região; atendimento de enfermagem; suturas simples e drenagem de abscesso; raios X simples; vacinação; notificação de agravos e eventos constantes na lista de notificação compulsória; e dispensação de medicamentos (São Paulo, 2009c).

As AMA, sob gestão da OSS Santa Catarina, estão localizadas no mesmo espaço físico das unidades básicas de saúde tradicionais, contando com equipes distintas para realização das atividades, embora ambas as equipes estejam subordinadas à mesma gerência na unidade. As AMA funcionam de segunda a sábado no horário das 7h às 19h (São Paulo, 2009c).

[14] Informação fornecida pelos técnicos da SMS/SP em reunião de trabalho.

A OSS definiu uma área de influência, formada pela AMA e UBS para que o paciente já saiba aonde se dirigir em busca do serviço. Se o paciente chega à AMA e tem perfil para a UBS, ele é referenciado para esta unidade, sendo encaminhado com a consulta já agendada. Esse trabalho é feito por uma equipe de referenciamento na AMA. A AMA tem meta estabelecida pela prefeitura, qual seja, referenciar os pacientes que são atendidos sem passagem prévia pela UBS para estas unidades[15] .

Estudo de demanda realizado pela SMS/SP, no período de outubro de 2007 a abril de 2008, identificou necessidades em consultas de especialidades e recursos diagnósticos da população usuária SUS, resultado na implantação das unidades de AMAE contemplando sete especialidades, quais sejam: ortopedia, cardiologia, neurologia, vascular, urologia, reumatologia e endocrinologia (São Paulo, 2009a).

O atendimento pelas AMAE visa ampliar e agilizar o acesso da população a serviços de especialidades; atender aos encaminhamentos das especialidades identificadas com maior frequência; fortalecer o direcionamento da demanda aos serviços de acordo com a complexidade necessária; ampliar a resolubilidade em consultas e exames especializados da AB; agilizar e qualificar a referência e a contrarreferência hospitalar com a rede básica; procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico relacionados às especialidades citadas no parágrafo anterior (São Paulo, 2009a).

Estudo realizado nos municípios brasileiros aponta avanços na integração da ESF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada (Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009).

---

[15] Informação fornecida em reuniào de discussào pelos técnicos da SMS/SP - Reunião Técnica.

Esse mesmo estudo aponta a ausência de políticas do MS para o setor de média complexidade como obstáculo para a integração da rede assistencial (Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009). No entanto, não existe nenhum impedimento para que os gestores, tanto no nível municipal, quanto no estadual, definam políticas para esse nível de atenção.

Em que pese os indícios de dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, vale o registro da grande quantidade e diversidade de equipamentos de saúde existentes na microrregião de Cidade Ademar.

Por exemplo, visando aumentar a resolutividade na AB, foram implantados os NASF, tendo, entre seus objetivos, ampliação da abrangência e o escopo das ações da AB. A equipe do NASF desenvolve ações compartilhadas com os profissionais das ESF, participando de reuniões, discussão de casos, orientações e atendimentos, buscando promover intervenções com vistas à inter e transdisciplinaridade, exercitando a troca de saberes (Brasil, 2008b).

O NASF na microrregião de Cidade Ademar está inserido nas unidades de saúde da família, apoiando 18 ou 19 equipes de ESF. Nesse sentido, cumpre os critérios estabelecidos pela Portaria Ministerial que implantou esses tipo de núcleo. (Brasil, 2008b).

Existem, na área, NIR que têm como atribuições avaliação clínica e funcional, acompanhamento das situações de risco para deficiência, prescrição, avaliação, adequação, treinamento, acompanhamento e concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, mediante convênio firmado pela SMS, bem como o atendimento em reabilitação física, mental e auditiva. Integra o contrato de gestão com a OSS Santa Catarina o NIR2, instalado no AE Pedreira, que tem como equipe mínima: 2 fisioterapeutas, 2 terapeutas ocupacionais, 2 fonoaudiólogos, 1 psicólogo e 1 assistente social (São Paulo, 2009b).

A microrregião conta ainda com um CAPES II adulto que é um serviço ambulatorial especializado de atenção diária para atendimento de pacientes com transtornos mentais em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo; e com serviços especializados odontológicos que são responsáveis pela execução de procedimentos de semiologia, periodontia, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia, atendimento a portadores de necessidades especiais e próteses (São Paulo, 2009b).

No entanto, como a oferta de serviços não garante acesso, persistem as dificuldades para os usuários, refletindo-se nas ICSAP, particularmente no que diz respeito aos idosos (≥ 65 anos), que foi a faixa etária que mais internou por ICSAP no HGP no triênio estudado, tendo como diagnósticos mais frequentes de ICSAP a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca.

Para Mendes (2009b), os sistemas de saúde podem organizar-se em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração, sendo que os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas.

Ainda segundo esse autor, os sistemas fragmentados, fortemente hegemônicos, até mesmo no Brasil, são organizados por meio de um conjunto de pontos de atenção, isolados e incomunicados uns dos outros, em uma visão de uma estrutura hierárquica, piramidal, incapazes de prestar atenção contínua à população. Já os sistemas integrados são organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, para prestar assistência contínua e integral a uma população definida (Mendes, 2009b).

Para o MS, o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o CONASS, o modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e

estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem-se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros (Brasil, 2010b).

Os três níveis de gestão do sistema, acima, concluiram que a solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e seus serviços no desenvolvimento da Redes de Atenção à Saúde (RAS) para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Nesse sentido, foi publicada a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (Brasil, 2010b).

As RAS caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção (domicílio, as UBS, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de apoio psicossocial, entre outros), com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2010b).

A organização das RAS, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base em vários fundamentos, como, por exemplo, economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso (Mendes, 2009b).

Mesmo considerando que existem distintas definições de acesso empregadas pelos diversos autores, ao adotar a terminologia de Fekete (1996), este estudo evidenciou que, na microrregião de Cidade Ademar, existem problemas de acesso considerando as quatro dimensões estudadas por esta autora, quais sejam: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Dimensão geográfica: verificada, no relato do usuário, quando este fala da dificuldade para se dirigir até UBS.

Dimensão organizacional: verificada tanto na fala dos usuários quanto dos profissionais, na medida em que foi relatada dificuldade para obter consulta tanto na UBS quanto nos AE, assim como dificuldade e demora para realização de exames.

Dimensão sociocultural: dificuldade de entendimento do usuário da forma como se organizam os serviços de saúde, dificultando a busca direcionada do mesmo.

Dimensão econômica: necessidade de o usuário disponibilizar recurso financeiro para busca e obtenção da assistência.

A organização do sistema de saúde no município de SP, mais especificamente no caso deste estudo, na microrregião de Cidade Ademar, de forma hierarquizada e piramidal, com consequente falta de integração entre os diversos pontos de atenção, pode ser um dos aspectos importantes para a questão do acesso, constituindo-se como fator importante de restrição do papel da APS em reduzir ou até mesmo impedir a ocorrência das ICSAP.

Essa suspeita baseia-se não apenas na análise, ainda que superficial, de como está organizada a rede local de atenção, como também no resultado das entrevistas, tanto dos profissionais quanto dos usuários, demonstrando que a AB não é a porta preferencial de entrada no sistema, seja pela dificuldade de acesso a ela, seja pela pouca resolutividade das suas ações.

Essa conjuntura demonstra a existência de limites importantes para que a Lista Brasileira de ICSAP seja instrumento de avaliação de acesso e efetividade desse nível de atenção. No entanto, o uso dessa lista é extremamente oportuno, na medida em que permite avaliar a organização local do sistema com suas dificuldades de acesso, não só com relação à APS, mas também o acesso aos serviços de referência. Essas dificuldades podem decorrer, entre outros fatores, de a APS não se constituir como

coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, organizando o fluxo e contrafluxo do usuário dentro do sistema.

6.3.2 Processo de trabalho na APS

Segundo a PNAB (Brasil, 2006b), o processo de trabalho das equipes da AB tem como características:

- definição do território de atuação da UBS;
- programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência à demanda espontânea;
- desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/doença da população e ampliação do controle social na defesa da qualidade de vida;
- desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis;
- assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial;
- implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento;
- realização de primeiro atendimento às urgências médicas odontológicas;
- participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações;

- desenvolvimento da ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e
- apoio à estratégia de fortalecimento da gestão local e do controle social.

Além das características do processo de trabalho das equipes da AB, são características do processo de trabalho da saúde da família (Brasil, 2006b):

- atualização frequente do cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilização sistemática dos dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- definição precisa do território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adstrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua;
- diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando solução dos problemas de saúde mais frequentes;
- prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde — doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade;
- trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- promoção e desenvolvimento das ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal;
- valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito;

- promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

A PNAB também prevê a implantação da estratégia de ACS nas UBS sem ESF como possibilidade para reorganização inicial da AB. Nesse caso, preconiza-se um enfermeiro para cada 30 ACS, constituindo, assim, uma equipe de ACS. A população das microáreas sob responsabilidade de cada ACS não deve ser superior a 750 pessoas (Brasil, 2006b).

Ainda segundo essa política, as atribuições específicas dos profissionais da AB deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas (Brasil, 2006b).

Para a SMS/SP, o processo de trabalho nas UBS deve estar pautado pelas necessidades em saúde da população, pois o trabalho em saúde não se realiza sobre coisas ou objetos, ao contrário, se dá sobre pessoas, com base em uma intersecção partilhada entre o usuário e o profissional, no qual o primeiro é parte desse processo (São Paulo, 2005).

Nesse sentido, vale ressaltar a diferença entre demanda e necessidades.

Para Cecílio (2001), demanda, em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas mais tradicionalmente percebidas pelos usuários).

As necessidades de saúde, por outro lado, podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), à procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no

modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (Cecílio, 2001).

Mendes-Gonçalves (1992) refere que existe uma relação circular entre necessidades de saúde e processo de trabalho, sendo este percebido como o conjunto de ações que transformam um objeto de trabalho em um produto. Ainda segundo esse autor, o processo de trabalho se relaciona com a necessidade que dá origem ao processo que deverá resultar em um produto que potencialmente deverá atender à necessidade. Porém, esta mesma necessidade pode se alterar e assim gerar outro processo de trabalho.

Segundo informações da OSS Santa Catarina,[16] o processo de trabalho das equipes da AB, sob sua gestão, foi definido com base no documento norteador da SMS/SP "Compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a População", que determina como atividades assistenciais: realização de consultas, visitas domiciliares, grupos educativos e procedimentos.

Nesse sentido, a consulta do paciente deve ocorrer conforme programação do serviço (pré-natal, tuberculose, hipertensão, puericultura, entre outros), considerando os protocolos existentes, ou por demanda espontânea. Todos os procedimentos como aferição de peso, altura, pressão arterial e outros deverão ser realizados durante a consulta do profissional, assim sendo estão abolidos os procedimentos de pré e pós-consultas nas UBS (São Paulo, 2005).

As visitas domiciliárias devem ser previstas nas ações programáticas da UBS, envolvendo todos os profissionais da equipe, sendo de 8 a 16 vistas semanais para o médico e o enfermeiro e 18 a 24 para os auxiliares de enfermagem. Devem ser sistematizadas e regulares para os usuários que dela necessitem (São Paulo, 2005).

[16] Informação coletada por meio de conversa com equipe da OSS Santa Catarina.

Os ACS devem visitar 100% de suas famílias cadastradas no mês, estabelecendo uma meta diária de acordo com os períodos disponíveis, variando de 10 a 15 visitas/dia. O resultado de cada visita deve ser repassado à equipe para o conhecimento e deve haver o encaminhamento de cada caso conforme a sua realidade (São Paulo, 2005).

Para Franco e Merhy (1999), as visitas domiciliárias não devem ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, porque são um recurso que deve ser utilizado por qualquer estabelecimento de saúde, desde que sejam necessárias.

Esses autores chamam atenção para as visitas compulsoriamente programadas, relatando que não deveria ser recomendado aos profissionais sem que haja indicação explícita para elas à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como, por exemplo, os ACS (Franco, Merhy, 1999). A realização de tais visitas, ainda segundo esses autores, repercute de forma grave na otimização dos recursos humanos além de poder significar excessiva intromissão do estado na vida das pessoas.

Ainda com relação à visita domiciliária, segundo Nogueira apud Egry e Fonseca (2000), o visitador sanitário foi, durante quase três décadas, o profissional responsável pela atenção de enfermagem no domicílio, tendo como alvo principal os clientes portadores de doenças transmissíveis e o grupo materno-infantil.

Para Egry e Fonseca (2000), as vantagens da visita domiciliária como modalidade assistencial são inúmeras, especialmente nos casos em que é necessária maior aproximação do técnico com a realidade de vida e saúde da família. Isso faz que ela seja insubstituível pelos procedimentos executados no interior da unidade de saúde, contexto em que as desigualdades sociais que constituem o grande determinante das condições de saúde/doença muitas vezes são de pouca visibilidade, impossibilitando

sua apreensão pelos técnicos responsáveis pela atenção à saúde das famílias.

Quanto aos grupos educativos, a SMS/SP recomenda que sejam realizados contando com a participação de outros profissionais (assistentes sociais, psicólogos, educadores, cirurgiões-dentistas e equipe de saúde bucal, etc.). O médico e o auxiliar de enfermagem das equipes do PSF devem realizar um grupo semanal, o enfermeiro dois grupos semanais e o ACS deve participar dos grupos conforme o planejamento da equipe (São Paulo, 2005).

Os procedimentos médicos e de enfermagem devem ser norteados pelos manuais e protocolos estabelecidos pelo MS, SES/SP, SMS/SP e sociedades médicas, como, por exemplo: Manual sobre Hipertensão e Diabetes do MS (Hiperdia); Caderno Temático da Criança; e Protocolo de Enfermagem da SMS na Atenção aos diferentes Ciclos de Vida (São Paulo, 2005).

Ainda como parte do processo de trabalho das equipes, devem ocorrer reuniões gerais da unidade, com periodicidade de pelo menos 1 vez ao mês; e reuniões diárias da equipe em que devem ser avaliadas e planejadas ações decorrentes das atividades cotidianas dos membros das equipes com tomada de decisão em tempo real e a subsequente análise dos resultados obtidos.

As reuniões devem ser realizadas com a participação de todos os integrantes da equipe e recomenda-se que ocorra no início ou término do dia e com horários diferentes e preestabelecidos para cada equipe (São Paulo, 2005).

Nas unidades básicas da microrregião de Cidade Ademar, em que foram feitas as entrevistas, ao analisar os discursos, tanto dos profissionais quanto dos usuários, observa-se que o ACS desempenha papel fundamental de destaque na organização do processo de trabalho das equipes, pois são eles que trazem, em grande medida, a demanda da

comunidade para que a equipe decida os encaminhamentos a serem feitos para resolução dos problemas, conforme os relatos a seguir:

> [...] a gente passa em visita domiciliar, a pessoa traz a queixa, aí tem reunião de equipe com o médico, com a equipe toda, é passado o caso, o doutor autoriza a consulta, uma demandinha [...] (agente comunitária)

> [...] geralmente ele passa o caso para o agente comunitário, quando ele passa lá na visita domiciliar, o agente comunitário ele anota a queixa e passa para a gente na reunião, todo dia a gente tem uma reunião de equipe. Ele pega esse caso do paciente passa para gente na reunião aí fala: Oh, dona fulana de tal precisa, está sentido, está com isso [...] (enfermeira)

Os discursos também apontam que o acompanhamento dos pacientes pela equipe também é feito em grande medida por meio do ACS.

> A gente mantém, através da agente comunitária a relação do encaminhamento, da contrarreferência a gente tem através da regulação. Porque è eles que informam: olha, está mantendo acompanhamento desse paciente no Jardim dos Prados, porque fica cadastrado aqui. (auxiliar de enfermagem feminina)

> A gente solicita a gente entrega para o agente comunitário para ele vir retirar a guia para fazer o exame, já dando o agendamento para ele marcar com o médico. [enfermeira]

Observa-se que o ACS não é só responsável, na maioria das vezes, pela viabilização do acesso do usuário à UBS como também ele monitora as condições de saúde desses usuários, demandando, nas reuniões, as ações a serem realizadas pela equipe. Entretanto, na medida em que esse acompanhamento não é realizado e demandado para a equipe pelo ACS pode haver interrupção do tratamento com agravamento do quadro ou até mesmo impossibilidade de diagnóstico precoce, prevenindo, em alguns casos, problemas mais sérios, conforme os relatos. Ressalte-se que todos os relatos foram de pacientes que já foram internados por condições sensíveis à APS.

> Eu parei de medir, nunca mais medi. Mês passado tive na UBS, medi na UBS a diabete estava um pouco alta, elas mediram lá, aumentou um pouquinho a quantidade de insulina, não sei como é que ela esta hoje [...] (usuário)
>
> [...] só que parei de medir a diabete porque depois meu filho, ele era quem ia lá trocar o material, não foi mais trocar, acabou as fitinha, acabou tudo, aí não medi mais. (usuário)
>
> [...] então tem um tempo, fiz quando me operei, estou esperando alguém marcar para mim fazer, que já passou do tempo, que tem que ser todo ano. (usuária)

O usuário fica à mercê de o ACS encaminhar a demanda e com isso ele não tem a segurança de que vai realmente acontecer o atendimento, muito muito menos quando vai acontecer. Isso pode gerar um descrédito na população quanto ao trabalho dos profissionais da AB, considerando a falta/demora de resolutividade dos seus problemas de saúde.

O não encaminhamento da demanda pelo ACS para a equipe pode ser em função de vários fatores, como, por exemplo, a falta de capacidade desse profissional em avaliar as reais necessidades de saúde da população; a quantidade de famílias sob a sua responsabilidade; não valorização da queixa do paciente; falta de vínculo; além de questões pessoais que podem estar envolvidas na relação entre o usuário e o ACS, considerando que este é morador daquela área.

> Tive que correr e tive que ir lá e brigar para ser atendida. Aí ela falou: você tem que marcar consulta. Falei: mas se alguém fosse lá em casa, eles marcavam. (usuário)
>
> [...] os meus filhos vão na UBS, mas lá para marcar uma consulta demora um pouco. A mulher tem que vir, apesar de que ela não está vindo aqui em casa, a gente que tem que correr atrás. (usuário)

O relato a seguir reforça a importância de o ACS desenvolver o seu trabalho de forma consciente, séria e comprometida, embora a fala dos

pacientes não demonstrem a existência de vínculo com esse trabalhador. Por outro lado, não foi evidenciado nas entrevistas com os profissionais relato de processo de monitoramento e avaliação da qualidade do trabalho do ACS, o que pode levar a equipe a uma percepção errada ou pelo menos incompleta das necessidades de saúde da população.

> [...] um bom agente comunitário, quer dizer bem orientado, firme, consciente da função dele dentro da comunidade, pode favorecer a uma melhora desses resultados de internações. (enfermeira)

Segundo documento norteador da SMS/SP (São Paulo, 2005), para o desenvolvimento das atividades assistenciais, as equipes poderão utilizar mecanismos como o acolhimento, que, visando interferir nos diferentes momentos do processo saúde/doença, orientam a demanda e organizam o serviço, possibilitando o acesso e o atendimento adequado e com qualidade à população assistida.

Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos como a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um (Campos, 2003).

O trabalho quando é feito com base no acolhimento pode, entre outras questões, sensibilizar o paciente fazendo-o entender a importância da sua coparticipação no tratamento, podendo até evitar a necessidade de internação. Por outro lado, quando o profissional não dedica o mínimo do seu tempo para orientar o usuário sobre o que está acontecendo, fica mais difícil ele entender e colaborar no tratamento, conforme relatos:

> [...] podemos interferir nesse sentido, abreviar a internação quando são pacientes mais jovens. Atendi um hipertenso, tabagista, etilista e que não tinha a mínima ideia da doença dele. Quando comecei a falar para ele as complicações ao longo dos anos que poderiam acontecer, vi nos olhos dele que ele começou a pensar no assunto [...] (médica)

> [...] ela ter agravado assim eu não sei, não sei se é por causa da alimentação, não sei explicar. Diabetes é uma doença muito

> perigosa e às vezes eu sou meio, para falar a verdade eu sou relaxado. (usuário)
>
> Lá ele só olhava assim, depois não falava nada. Um dia ele falou: você vai operar. Aí eu falei: vou? Me deu encaminhamento para o Jardim dos Prados. (usuária)
>
> O serviço pode favorecer mais espaços de discussão com a população, tudo isso acrescenta porque o mínimo que a gente consegue implantar e semear, a gente já tem colhido frutos. (enfermeira)

Um estudo acerca da inversão do modelo tecnoassistencial tendo como base a diretriz operacional do acolhimento verificou, entre outros resultados, que, ao reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), houve crescimento extraordinário do volume do atendimento geral da unidade, com aumento do rendimento do trabalho da enfermeira e da assistente social (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Dito de outra forma, o acolhimento modificou radicalmente o processo de trabalho da equipe, sendo que o impacto dessa reorganização se deu principalmente conforme tese dos autores sobre as práticas dos profissionais não médicos que passaram a utilizar todo o seu potencial para a assistência (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Entretanto, a implantação do acolhimento, levando a um novo papel da enfermagem na equipe, não se deu sem tensões, pois por trás desse processo está a disputa pela supremacia do saber e do poder no serviço de saúde, até então, monopólio médico (Franco, Bueno, Merhy, 1999).

Tal comportamento é consequência de forte característica do sistema de saúde brasileiro que, independentemente de sua pluralidade, o modo como historicamente vem sendo construído, tem, na assistência médica, o eixo estruturante do seu atendimento (Pinheiro, 2001).

A lógica do atendimento pautada na prática individual do médico é fortemente percebida pela população, que vê nesse profissional a única alternativa para identificar e tratar dos seus problemas de saúde, embora a UBS estabeleça outra rotina de atendimento, conforme relatos abaixo:

> [...] mas ele, como criança, era um bebê tinha que passar com a pediatra, pediatra, que informa tudo direitinho. Aí é mais enfermeira. Não tenho nada contra elas. Mas eu, para passar uma criança e saber se está doente tem que ser uma pediatra. (usuária)
>
> De zero a um ano essas crianças passam mensalmente em avaliações intercaladas, com médico e enfermeiro. (enfermeira)

A implantação do acolhimento nas UBS implica, necessariamente, trabalhar em equipe multidisciplinar, com foco na integralidade.

Para a SMS/SP, o processo de trabalho precisa ser estruturado no trabalho em equipe, a qual deve estabelecer um projeto comum em que o trabalho especializado de cada profissional se complemente e possam construir uma ação de interação entre os trabalhadores e usuários. Nesse sentido, o gerente da unidade de saúde é o profissional essencial para o desenvolvimento do processo de trabalho, tendo como uma das suas ações principais a articulação e integração (São Paulo, 2005).

A importância do trabalho em equipe foi verificada nos discursos dos profissionais, conforme relato abaixo:

> [...] acredito que o serviço para ele ser melhor a gente tem que ter uma comunicação entre as várias esferas do serviço, precisa ter espaço para discussões e para interação dos profissionais. (enfermeira)

Entre os distintos problemas que afloram com a implantação da ESF, nenhum é mais grave que a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos. Contudo, esses elementos só fazem aprofundar o desafio ao se discutir o processo de formação e educação continuada desses profissionais (Campos, Belisário, 2001).

Essas questões foram trazidas, como dificuldades a serem enfrentadas, pelos profissionais entrevistados, conforme relato a seguir:

> Ter o quadro completo de profissionais é uma coisa que faz muita diferença. Você ter cada espaço, cada área, com o seu quadro completo de profissionais, favorece muito a divisão de trabalho e também a forma como você vai planejar a sua assistência. (enfermeira)
>
> Apesar da gente ter um número menor de profissionais, muitas vezes, do que a gente precisaria para situação, talvez a gente precisasse trabalhar com mais afinco a questão da promoção, da prevenção, talvez a gente precisasse valorizar mais a questão da educação dentro da comunidade. (enfermeira)
>
> [...] mas acho que tem essa questão das pessoas que estudam nessa área pensarem de uma forma preventiva e não só curativa e dessa forma a gente teria muitos outros profissionais e não teria a falta de especialista. Penso dessa forma. (enfermeira)
>
> Acho que já trabalhar com esses estudantes da importância que é a atenção primária, a questão de prevenção e poder ter mais profissionais na área. Reconheço também que tenha as questões econômicas, que muitas pessoas veem, salariais. (enfermeira)

Dificuldade tanto para admitir quanto para manter os profissionais médicos na equipe foi relatada pela OSS Santa Catarina[17] como um dos problemas a ser superado. Na área onde foi realizado o estudo, existem equipes que estão completas e, em outras, falta o médico. Esse aspecto traz implicações importantes para o processo de trabalho da equipe, pois gera sobrecarga para o médico de outra equipe, que muitas vezes tem de definir quais pacientes devem ser atendidos, o que leva a um transtorno para a população, além de gerar insatisfação nos profissionais. Além disso, pode contribuir para o aumento de ICSAP.

Estudo realizado por Mendonça (2009), para verificar associação de aspectos ligados à qualidade dos serviços, verificou que a manutenção do mesmo médico na equipe reduziu ICSAP tanto em mulheres quanto em homens.

[17] Informação coletada por meio de conversa com equipe da OSS Santa Catarina.

Outro estudo realizado utilizando ICSAP como indicador de avaliação da ESF revelou associação significativa entre ICSAP e controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família (Rodrigues Neto, Faria, Caldeira, Fernandes, 2009).

Vale ressaltar que todos os trabalhadores das UBS entrevistados, têm contrato regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), o que não significa necessariamente que estejam satisfeitos com a remuneração e cumpram uma carga horária de 40 horas semanais. Portanto, não existe na OSS a precarização do trabalho, em termos de vínculo empregatício, o que poderia ser um fator para a não permanência desse profissional no quadro.

Pesquisa nacional realizada pelo CONASS, na área de recursos humanos, apontou que os vínculos precários, a possibilidade de implementar planos de carreira do SUS e as dificuldades de inserção e fixação de médicos, são alguns dos problemas mais relevantes a serem debatidos e enfrentados na gestão integrada das relações de trabalho (Brasil, 2009).

Do ponto de vista qualitativo, atividades de educação permanente estão previstas na PNAB, devendo ser atribuição das três esferas de governo. Entre as atribuições estabelecidas nessa política, está o apoio à articulação de instituições em parcerias com as secretarias de saúde para capacitação e garantia de educação permanente específica aos profissionais da saúde da família, além da articular com o Ministério da Educação estratégias de expansão e de qualificação de cursos de pós-graduação, residências médicas e multiprofissionais em saúde da família e em educação permanente (Brasil, 2006b).

A visão integral do política de formação e desenvolvimento dos recursos humanos na saúde deve ter como norte um plano de desenvolvimento dos trabalhadores com base em competências (conhecimentos, habilidades, atitudes e valores); na regulação dos processos educativos e laborais do campo da saúde; na reorientação e

melhoria da qualidade da formação, na pré e pós-graduação; na qualificação técnico-profissional; e em programa de educação permanente (Brasil, 2009).

A OSS Santa Catarina atua nesse campo de acordo com a Política Nacional de Educação Permanente do MS. O seu plano atual de operacionalização permanente tem proposto alternativas metodológicas que permitam a capacitação em serviço, minimizando o impacto da saída dos profissionais das unidades e, ao mesmo tempo, sendo efetivo em relação ao atendimento das suas necessidades de capacitação. Para tanto, vem adotando a lógica do matriciamento, com a formação em serviço acompanhada por um preceptor de cada área[18].

Segundo Cecílio (2001), toda ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de maior capacidade de escutar e atender à necessidade de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção.

No entanto, para atender às necessidades de saúde da população, é preciso promover a oferta e garantir o acesso a uma atenção integral.

Para Matos, buscar compreender o conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta seria a marca maior do sentido de integralidade (Mattos, 2001).

A luta pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde (Cecílio, 2001).

A integralidade envolve trabalhar na perspectiva da intersetorialidade, considerando que atender aos usuários com base nas suas necessidades ultrapassa muitas vezes a governabilidade do setor saúde.

[18] Plano de educação continuada OS Santa Catarina.

Dessa forma, a atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base de toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde (Giovanella, Mendonça, Almeida, Escorel, Senna, Fausto, et al., 2009). Entretanto, embora a atuação intersetorial amplie a capacidade de intervenção da APS sobre o processo saúde/doença, encontra limites na determinação social, considerando que as condições de saúde das pessoas e dos grupos sociais são resultantes do processo complexo e dinâmico de produção e reprodução social (Breilh apud Fonseca, Bertolozzi, 2008).

A OSS Santa Catarina vem desenvolvendo ações intersetoriais, como, por exemplo, o projeto Sala Verde Cidade Ademar, que busca consolidar uma relação entre a Secretaria Municipal do Verde e Meio Ambiente, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social e Secretaria Municipal de Saúde, dentro de uma metodologia de construção participativa e integrada de intervenções locais[19].

A SMS/SP, no desempenho do seu papel de gestor do sistema e com o objetivo de acompanhar o desempenho das equipes, criou um sistema de avaliação e monitoramento para a ESF, contemplando 17 indicadores, com metas a serem atingidas, na sua maioria extraídos do SIAB, envolvendo, entre outras, a proporção de diabéticos e hipertensos acompanhados (São Paulo, 2005).

Para organização do processo de monitoramento e análise desses indicadores/metas, foram constituídos os Conselhos de Acompanhamento dos Convênios da ESF (CONAC) envolvendo as três instâncias técnico-administrativas da SMS/SP com cronograma de reuniões mensais, bimestrais e trimestrais com as instituições parceiras (São Paulo, 2005).

[19] Projeto sala verde cidade adeamar, endereço eletrônico www.osacsc.org.br.

Segundo Franco e Merhy (1999), o primeiro problema apresentado na organização da gestão do PSF diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implantação regulamentada de maneira centralizada pelo MS, ou seja, o formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, enfim os diversos modos de fazer o programa.

Para Mattos (2001), a maneira como as práticas de saúde estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Nesse sentido, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário, impedir que se preste um atendimento integral.

O depoimento abaixo ilustra bem essa questão trazida pelos autores com relação à cobrança de produtividade.

> [...] a gente tem que atender para bater a tal da meta alguns serviços de referência, primeiro são muitos demorados porque a fila de espera é muito grande, não sei se é por falta de profissional ou é porque realmente a demanda é enorme, é gigantesca. (médico)

Ainda que se façam críticas ao estabelecimento de metas para acompanhar o desempenho da AB, chama atenção que os elogios referidos ao trabalho da equipe da AB foram de pacientes hipertensos, que integram o elenco de grupos prioritários e, assim, têm metas de atendimento a serem alcançadas estabelecidas pela SMS/SP, como se pode observar no relato abaixo:

> Estou fazendo um tratamento, tenho pressão alta. Eles não estavam achando as causas da minha pressão alta, por eu ser muito nova e muito alta, eles estão cuidando de tudo para mim. (usuária)

> [...] ele já marca a consulta de retorno, a gente vai automaticamente ver os exames. Então não se perde, é mais fácil se perder uma pessoa que não é prioridade [...] (médica)

Nesse sentido, vale destacar que o grupo de pacientes que foi internado com maior frequência, no HGP por ICSAP, foi o grupo de idosos, os quais não foram incorporados no elenco de eixos estabelecidos para acompanhamento pela SMS/SP.

Apesar disso, existem iniciativas na OSS para atender a essa faixa etária, como, por exemplo, o grupo de idosos que funciona na UBS Vila Arriete e pode ser implementado em outras unidades. Vale ressaltar que este grupo se destina a atender e acompanhar, basicamente, os idosos que se dirigem à UBS [20].

Existe, ainda, na microrregião o serviço de AD que assiste aos doentes acamados, porém não faz ainda trabalho integrado com a unidade básica, conforme relato abaixo:

> Eles vão até o Hospital Geral de Pedreira, faz a visita domiciliar e depois ele traz para a unidade básica olha, tal paciente é de vocês. Vai sair tal dia, vai para habitação, vai necessitar do acompanhamento.Isso aconteceu algumas vezes aqui na unidade, que eu me lembre, não tem essa contrarreferência, esse vínculo. (enfermeira)

> O paciente acamado é nosso, é da nossa unidade básica, mesmo que venha assistência domiciliária, a gente tem a visita domiciliária mensal do agente comunitário [...] (enfermeira)

Possivelmente, esta falta de articulação entre os serviços/profissionais seja um dos fatores que contribuem para a internação desses idosos, conforme foi verificado no estudo epidemiológico ecológico. Ou seja, apesar das iniciativas, ações desarticuladas não causam impacto suficiente para reduzir ou evitar essas internações.

Por outro lado, a demanda dos idosos por assistência na UBS talvez não seja integralmente identificada pelo ACS, possivelmente pela sua falta de preparo na identificação das necessidades de saúde dessa

[20] Informação fornecida por meio de doc interno da OSS Santa Catarina.

população, o que agravaria o seu quadro a ponto de a internação ser necessária.

A saúde do idoso é uma das prioridades estabelecidas no Pacto pela Vida, sendo a implantação de serviços de AD uma das suas diretrizes (Brasil, 2006c).

Rehem e Trad (2005), ao tratar do tema da AD em saúde, trazendo subsídios para um projeto de AB brasileira, colocam para discussão, entre outros aspectos, a disponibilidade de horas dos profissionais da equipe para prestar assistência pretendida no domicílio. Segundo as autoras, se levarmos em consideração que 72,8% das equipes de PSF contam apenas com uma auxiliar de enfermagem, quem atenderia à demanda na UBS enquanto esse profissional estivesse ocupado nas visitas vinculadas a AD?

Ainda que se reconheça a importância e emergência da implantação da AD, considerando o envelhecimento da população com predomínio das doenças crônicos degenerativas, é fundamental a discussão do dimensionamento de pessoal nas UBS, o que interfere de forma importante no processo de trabalho das equipes. De outra forma, esta AD poderá acarretar desgaste, sobrecarga e custos para a família, o que pode significar uma transferência da responsabilidade do estado.

Segundo a PNAB, as equipes de saúde da família devem ser constituídas de forma multiprofissional, sendo responsáveis por, no máximo, 4.000 habitantes, com média recomendada de 3.000 habitantes e jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. Deve ser composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e ACS (Brasil, 2006b).

Quanto aos ACS, estes devem ser em quantidade suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de saúde da família (Brasil, 2006b). Na OSS

Santa Catarina, as equipes são compostas por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco ACS.

Quanto às ICSAP, pode-se perceber, nos relatos dos profissionais e usuários, que existe relação direta entre essas internações e o processo de trabalho das equipes. No entanto, o processo de trabalho é, em certa medida, determinado pelo modo como se organiza o sistema local de saúde.

Entretanto o profissional parece não ter consciência de que a ocorrência dessas internações está relacionada ao processo de trabalho, manifesto em aspectos, como, por exemplo, no fato de não trabalhar com foco nas necessidades de saúde dos usuários. Para eles, as ICSAP estão diretamente associadas à falta de investimento na AB, seja de infraestrutura ou de equipamento (tecnologia leve dura e dura); e à falta de valorização da AB por parte dos usuários, conforme os relatos a seguir:

> [...] basicamente o investimento na atenção primária, nós precisamos de mais unidades básicas de saúde, seja saúde da família, seja a tradicional, da melhor forma que tiver que ser feito, mas nós precisamos de mais equipamentos [...] (médica)
>
> A gente sempre está batendo na tecla de que a atenção primária e acompanhamento ambulatorial é tão importante quanto o pronto-socorro em outro momento. A longo prazo eu acho que tende a melhorar também a visão da população sobre a atenção primária. É muito recente a implantação de SUS, a implantação de atenção primária. (médica)
>
> Precisa de uma aparelhagem que aqui a gente não tem. Conforme o que você está falando, pode ser até mesmo uma infecção urinária, então você tem que ir no AMA porque os nossos exames laboratoriais eles demoram quinze dias para chegar, no mínimo. (auxiliar de enfermagem feminina)

De acordo com Fracolli e Bertolozzi (2008), para alterar-se um processo de trabalho, precisa-se muito mais do que mudar estruturas, deve-se, também, modificar as referências epistemológicas dos sujeitos que operam no dia a dia dos serviços. Para tanto, segundo essas autoras, requer-se a destruição do núcleo duro de comportamentos estereotipados e estruturados, em geral presentes na memória instituída do trabalho morto.

Os depoimentos dos profissionais relatam ainda que tudo o que pode ser feito pela AB já é feito, ou seja, para eles, evitar ou reduzir ICSAP não tem relação com o processo de trabalho da equipe, ainda que trabalhem na lógica biologicista, modelo assistencialista, centrado na doença, tendo o ACS papel de destaque para captar as necessidades de saúde da população trazendo-as para dentro da UBS.

> [...] na prática a gente já faz o que a gente pode fazer. Não visualizo uma coisa a mais que a gente poderia fazer para evitar estas internações. (médica)

Moraes (2008) relata que os modos pelos quais os profissionais identificam e enfrentam as necessidades de saúde estão relacionadas tanto com as concepções de saúde e doença que perpassam o modelo assistencial quanto com as práticas de saúde desenvolvidas no cotidiano do processo de trabalho das equipes. Afirma, ainda, que os produtos que resultaram do atendimento às necessidades de saúde, por exemplo, consultas médicas e procedimentos, trazem uma concepção de necessidade de saúde aproximada com a doença.

No presente estudo, verificou-se que o processo de trabalho das equipes se dá basicamente, de forma individualizada e fragmentada, visando a uma maior produtividade e rapidez, seja pela demanda que chega à UBS, seja pela necessidade de cumprimento das metas estabelecidas no contrato de gestão da OSS Santa Catarina com a SMS/SP.

O trabalho está pautado na resolução de problemas de saúde, portanto, com foco no biológico, em função das demandas trazidas pelos ACS, em detrimento das necessidades de saúde da população. Conta ainda com o agravante da ausência ou rotatividade do profissional médico na equipe, o que faz com que haja sobrecarga para os demais, comprometendo a assistência prestada aos usuários. Dessa forma, pode contribuir para a ocorrência de ICSAP.

6.3.3 Razões para ocorrência das ICSAP

Existem diferentes teorias para explicar o processo saúde/doença na população, entre elas a teoria da unicausalidade, teoria da multicausalidade e teoria da determinação social do processo saúde/doença.

Para Barata (1996), a causalidade como conceito é determinada tanto pelas condições concretas de existência quanto pela capacidade intelectiva do homem em cada contexto histórico. Nesse sentido, para essa autora, como conceito, a questão da causa é revestida de historicidade.

Segundo Fonseca (1997), a unicausalidade foi a teoria dominante desde o início das sociedades ocidentais, tendo avanço importante na chamada era bacteriológica, pois explicava o surgimento das doenças por meio da descoberta dos vários agentes etiológicos, principalmente relacionados às doenças transmissíveis.

No século XX, o modelo unicausal não é mais suficiente para explicar o processo saúde/doença em função, entre outras razões, da complexidade que foi adquirindo a organização social, passando a gerar crescente necessidade de atenção à saúde que surtisse efeitos importantes na manutenção da qualidade da força de trabalho a serviço do capital (Fonseca, 1997).

Em substituição à teoria da unicausalidade, surge a teoria da multicausalidade, colocando a existência de vários fatores, sem hierarquização entre eles, para o aparecimento das doenças (Barata, 1996; Fonseca, 1997). Nessa teoria, as questões sociais aparecem como mais um fator no surgimento da doença na população, tanto quanto as questões biológicas e psicológicas (Fonseca, 1997).

Entre os diferentes modelos da teoria multicausal, estão o modelo da “balança” elaborado por Gordon na década de 1920; modelo da Rede de

Causalidade proposto por MacMahom; e o modelo ecológico ou teoria de Leavell e Clark (Barata, 1996).

Na teoria de Leavell e Clark ou modelo da tríade ecológica, considerado o mais acabado dos modelos da teoria multicausal, existem três conjuntos de fatores, distribuídos de forma triangular, que interferem no aparecimento da doença: o agente, o hospedeiro e o ambiente. O comportamento anormal de um desses conjuntos pode ocasionar o desequilíbrio do sistema, levando ao aparecimento da doença. Assim, o ambiente influencia a atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros, e estes, por sua vez, também podem alterar o ambiente onde vivem (Barata, 1996; Fonseca, 1997).

Para Barata (1996), o que há de mais característico nos diferentes modelos da teoria da multicausalidade é a tentativa de redução do social e sua descaracterização por meio de construções a-históricas e biologicistas.

Contrapondo-se às teorias da unicausalidade e multicausalidade, surgiu a teoria da determinação social do processo saúde/doença, baseada no materialismo histórico e dialético, em que a causa final do comportamento do processo saúde/doença deve ser buscada na forma segundo a qual a sociedade está organizada (Barata, 1996).

Segundo Oliveira e Egry (2000), o materialismo histórico e dialético visa superar a visão da ciência positivista, que, concebendo a sociedade como uma máquina e os seres humanos como suas engrenagens, reservaria papel previamente determinado para cada um; e a adesão ao social mais amplo seria apenas um fator, e não determinante. Para as autoras, a ciência positivista vê o processo saúde/doença como apenas um reflexo das condições de equilíbrio ou normalidade dessa máquina ou a perda dessa condição.

De acordo com os profissionais entrevistados, as ICSAP ocorrem em função de vários fatores, atuando isoladamente, que vão desde

problemas relacionados às questões socioeconômicas, biológicas, ambientais, de responsabilidade do usuário, entre outras.

Com relação às causas sociais, observa-se que a escolaridade apareceu como uma razão importante para a ocorrência das ICSAP, conforme os relatos abaixo:

> [...] todo mundo está alfabetizado, todo mundo chegou até a oitava série. Sabe ler e escrever? todo mundo sabe ler a placa do ônibus para pegar o ônibus direito. Não vou saber te dizer se isso daí é um fator preponderante, é um fator muito importante. Acho que contribui para estas internações [...]. (médico)

> Depende da condição educacional. Se o paciente tem uma educação melhor, vai seguir com maior rigor, com maior critério. O paciente que tem uma condição pior, ele não entende, às vezes a gente fala para ele da importância do remédio, mas ele não absorve isso, não vê uma importância, a gente fala do tabagismo, do alcoolismo, que tudo isso acaba prejudicando [...] (enfermeira)

> [...] às vezes ele nem sabe que tem a patologia e às vezes ele tem uma herança hereditária, uma hipertensão, diabetes, não sabe e acaba desenvolvendo e quando ele vê a coisa acontece. (enfermeira)

> As pessoas não admitem que não sabem ler, que não sabem escrever.Para elas, eu vou falar para o pessoal que não consigo escrever, para mim é vergonhoso, então eu afirmo, morro afirmando que eu sei ler e escrever. (agente comunitária feminina)

> [...] a maioria das vezes esses idosos eles são um pouco confusos pela falta de escolaridade, pela questão mesmo de crença. Acho que vou ficar bem, é só tomar um suco que minha mãe me ensinou, minha avó me ensinou, que todo mundo toma. Vou ficar bem com o chá de alguma planta, de alguma erva, não vou precisar tomar medicação. (enfermeira)

> Mesmo estando em caixinhas separadas, ela não sabe ler, se confunde toda, a família não dá suporte é um dos outros motivos para internação. Então é a má adesão ao tratamento, às vezes a falta de medicação, vem na unidade básica, não tem no dia, aí eles vêm buscar no outro dia, aí esquece de buscar, a receita vence, às vezes fica sem vir, aí você troca, ele esquece de vir buscar a receita [...] (médico)

Diversos estudos têm demonstrado a influência do nível de escolaridade e suas implicações para a saúde, manifestados das mais diferentes formas, como, por exemplo, na percepção dos problemas de

saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e acesso aos serviços de saúde, na adesão aos procedimentos terapêuticos e no cuidar da própria saúde (Fonseca, Bertolozzi, 2008).

Estudo realizado utilizando ICSAP como indicador para avaliação da ESF revelou associação significativa entre baixa escolaridade e ICSAP (Rodrigues Neto, Faria, Caldeira, Fernandes, 2009).

No município de SP, as regiões Sul e Leste apresentam proporções maiores e amplamente conhecidas de baixa escolaridade (São Paulo, 2011d). Considerando que temos uma parcela da população com baixa escolaridade, cabe às equipes de saúde o estabelecimento de estratégias para que os usuários possam compreender e aderir ao projeto terapêutico e ao projeto cuidativo.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo, a rede de ensino da cidade é a maior do país, com quase 1 milhão de alunos, o que significa 9,2% dos 10,8 milhões de habitantes da cidade. Somados aos pais e familiares, envolve quase cinco milhões de pessoas, ultrapassando, e muito, a população da maioria das capitais brasileiras[21].

Na microrregião de Cidade Ademar, segundo informações da OSS Santa Catarina, de 26.983 crianças na faixa etária ≥7 a ≤14 anos, 177 (0,66%) estão fora da escola.[22] Essa situação é semelhante quando comparada aos dados do Brasil, onde, no censo de 2000, 95% das crianças nessa mesma faixa de idade estavam matriculadas na escola (IBGE, 2011).

No entanto, essas condições de oferta e possível acesso à escola vigente na atualidade no município de São Paulo deverá produzir impacto nas futuras gerações. No presente, a população adulta, principalmente a

---

[21] Informações coletadas no endereço eletrônico da Secretaria Municiapal de Educação – http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/default.aspx.
[22] Informativo interno OSS Santa Catarina – folheto Placar Saúde.

parcela de idosos, é resultado de uma situação menos favorável que prevaleceu no passado na região do estudo ou, ainda mais grave, em outras regiões menos desenvolvidas do país.

Para alguns profissionais, a ocorrência das doenças e consequentemente das ICSAP pode estar relacionada ao ciclo de vida das pessoas, colocando, assim, a responsabilidade nas questões biológicas para as internações por CSAP.

> [...] eu acredito que o ciclo de vida mesmo, o período do ciclo que eles estão, vai facilitar o aparecimento ou não de algumas doenças. (enfermeira)

> [...] idoso é a mesma coisa. Eles têm uma vulnerabilidade maior também, acho que tem muito a questão fisiológica, de resposta imunológica, e a questão ambiental também. Tem muito idoso que mora sozinho, que os filhos não cuidam. Eles têm aquele hábito que é difícil você mudar, os hábitos alimentares, os hábitos de higiene e que não tem ninguém para fiscalizar. (enfermeira)

O ciclo de vida tem sido um instrumento recomendado para uso pelas equipes de saúde da família como ferramenta de trabalho, pois a compreensão de cada momento e sua interferência no processo saúde-doença possibilita aos profissionais prever quando e como as doenças podem ocorrer. Com esse entendimento, a equipe pode adotar medidas de promoção, prevenção e tratamento, de forma a evitar o agravamento e, consequentemente, possíveis limitações.

Nesse sentido, considerando o desgaste próprio, em função do ciclo de vida, é esperado que a população idosa fique mais vulnerável a determinadas doenças. Entretanto, isso não significa que a condição de saúde dessa população deva agravar-se necessariamente ao ponto de se tornar inevitável a internação hospitalar. Portanto, parte das internações por CSAP poderá não ocorrer caso essa população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade e conte, por exemplo, com o apoio da família ou a presença de um cuidador para ajudar nas atividades de vida diária, incluindo o uso correto das medicações.

Na fala de outros profissionais, essas internações são atribuídas à responsabilidade dos pacientes que não cuidam da sua saúde e não seguem, por exemplo, as orientações médicas. Colocam, de certa forma, que a culpa pela ocorrência das ICSAP é do paciente e da família.

> [...] na maioria das vezes, muitas vezes eles não querem seguir, eles são teimosos, não quer seguir alimentação, dieta, remédio, ou, às vezes, até por falta de entendimento mesmo por não saber ler, escrever. (agente comunitária)

> [...] a higiene, mesmo, infelizmente as pessoas não têm o hábito, muito, de lavar as mãos com água e sabão, isso daí já melhorava muito [...]. (agente comunitária)

> [...] é uma pessoa muito difícil, diz que ela joga o remédio fora; as vezes elas tem que ficar no pé, porque ela joga, põe na boca e joga fora o remédio [...]. (agente comunitária)

> [...] ela é muito resistente, não quer tomar água, ela quer tomar refrigerante, tomar café e ela não pode tomar café, eles tiraram até o botijão de gás de habitação e colocou para fora, colocou o cano, para ela parar de fazer as coisas, por que também era perigoso, ela tem noventa e três anos mas ela é superteimosa. (agente comunitária)

> [...] estas internações ocorrem porque as pessoas têm um descuido com a própria saúde deles, eles acham que as pessoas têm que fazer algo por ele, mas eles mesmos não se cuidam, às vezes não tomam a medicação corretamente [...]. (agente comunitária)

> [...] também essa parte de internação pelas doenças respiratórias, problemas às vezes respiratórios. Isso também agrava muito. Agora de desidratação, essas coisas assim é complicado saber, acho que a mãe mesmo que acabou descuidando, porque há falta de água, assim também [...]. (agente comunitária)

> [...] acho que no caso das crianças são causas externas a criança. Cuidador, pais, até mesmo o próprio médico. No caso do idoso pode ser alguma coisa que concerne a ele mesmo, seja por causa de não entendimento que basicamente que leva a adesão ou não ao tratamento. (médico)

> [...] na minha área tem a dona Corina, a mulher mora sozinha, com três ou quatro cachorros dentro de habitação, a habitação dela é escura, ela teima em falar que sabe ler e escrever, mas não sabe. (agente comunitária)

> [...] enquanto não acontece, geralmente, algumas pessoas não acreditam, que hipertensão é supergrave. Uns que ainda levam mais a sério é diabetes, eles têm mais acho que medo de diabetes [...] pressão alta eles ainda não. Acabam achando que não é uma doença que mata, ou então toma o remédio: quando tiver alta eu

> tomo. (agente comunitária)
>
> [...] em primeiro lugar, eu acredito que estas internações ocorrem pela má adesão ao tratamento. O tratamento não é só medicamentoso, faz parte do tratamento, o tratamento de mudança de estilo de vida, atividades físicas e isso a população tem uma certa dificuldade de fazer, mudar o estilo de vida, alimentação correta, exercícios físicos, dieta, absolutamente importante a dieta [...]. (médico)
>
> [...] às vezes é muito mais importante do que o seguimento médico dele. O auxiliar de enfermagem vai na habitação dele, olha os remédios que ele está tomando, mede a pressão dele, vê como que está a diabetes, reorienta o uso correto das medicações e eles não dão valor a isso, eles querem consulta médica em consultório. (médica)

Muito embora seja visível o esforço dos profissionais em buscar uma explicação para a ocorrências das ICSAP, elas se dão em um espaço restrito. As questões por eles levantadas deveriam integrar a sua prática e deixar de ser vistas como questões exteriores a ela. Por fim, e em defesa desses profissionais, podemos perguntar se problemas tão complexos seriam sensíveis a ações individuais e pontuais.

As condições de moradia foram outro fator importante na fala dos profissionais para a ocorrência das ICSAP:

> [...] falta de piso, de piso mesmo, falta de reboco, essas coisas que eu acho que são importantes. Mas o que mais acho que pega é a umidade, sabe? parede úmida cria aquele bolor e tudo, isso daí é muito ruim, para criança principalmente. (médica)
>
> [...] as condições de habitação, animal, inseto, cachorro, gato, os ambientes são aglomerados, às vezes doenças transmissíveis, não favorece [...] eu quis dizer condição socioeconômica em geral, explicando assim as internações das crianças, as internações do idoso na questão financeira, de repente o idoso não ter um cuidador que está o tempo todo ali, ajudando, por questão financeira. (médica)
>
> [...] a maioria das habitações, elas estão sempre em reforma, até para melhorar a habitação e tudo.Só que cria um poeirão e acaba atrapalhando. Algumas têm muito bolor, muita umidade, fica úmido o ambiente, acaba atrapalhando, piorando o quadro sintomático respiratório da criança, principalmente. (médica)

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2007, um em cada três brasileiros que vivem nas cidades não tem condições dignas de moradia[23].

As questões emocionais e psicológicas também se constituem para os profissionais como fator importante para as ICSAP, conforme os relatos a seguir:

> A rejeição agrava muito, a pessoa sente muita solidão, isso agrava muito, geralmente é isso, é a falta de, como vou explicar? falta de aconchego da família para com esse idoso [...]. (auxiliar de enfermagem feminina)
>
> [...] ela começou a chorar do nada, conversando com ela, ela foi me explicando o que estava acontecendo. Os familiares não dão atenção, deixa a pessoa jogada, não estão nem aí para as medicações, se essa pessoa é hipertensa, diabética, às vezes nem toma a medicação. (auxiliar de enfermagem masculino)
>
> [...] então por este motivo, acaba ficando sem tomar, não tem uma pessoa ali para orientar, da família, para ajudar a tomar medicação, essas coisas, eu acredito que seja aí aonde agrave mais e ocorra mais internação por esse motivo [...]. (agente comunitária)
>
> [...] tem muito idoso que mora sozinho, que os filhos não cuidam, eles têm aquele hábito que é difícil você mudar, os hábitos alimentares, os hábitos de higiene, não tem ninguém para fiscalizar. (enfermeira)

Entre as questões socioeconômicas, a alimentação foi outra questão relatada pelos profissionais:

> [...] referente às crianças, elas se adaptam ao que a mãe impõe. Muito a gente tentar influenciar na alimentação deles, só que muitas vezes, pela condição econômica, fica difícil. (auxiliar de enfermagem feminina)
>
> [...] não tem horário de alimentação correto; falta comida, realmente falta dinheiro, é uma coisa que acontece; não sabem ler e escrever. Os diabéticos, como são pacientes mais velhos, a maioria deles não sabem ler e escrever. (médica)

---

[23] Informações coletadas por meio da homepage do IBGE, endereço eletrônico http://www.ibge.gov.br/

> [...] eles não sabem ler, eles se confundem mesmo; e não conseguem dizer que remédio tomam, perdem receitas, tem que comer o pão integral, pão integral é caro, eles não tem dinheiro para comer. (médica)

Na sociedade atual são grandes as dificuldades para que se possa ter uma alimentação saudável. A indústria de produtos alimentares gera grande oferta de alimentos industrializados que, se por um lado, trazem mais comodidade para as pessoas, por outro trazem grandes prejuízos à sua saúde. Esse quadro é ainda agravado quando se trata de uma parcela da população de muito baixo poder aquisitivo e de informação, conforme é a realidade da região Sul do município de SP (São Paulo, 2011d).

As condições ambientais também aparecem nos relatos como fator importante para as ICSAP.

> [...] esses pacientes que já foram internados, as crianças, às vezes, estas internações, é até mesmo pelas condições básicas, saneamento básico, muitas vezes são internadas porque não têm essa consciência de que ali naquela água suja pode estar contaminada ou até mesmo condições de higiene. (auxiliar de enfermagem feminina)

> O que é higiene muitas vezes? às vezes a pessoa acha que tomando banho é uma simples higiene, esquece muitas vezes [...] o que a gente tem muito problema na minha área, que tem inclusive uma área muito precária, diria, que é perto do córrego aqui em baixo; então é uma área bastante precária, justamente por isso, por causa das condições de higiene. (auxiliar de enfermagem feminina)

> A situação socioeconômica, cultural, sei lá, se eu posso colocar assim, atrapalha muito. As famílias da minha área elas também vivem num ambiente muito violento, muito violento com a presença maciça de drogas, e as famílias são muito desestruturadas. (enfermeira)

Quanto ao saneamento básico, segundo informações da OSS Santa Catarina[24] (dados de abril de 2011), na microrregião de Cidade Ademar, 99,28% dos domicílios têm coleta regular de lixo, 0,67% é jogado à

[24] Informativo interno OSS Santa Catarina – folheto Placar Saúde.

céu aberto e 0,06% é queimado. Quanto ao esgoto, 70,29% dos domicílios estão ligados à rede de esgoto, 11,02% são desprezados em fossa e 18,69%, a céu aberto.

Dos domicílios, 99,60% têm água tratada (rede pública), 0,12% usa água de poço e 0,28% usa outras fontes de abastecimento. A água consumida é filtrada em 54,25% dos domicílios, 0,69% é fervida, 3,55% usam cloro e 41,50% não fazem qualquer tratamento na água[25].

Barreto e Carmo apud Oliveira e Egry (2000) referem que a positividade da teoria multicausal, hegemônica até hoje, além de resultar na impossibilidade de conhecer o peso relativo de cada um dos fatores de determinação do fenômeno, tem como agravante o fato de que os modelos empíricos em epidemiologia, ao trabalharem isoladamente tais fatores, são capazes, no máximo, de controlar os interveninentes, paradoxo que resulta na sua redução à unicausalidade.

Nesse sentido, a fala dos profissionais entrevistados, ao atribuir isoladamente aos aspectos sociais, econômicos, psicológicos, ambientais, biológicos, entre outros, a causa das ICSAP, traz para discussão tanto a teoria da multicausalidade quanto a unicausalidade. Esta última, por exemplo, ao referir que a falta da higiene das mãos, isoladamente, pode ser um fator para a ocorrências das ICSAP, conforme relatado anteriormente.

A busca da causalidade tem caráter instrumental, na medida em que as categorias interpretativas que dela resultam dão suporte a projetos de intervenção sobre a realidade (Oliveira, Egry, 2000). Nesse sentido, da mesma forma que os profissionais entrevistados percebem a causa das doenças e consequentemente das ICSAP, de forma isolada, em uma relação de linearidade, o que caracteriza a teoria da multicausalidade, eles também propõem intervenções pontuais e isoladas para reduzir ou evitá-las, conforme os relatos a seguir:

---

[25] Idem.

> [...] acredito que estas internações possam ser reduzidas e evitadas. Acho que a forma é muito individual, que população você está trabalhando. Procurar intervenções de uma boa educação, aí serve no caso para os dois grupos de maior número de internação, são os dois extremos, educação e saúde, o esclarecimento a população, vejo muito dessa forma [...]. (médico)

> Hoje existe um trabalho muito forte em relação a grupos de profissionalização, de discussão de mulheres, de idosos. Eu acredito que isso tem que crescer, não sei como a gente pode alcançar esse crescimento, hoje, como profissional de saúde eu posso interferir nisso, fora o conselho de gestor, fora estar dentro da comunidade, mas acho importantíssimo a própria comunidade ter esse espaço de lazer. (enfermeira)

> [...] no âmbito maior acho que as internações podem ser reduzidas, assim, as questões de saneamento básico, acho que devem influir muito, com relação a habitação, eu acho que [...]. (enfermeira)

> [...] talvez no futuro o entendimento da população sobre a questão da atenção primaria vá melhorar, de repente até em política governamental. A gente olha em propaganda política, propaganda eleitoral, propaganda até dos meios de comunicação não vinculados à política, fala-se só de hospital, fala-se só de pronto-socorro, não se valoriza a atenção primária [...]. (médica)

> [...] acho que estas internações podem ser reduzidas. Em alguns fatores elas podem ser evitadas. Acho que você para reduzir isso vai ter que mexer na estrutura. E mexer na estrutura sempre é complicado. (médico)

> [...] e a opinião dele vale muito mais do que a minha ainda hoje. Isso eu acho que também tem que mudar, tem que ser um esforço social, da comunidade valorizar a atenção primária, da população valorizar, da sociedade valorizar, que hoje não é valorizada. (médica)

> [...] a conscientização sim, a conversa, explicar, ter um tempo maior. Minha vontade é que as consultas tivessem um tempo maior. Hoje são de quinze minutos, cinco minutos, dez minutos a mais seria muito legal porque a conversa, a pessoa às vezes atende mais na conversa, você explicando, ter um tempo de falar: olha, senta aqui, olha, está vendo seus remédios? (agente comunitária)

> [...] com relação às imunidades também, os idosos com relação às campanhas de vacina. Eu acho que isso a gente tenta implantar, claro que sempre tem que melhorar para ter abrangência total da população. (enfermeira)

Os relatos, acima no que diz respeito ao que pode ser feito para reduzir ou evitar as ICSAP, giram em torno da valorização da APS por todos

os segmentos da sociedade, seja paciente, mídia e autoridades, embora não façam referência ao tipo de valorização para essa política. Por outro lado, reduzir ou evitar as ICSAP, para alguns profissionais, pode ter relação, por exemplo, com o processo de trabalho, mais especificamente ao tempo curto destinado para realização das consultas e ampliação de coberturas vacinais.

De todo modo, o que se percebe é que, na visão dos profissionais, as intervenções devem ocorrer de forma pontual, segmentada, sem articulação maior, o que é justificado pela visão de mundo de cada um, e, assim, a forma como se percebe o processo saúde/doença e, consequentemente, a busca das alternativas para solução.

Merece destaque o fato de que esses profissionais não representam a parcela menos informada e menos comprometida com a saúde da população. Provavelmente por exercerem sua prática profissional na AB, são levados a buscar uma interpretação para esses fatos, embora não sejam capazes de articular uma compreensão mais abrangente da realidade. Situação muito diversa ocorre com a maioria dos profissionais, cuja prática se dá no interior dos hospitais que interpretam e agem em uma perspectiva individual e completamente biologicista.

Jaime Breilh apud Egry (1996, p.62) concebe o processo saúde doença como:

> [...] síntese do conjunto de determinações que operam em uma sociedade concreta, produzindo, nos diferentes grupos sociais, o aparecimento de riscos ou potencialidades característicos, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde. Certamente, a qualidade de vida à qual cada grupo socioeconômico está exposto é diferente e, portanto, é igualmente diferente sua exposição a processos de risco que produzem o aparecimento de doenças e formas de morte específicas, assim como seu acesso a processos benéficos ou potencializadores da saúde e da vida.

Egry (1996), ao desenvolver a Teoria de Intervenção Práxica da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), concebe o processo

saúde/doença com base na determinação social e propõe uma forma sistematizada para captar, interpretar e intervir no processo saúde doença, tendo em vista as categorias conceituais e dimensionais.

Segundo Egry:

> [...] "categorias conceituais, referem-se aos conjuntos totalizantes de noções e ideias historicamente construídas; e as dimensionais inter-relacionam o estrutural, o particular e o singular, permitindo, simultaneamente, iluminar as diferentes partes do fenômeno expondo a dialética entre as partes e o todo. (Egry, 2010, p.70).

A TIPESC deve ser desenvolvida de acordo com as seguintes etapas: captação da realidade objetiva, interpretação da realidade objetiva, projeto de intervenção, intervenção na realidade objetiva e reinterpretação da realidade objetiva (Egry, 2010).

Muito embora a adoção de uma estratégia adequada de organização da AB com oferta de serviços de qualidade principalmente em áreas de maior risco social possa promover melhorias na saúde da população, entre elas a redução das ICSAP, isso não é suficiente para compreender e enfrentar os problemas e as necessidades de saúde da população.

O presente estudo leva-nos à conclusão de que, para intervir no processo de adoecimento e, consequentemente, reduzir ou evitar as ICSAP, não basta apenas identificar e agir, por exemplo, sobre os fatores biológicos e ambientais, mas compreender que o processo saúde/doença é inseparável do desenvolvimento econômico e social, significando a necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais dos processos saúde/enfermidade, o que exige a articulação com outros setores de políticas públicas (Egry, 2010).

7. CONSIDERAÇÕES FINAS

Esta pesquisa permitiu conhecer o comportamento das ICSAP e NÃO ICSAP no HGP e verificar que os resultados são semelhantes àqueles encontrados em outros estudos realizados no Brasil.

Chama atenção que as ações que vêm sendo desenvolvidas para os idosos na microrregião da Cidade Ademar estão direcionadas basicamente para aqueles que buscam os serviços nas UBS. Porém, essa foi a faixa etária que mais foi internada por ICSAP (≥65 anos) e, entre eles, os com mais de 80 anos, possivelmente por não serem beneficiados por essas ações, seja pela dificuldade de deslocamento para ter acesso às UBS e/ou pela ausência de um cuidador no domicílio.

Muito embora a saúde do idoso seja uma das prioridades definidas pelo Pacto pela Vida de 2006, este estudo sugere que a atuação da APS não alcança as diretrizes definidas para a atenção a essa população, tais como: promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; e implantação de serviços de atenção domiciliar.

Os dados demonstram a pertinência dessa política e a necessidade de implementação de estratégias pelos serviços de APS para o atendimento das necessidades de saúde dessa população, envolvendo, entre outras questões, ações intra e intersetoriais, de forma a reduzir as internações dessa faixa etária.

Com relação aos grupos de diagnóstico, merecem destaque as pneumonias bacterianas, tanto por terem ocupado a primeira posição como causa de internação no triênio estudado no HGP, quanto pela redução da sua frequência quando se compara o ano de 2007 com 2008 (60,61%) constatada nos dados da AIH no estudo epidemiológico ecológico.

Parece muito pouco provável que tal redução seja resultado do melhor controle dessa doença, com impacto tão elevado de um ano para o outro, sendo mais provável que decorra de problemas na qualidade das informações, conforme foi evidenciado por esse estudo ao se analisar isoladamente uma amostra de prontuários. Ainda com relação à qualidade da informação, chamou atenção a quantidade de AIH com diagnóstico de causa não especificada de morbimortalidade (R69), mesmo havendo um diagnóstico principal registrado no prontuário.

O estudo de validação apontou que o SIH/SUS deixa de captar cerca de 18% das verdadeiras ocorrências de ICSAP. Esta tese é o primeiro estudo no Brasil que validou o SIH/SUS com base em uma amostra de prontuários de um hospital que tem uma característica administrativa peculiar, e acreditamos que esta metodologia de estudo deva ser replicada em outros cenários, em que haja distintos modelos de gestão hospitalar, de modo a comparar os resultados. Podem ser estimadas diferentes sensibilidade e especificidade em cenários diferentes de gestão.

Os resultados de validação do SIH/SUS são extremamente relevantes quando se considera que esse sistema é uma das bases de avaliação da efetividade da APS. Nesse sentido, esta tese aponta claramente para a necessidade de introdução de medidas, tanto pela gestão pública do SUS quanto pelas administrações dos hospitais, para a melhoria da qualidade da informação, pois seria esperada acurácia igual ou próxima a 100%, uma vez que a informação deve refletir a real assistência prestada ao paciente na internação. Assim, se o SIH/SUS não refletir a realidade das internações, não deveria ser utilizado com essa finalidade, ou deveriam ser feitas as devidas correções.

O sistema de saúde na microrregião de Cidade Ademar, à semelhança da organização da maioria dos serviços de saúde no Brasil, é fragmentado, verticalizado e piramidal, no qual os profissionais exercem uma prática norteada pela interpretação no máximo multicausal do processo saúde-doença, alijando os usuários de sua roupagem social e, portanto, dos

potenciais de desgaste e de fortalecimento dos grupos sociais a que pertence.

Apesar do discurso vigente de que a APS funciona como porta de entrada, este estudo demonstra que essa não tem sido a rota preferencial dos usuários, o que pode ocorrer tanto por conta das restrições do acesso que se traduzem na dificuldade, reconhecida pelos profissionais das UBS, de obter consultas de especialidade e realização de exames para a continuidade da atenção, quanto pela falta, no ponto de vista do usuário, de resolubilidade do seu problema pela equipe de saúde. Assim, a APS, na prática, mostra-se frágil e desacreditada pelos usuários, não tendo retaguarda para sua atuação.

Desse modo, as restrições e dificuldades de acesso aos serviços de APS identificadas aqui constituem-se em fator que contribui para a ocorrência de ICSAP. Apesar de toda a oferta de serviços na microrregião estudada, não existe uma organização que assegure, por exemplo, acesso a consultas e exames em tempo oportuno. Nesse sentido, verificamos o registro de dificuldades das UBS em prover o acesso a serviços a que as AMA conseguem responder mais rapidamente, principalmente com relação aos exames de diagnóstico.

O processo de trabalho da equipe da APS é organizado, basicamente, em função do que o ACS, com sua visão de mundo e seu corpo de conhecimentos pré-científicos, identifica nas visitas domiciliares e traz para as reuniões da equipe. E também é centrado no médico, com foco nas questões biológicas, em uma relação de causalidade, pouco considerando as questões sociais que também contribuem para a ocorrências de ICSAP, como a situação financeira do usuário e suas consequências sobre a escolaridade, condições de moradia e do ambiente, entre outras e, no caso dos idosos, a falta de cuidador.

Observamos um ciclo vicioso em que o serviço é centrado na figura do médico, mas existe a falta deste profissional. Essa falta, por sua

vez, gera sobrecarga daqueles que estão trabalhando, contribuindo também para a alta rotatividade dos médicos nos serviços de APS. Assim, a ausência do médico pode levar à ocorrência das ICSAP, em que pese todo o esforço da equipe para atender a população da sua área de abrangência.

Quanto à enfermagem, ainda que o trabalho na APS pressuponha atuação interdisciplinar e em equipe, para a integralidade das ações, o conjunto desses profissionais pode desempenhar papel fundamental para reduzir ou evitar as ICSAP. Essa possibilidade decorre tanto do quantitativo de pessoal de enfermagem, aí incluídos os ACS, quanto das suas atribuições, que deveriam priorizar ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como o controle de patologias frequentes que integram a Lista Brasileira de ICSAP.

Uma equipe de enfermagem qualificada e comprometida com um processo de trabalho que tenha por base a captação e a interpretação da realidade objetiva, a elaboração de um projeto de intervenção nessa realidade e, por fim, a respectiva reinterpretação (Egry, 2010), buscando instrumentos que possam avaliar a qualidade e os resultados da assistência prestada, possivelmente alcançará maior efetividade da sua prática e, portanto, poderá contribuir com a redução da ocorrência das ICSAP na população sob sua responsabilidade.

O uso do indicador de ICSAP para avaliar a APS possibilitou a compreensão do papel que exerce o processo de trabalho das equipes (que estão sob sua governabilidade) bem como dos fatores relacionados ao acesso (que dependem da APS em si, mas também da organização do sistema local de saúde) na ocorrência dessas internações.

Essas questões remetem aos pressupostos deste estudo de que as ICSAP acontecem não só em função da falta de acesso e efetividade da APS, mas também por conta do processo de trabalho e dos determinantes sociais.

Este trabalho apontou que as ICSAP acontecem em função de vários fatores, conforme referido anteriormente, e que a APS sozinha não dá conta de enfrentar esse problema, mostrando o limite da aplicação da Lista Brasileira para avaliar esse nível de atenção.

Entre os fatores que contribuem para os limites do seu uso, estão o fato de poder levar muito tempo para que sejam detectados problemas em áreas pequenas e as mudanças pontuais e o estabelecimento de tendências (Macinko, 2004).

Outras limitações estão relacionadas à dependência das informações hospitalares e ao fato de que, no caso brasileiro, o SIH/SUS registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, o que significa uma visão que, mesmo sendo majoritária, é parcial da realidade nacional. Pode ainda ocorrer eventual dupla ou tripla contagem de um mesmo paciente, em razão de o sistema gerar mais de uma AIH nos casos de internação de longa permanência e quando ocorre transferência do paciente para outro hospital.

Outro importante limite é a separação da avaliação da APS da avaliação do sistema local de saúde. Para que seja possível avaliar esse nível de atenção, é necessário que sejam avaliados, simultaneamente, o sistema local e sua organização, porque o papel fundamental da APS que é de ordenadora do sistema não é por ela mesma definido. Na verdade, ela exercerá o papel que lhe for atribuído pelo modelo adotado de organização do sistema.

Portanto, no sistema em que a APS está definida para atuar de forma seletiva ou apenas como porta de entrada, esse nível de atenção não dá conta de reduzir e/ou evitar as ICSAP, e o resultado do uso do indicador ICSAP poderá ter um viés importante ao responsabilizar a APS por essas internações. De todo modo, nesse caso, o seu uso será de grande valia para apontar as fragilidades do sistema, sinalizando para os gestores as questões

que devem ser equacionadas para a organização dos serviços no enfretamento desses problemas.

Vale lembrar que isso implica, também, trabalhar na perspectiva da intersetorialidade, buscando parcerias com outras áreas do campo social e do campo do desenvolvimento econômico.

Por outro lado, nos sistemas organizados em redes de atenção, esse indicador tem grande possibilidade de avaliar não só a APS, mas o sistema como um todo, contribuindo para análise e reflexão tanto dos profissionais envolvidos na execução da APS quanto daqueles responsáveis pela gestão das políticas locais, regionais e nacional de saúde.

Em síntese, este indicador embora apresente limites, entre os quais se destacam qualidade da informação, organização do sistema local de saúde e determinação social do processo saúde/doença, apresenta igualmente a possibilidade de avaliar a APS, e a organização do sistema local de saúde.

Por fim, independentemente da situação, o uso desse indicador tem grande potencial ao contribuir para a discussão da efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS, quais sejam, universalidade, integralidade e equidade.

REFERÊNCIAS

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa–Lima 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(6):1337-1349.

Almeida Filho N, Rouquayrol MZ, organizadores. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Medici; 2003. Elementos de metodologia epidemiológica; p.149-177.

Almeida MF, Alencar GP, França Júnior I, Novaes HMD, Siqueira AAF de, Schoeps D, et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso- controle. Cad. Saúde Pública. 2006;22(3):643-652.

Amaral TCL. Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. American Jornal of Public Health. 2009;99(1):87-93.

Atenção primária em saúde: agora mais que nunca. Lisboa: Organização Mundial da Saúde (OMS); 2008. Relatório Mundial de Saúde 2008. [citado 2011 set 22]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf.

Barata RB. Causalidade e epidemiologia. Conferência apresentada no 4º Congresso Argentino de Epidemiologia e Atenção à Saúde; 1996; Buenos Aires, AR. Hist Cienc Saude Manguinhos. 1997;4(1):31-49.

Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. Aten Primária. 2004;33(6):305-11.

Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. Health Aff. 1990;9(4):158–65.

Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad. Saúde Pública. 2006;22(1):19 - 30.

Booth GL, Hux JE. Relationship between avoidable hospitalizations for diabetes mellitus and income level. Arch Intern Med. 2003;163(1):101-6.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília; 2011a. A evoluçao do termo Atenção Primária à Saúde (APS); p. 13.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007a.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS 20 anos. Brasília; 2009.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS: avanços e desafios. Brasília; 2006a.

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988a.

Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras prividências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:18055.

Brasil. Lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 18 maio 1988b. Seção 1:8.

Brasil. Ministério da Saúde. Consulta Pública n. 04, 20 setembro de 2007. Nota técnica sobre lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica. Brasília; 2007b. [citado 2008 set 22]. Disponível em: http//drt2004.saude.gov.br/dab/consulta publica.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília; 2011b. [citado 2011 abr.8]. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/data sus/index.php.

Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. Brasília; 2010a. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/sih/Manuais_SIH_SETEMBRO_2010.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS n. 196/96 e outras. 2ª ed. ampl. Brasília; 2003a. (Série Cadernos técnicos - CNS).

Brasil. Ministério da Saúde. PESQCID: programa de pesquisa versão 2.4. Brasília; 2008a. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: http://www.data sus.gov.br/cid10/ v2008/descrpesq.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, 25 janeiro 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jan. 2008b. Seção1:47.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Brasília; 2003b. p. 49.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 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). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006b. p. 7-51.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial* da União, Poder Executivo, Brasília. 21 set. 2008c. Seção 1:50.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, 30 dezembro 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 2010b. Seção 1:89.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 31 dez 2010c; Seção 1:89.

Brasil. Ministério da Saúde. Sala de situação de saúde. Brasília; 2011c. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: http://189.28.128.178/sage/.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família nos Territórios da Cidadania. Entrevista sobre internações por condições sensíveis à atenção primária. Rev. Brasileira Saúde Família. 2008d;9(18):4-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para organização da atenção básica. Brasília; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília; 2006c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2001.

Brasil. Projeto de Lei n. 3985/08. Altera a Lei n. 10.683, de 28 de maio de 2003. Que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS, destinados ao Ministério da Saúde. [legislação na Internet]. Brasília; 2003c. [citado 2009 set. 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/Projetos/Quadros/ quadro_PL/2008.htm.

Breilh J. Las tres “S” de la determinación de la vida y el triângulo de la política. In: El Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), organizador. Conferência en seminário “Rediscutindo a questão da determinação social da saúde”; 2010 mar. 19-20; Salvador, BR. Salvador: CEBES; 2010.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. Phisis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17(1):77-93.

Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p. 511- 539.

Caminal Homal J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Casanova Matutano C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004;14 (3):246-51.

Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;31(1):61-5.

Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. Aten Primária. 2003;31(1):6-14.

Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermosilla Pérez E, Martín Mateo M. Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. Rev Clin Esp. 2001;201(9):501-7.

Campos FE, Belisário SA. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2001;9:133-141.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p.113-127.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDS). As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

Costa AM. Determinação social da saúde: um tema potente na mobilização pelo direito à saúde? Rev. Saúde em Debate. 2009;33(83):443-46.

DeLia D. Distributional issues in the anallysis of preventable hospitalizations. Health Serv Res. 2003;38(6 Pt 2):1761-79.

Dias-da-Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008;24(7):1699-1707.sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Pública. 2010;26(2):358-364.

Dias-da-Costa JS, Buttenbender, DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saude Publica. 2010;26(2):358-364.

Egry EY. Necessidades em Saúde como Objeto da TIPESC. In: Garcia TR, Egry EY. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 70-77.

Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Egy EY, Fonseca RMGS. A Família, a Visita Domiciliária e a Enfermagem: Revisitando o Processo de Trabalho da Enfermagem em Saúde Coletiva. Rev. Esc. Enf. USP. 2000;34(3):233-9.

Elias E, Magajenski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. Rev. Bras. Epidemiol. 2008;11(4):633-647.

Fekete MC. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. [S.l.: s.n.]; 1996.

Fleury-Teixeira P. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. Rev. Saúde em Debate. 2009;33(83):380-387.

Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Egry, EY; Fonseca RMGS. 7º Curso de Atualização em Saúde Coletiva; 2008 set; São Paulo, BR. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008. p. 20.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde-doença da mulher brasileira. Rev Latino-Americana de Enfermagem. 1997;5(1).

Fracolli LA, Bertolozzi MR. O trabalho em saúde e o processo de produção: Uma questão para a enfermagem. In: Egry EY, organizador. Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica. São Paulo: Dedone; 2008. p. 22- 32.

Franco T, Merhy EE. PSF: contradições e novos desafios. In: Conferência Nacional de Saúde On-line. Belo Horizonte; 1999. [citado 2011 jul. 10]. Disponível em: http: www.datasus.gov.br/cns/temas/tribunal/PsfTito.htm.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999;15(2).

Garrafa V, Cordón J. Determinantes sociais da doença. Rev. Saúde em Debate. 2009;33(83):388-96.

Gervas J, Homar JC. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. Rev. Esp Salud Publica. 2007;81(1): 7-13.

Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C. Política de saúde: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 177-198.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Rev C S Col. 2009;14(3):783-794.

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saúde Pública. 2006;22(5):951-963.

Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizactions: evidence from Brazil. J Ambulatory Care Manage. 2009;32(2):115-122.

Guerra DM. O Processo de descentralização da assistência à saúde no Município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2006.

Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D. A New way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris. Health Aff. 2006; 25(2).

Hospital Geral de Pedreira [homepage na Internete]. São Paulo. c2011. [citado 2011 jul. 13]. Disponível em: http://www.pedreira.org.br.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). [homepage na Internet]. Brasília; c2011. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1

La Forgia GM, Couttolenc BF. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular; 2009. p. 55-103.

Laurell AC. A saúde-doença como processo social. In: Nunes ED, organizador. Medicina Social: aspectos históricos e Teóricos. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. An evaluation of the family health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60:13-9.

Macinko J. Estudo da lista de internações por condições sensíveis à atenção básica. [citado 2008 set 19]. Disponível em:http://drt2004. saúde.gov.br/dab/docs/publicações/geral/3seminário internacional relató rio atividades.pdf.

Magan P, Alberquilla A, Otero A, Ribera JM. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid regional health service (Spain). Med Care. 2011;49(1):17-23.

Malta DC, Merhy EE. A Micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. Rev. Min. Enf. 2003;7(1):61-66.

Matias Neto HA. Validação do SINASC para a região da grande Florianópolis em 2001 [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões. In: Pinheiro R , Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001.

Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.

Mendes EV. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos Estados: caderno de apresentação. Brasília: CONASS; 2009a. p. 49.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009b.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992. (Cadernos CEFOR – Textos 1).

Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implantation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. Health Policy and Planning. 2011;Jun:1-8.

Mendonça CS. Uso das internações por condições sensíveis à atenção primária para a avaliação da estratégia saúde da família em Belo Horizonte/MG [dissertação]. Porto alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71-112.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

Monteiro CA, Benício MHA, Konno SC, Silva ACF, Lima ALL, Conde WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. Rev Saúde Pública. 2009;43(1):35-43.

Moraes TCP. Necessidades em saúde & trabalho das equipes de saúde da familia: a dialética do reconhecimento e enfretamento [dissetação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

Mota SMM, Gama SGN, Theme Filha MM. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2009;18(1):55-64.

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. Saude Matern. 2010;10 Supl 1:83-91.

Moysés SJ, Silveira Filho AD. Saúde bucal da família: quando um corpo ganha uma boca. In: Silveira Filho AD, Ducci L, Simão MG, Gevaerd SP,

organizadores. Os dizeres da boca em Curitiba: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde; 2002. p. 133-61.

Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Cien Saude Colet. 2011;16 Suppl 1:1145-54.

Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. Epidemiol Serv Saúde. 2010;19(1):61-75.

Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Pública. 2008;42(6):1041-52.

Niefeld MR, Braunstein JB, Wu AW, Saudek CD, Weller WE, Anderson GF. Preventable hospitalization among elderly Medicare beneficiaries with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2003;26(5):1344-9.

Nogueira RP. Determinantes, determinação e determinismo sociais. Rev. Saúde em Debate. 2009;33(83):397- 406.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev. Esc. Enf. USP. 2000;34(1):9-15.

Organização Pan-americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Contribuições para o debate. Brasília; 2011. [citado 2011 jul 12]. Disponível em: http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=article&id=25.

Organização Panamericana da Saúde (OPAS). Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. 2005. [citado 2009 set. 6]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por. pdf.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. 2011;Maio:p.11-29. (Série Saúde no Brasil 1).

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2002;1(1):75-91.

Perpétuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do se padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do 12º Seminário de Economia Mineira; 2006; Diamantina, BR. Minas Gerais: [s.n.]; 2007.

Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p. 65-112.

Possas CA. Padrões Epidemiológicos e Política de Saúde no Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz; 1988.

Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. Rev C S Col [periódico na internet]. 2009 mai. [citado 2011 ago. 20]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br.

Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. Ciên. Saúde Coletiva. 2005;10 Supl:231-242.

Rehem TCMSB. Estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária: macrorregião Juazeiro/BA e Petrolina /PE. Rede Interestadual de Saúde do Médio São Francisco. 2009. [citado 2010 nov. 16]. Disponível em: http://www.saudeinterestadual.org.br/estudos.aspx.

Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004;20(2):438 - 446.

Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. Health Place. 2001;7(1):27-38.

Robbins JM, Valdmanis VG, Webb DA. Do public health clinics reduce rehospitalizations?: the urban diabetes study. J Health Care Poor Underserved. 2008;19(2):562-73.

Rodrigues Neto JF, Faria AA, Caldeira AP, Fernandes VBL. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2009; 43(6).

Rubinstein E. Introdução a la medicina familiar: Profam: Programa de Educação a Distância da Medicina Familiar y Ambulatória. 2ª ed. Buenos Aires: Fundación MF; 2001.

Saha S, Solotaroff, Oster A, Bindman AB. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. Med Care. 2007;45 (8):712-9.

São Paulo (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. [homepage na Internet]. São Paulo; c2011a. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: http://www. prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php? p=17783.

São Paulo (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Programa de automonitoramento glicêmico. [homepage na Internet]. São Paulo; c2011b. [citado 2011 jul. 13]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov. br/cidade/secretarias/saude/programas/index.php?p=6070.

São Paulo (Município). Associação Congregação de Santa Catarina. Comunicado de Interesse Público/07-NTCSS/SMS-G: proposta técnica para gestão, apoio técnico, execução de serviços e atividades dos equipamentos de saúde da Região de Pedreira: Distritos Administrativos Cidade Ademar, Pedreira e Campo Grande. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; 2007.

São Paulo (Município). Decreto n. 45.037 de 20 de julho de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 21 jul. 2004. Seção1:1-2.

São Paulo (Município). Lei n. 13.399 de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal. Diário Oficial do Município de São Paulo, São Paulo, 2 ago. 2002. Seção1:47.

São Paulo (Município). Secreatia Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Diagnóstico sintético da saúde na

cidade de São Paulo. São Paulo; 2011d. [citado 2011 ago 20]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/DiagnostivoSinteticoSaudeCidadeSaoPaulo.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo [homepage na Internet]. São Paulo: SMS; 2010. [atualizado 2007; acesso em 2010 nov. 16]. Disponível em: http://www3.prefeitura.sp.gov.br/buscaubsweb/forms/frmPesquisarLogradouro.aspx.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Coordenação de Epidemiologia e Informação. [periodico na Internet]. Bol CEInfo Dados. [citação 2011 ago 20]. 2011c;10(10). Disponível em: HTTP://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CEInfo_Dados_2011.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. AMA especialidades: diretrizes técnicas. São Paulo; 2009a. [citado 2011 maio 17]. Disponível em: http: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saúde/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Associação Congregação de Santa Catarina. Contrato de gestão n. 005/2008 – NTCSS-SMS. Microrregião de Cidade Ademar. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2008.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Associação Congregação de Santa Catarina. Termo Aditivo n. 03/2009 do Contrato de Gestão n. 005/2008 – NTCSS-SMS. Microrregião de Cidade Ademar. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2009b.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Documento norteador: compromisso das Unidades Básicas de Saúde com a população. São Paulo; 2005. [citado 2011 maio 17]. Disponível em: http: www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/pdf-geral/DocumentoNorteador-Abril2005.php.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual - Diretrizes técnicas da assistência médica ambulatorial na atenção básica. São Paulo; 2009c. [citado 2011 maio 17]. Disponível em: http: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saúde/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTecnicas.pdf.

Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. São Paulo: Sobravime; 2002. p. 221-240.

Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. Rev Saude Publica. 2011;45(4):765-772.

Souza RR, Malik AM. O Plano Estadual de Saúde e o Pacto pela saúde em SP. Cadernos FGV Projetos. 2009;4(9):53-60.

Souza RR. Construindo o SUS: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidade entre as esferas de governo [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.

Starfield B. Efetividade e equidade em serviços de saúde pela atenção primária em saúde. In: Anais do 3º Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família; 2007 dez. 13-15; Recife, BR. [evento na Internet]. Brasília; 2008. [citado 2008 set 19]. Disponível em: http://drt2004.saúde.gov.br/dab/docs/publicações/geral/3seminário internacional relatório atividades.pdf.

Tambellini AT. Contribuição para o debate do CEBES sobre a determinação social da saúde: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. Rev. Saúde em Debate. 2009;33(83):371-379.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saúde Pública. 2004;20 Supl 2):s190-s198.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS AIH/PRONTUÁRIO

Variáveis – linkage AIH / PRONTUÁRIO
1. Número da AIH/ Número do Prontuário
2. Sexo na AIH / Sexo no Prontuário
3. Data de nascimento na AIH / Data de nascimento no Prontuário
Variáveis da busca para o estudo qualitativo
4. Endereço
5. Número
6. Barro
7. Município
8. CEP
9. Diagnóstico principal / CID no prontuário
10. ICSAP no prontuário / Não ICSAP no prontuário
11. Diagnóstico principal / CID na AIH
12. ICSAP na AIH / Não ICSAP na AIH
13. Motivo de alta na AIH
14. Condição de alta no Prontuário
15. Data de internação
16. Data de alta
17. Se ICSAP na AIH:
•Nome do paciente •Passagem anterior a esta internação pela UBS? Sim ( ) Não ( ) Sem informação ( ) •Fazia acompanhamento antes dessa internação? Sim ( ) Onde? Quanto tempo? Não ( ) Sem informação ( ) •Houve cuidado domiciliar antes da internação? Sim ( ) Não ( ) Sem informação ( ) •Tempo entre a manifestação dos principais sintomas até o agravamento que motivou a internação …….. •Observações……

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA

No……..…..

Data……..…..…..…..…..…..

Caracterização:

Código (três primeiras letras do sobrenome)----------Sexo: M ( ) F ( )

Idade----------

Escolaridade----------

Profissão----------

Vínculo com a instituição:----------

Cargo ou função----------

Antes de começar as perguntas explicar o que são as ICSAP e relatar alguns casos do território da Unidade Básica de Saúde.

Questões Norteadoras:

- No ano de 2008, diversas pessoas da área de abrangência de sua unidade foram internadas por doenças consideradas como uma condição sensível à atenção primária. O que você pode me dizer sobre isto?
- Como a Unidade poderia contribuir para mudar a situação?

Complemento:

- Em sua maneira de ver quais seriam os motivos pelas quais essas pessoas, apesar de serem usuárias deste serviço agravaram seu quadro a ponto de internar?
- Como a sua unidade monitora os usuários (e suas famílias) que estão acometidos de enfermidades quando eles são encaminhados a outros serviços de saúde?
- Verifica-se que uma boa parte dessas internações se referem a problemas que afetam a saúde das crianças (recolocar os índices e diagnósticos): em sua percepção porque as crianças são internadas por esses diagnósticos (citar)?
- Como a Unidade poderia mudar esta situação? E o que se espera de outros serviços (de referência) e da própria população?
- O que você acha que pode mudar essa situação?

APÊNDICE 3 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM USUÁRIOS QUE FORAM INTERNADOS POR ICSAP

No……..…..

Data……..…..…..…..…..…..

Caracterização:

Código (Três primeiras letras do sobrenome)----------Sexo: M ( ) F ( )

Idade----------

Escolaridade (dar tabela de escolaridade)----------

Profissão----------

Ocupação---------- Local de Trabalho----------

Estado Civil: casado ( ) solteiro ( )separado judicialmente ( ) divorciado( ) viúvo ( )

Filhos: Não ( ) Sim ( ) Número de filhos: ----------

Questões Norteadoras:

- O (A) senhor (a) pode me contar como começou esta doença que motivou sua internação no Hospital Geral de Pedreira no ano de 2008 e por quais serviços passou?
- Em sua maneira de ver quais foram os motivos que desencadearam a internação?
- Em sua maneira de ver havia meios para que o (a) senhor (a) fosse cuidado em casa a fim de evitar a internação?
- Como se sentiu ao saber da internação?

Complemento:

- Procurou a UBS quando começou a sentir o problema?
- Quem atendeu na UBS?
- Como foi o atendimento?
- Quanto tempo se passou desde a manifestação dos primeiros sintomas até o agravamento que desencadeou a internação?
- Quem solicitou a internação?
- Quais as dificuldades para cuidar do paciente em casa antes da internação e após a alta?

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - USUÁRIOS

Eu, Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem, Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Profa. Dra. EmikoYoshikawa Egry e co-orientação da Profa. Drª Suely Itsuko Ciosak, estou desenvolvendo a pesquisa "Internações Sensíveis à Atenção Primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos".

O objetivo é compreender porque o senhor (a) ou seu familiar, (no caso de menor) se internou no Hospital de Pedreira, por uma doença que se a assistência na Unidade Básica de Saúde tivesse sido adequada não causaria a internação.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A sua participação é voluntária e consistirá de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita para o papel. Durante a pesquisa o senhor (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.
- Não é necessária a sua identificação e será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.
- O presente TCLC está elaborado em duas vias, sendo que uma delas ficará com o senhor (a) e outra com o pesquisador.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio dos telefones (11) 3061-7652 ou (61) 8103-1187 ou pelo e-mail tânia.rehem@gmail.com . Disponibilizo também o e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP edipesp@usp.br.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e objetivos da pesquisa.

Declaro que concordo com a utilização, nesta pesquisa, de toda informação por mim prestada.

Assinatura do (a) participante:

_____

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

_____

São Paulo, ____/_____/ 2010

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PROFISSIONAIS

Eu, Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem, Enfermeira e Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), sob orientação da Profa. Dra. EmikoYoshikawa Egry e co-orientação da Profa. Drª Suely Itsuko Ciosak, estou desenvolvendo a pesquisa "Internações Sensíveis à Atenção Primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos". O objetivo é identificar quais as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das internações por condições que poderiam ser prevenidas na atenção básica e compreender os limites e possibilidades da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para avaliar o desempenho deste nível de atenção.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar desta pesquisa deve considerar as seguintes informações:

- A sua participação é voluntária e consistirá de uma entrevista que será gravada e posteriormente transcrita. Durante a pesquisa você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas, podendo recusar-se a responder perguntas ou deixar de participar do estudo a qualquer momento, se assim o desejar.
- Não é necessária a sua identificação e será garantido o seu anonimato e o sigilo das informações, assim como os resultados serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Ao final da pesquisa, se for do seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto à pesquisadora.
- O presente TCLC esta elaborado em duas vias sendo que uma delas ficará com o senhor (a) e outra com o pesquisador.

Desde já agradeço a sua colaboração e me coloco à disposição por meio dos telefones (11) 3261-7652 ou (61) 8103-1187 ou pelo e-mail tânia.rehem@gmail.com . Disponibilizo também o e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP edipesp@usp.br.

Como participante da pesquisa afirmo que fui devidamente orientado(a) sobre a finalidade e objetivos da pesquisa.

Declaro que concordo com a utilização, nesta pesquisa, de toda informação por mim prestada.

Assinatura do (a) participante:

_____

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

_____

São Paulo, ____/_____/ 2010

APÊNDICE 6A - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA , 2006

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																	Total
	355030 São Paulo	330455 Rio de Janeiro	350900 Caieiras	351060 Carapicuíba	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351630 Francisco Morato	352220 Itapecerica da Serra	352310 Itaquaquecetuba	352940 Mauá	353440 Osasco	354680 Santa Isabel	354870 São Bernardo do Campo	355250 Suzano	355280 Taboão da Serra	000000 Ignorado ou exterior	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	392	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	392
II. Neoplasias (tumores)	373	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	373
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	76	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	76
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	257	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	257
V. Transtornos mentais e comportamentais	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
VI. Doenças do sistema nervoso	153	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	155
VII. Doenças do olho e anexos	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.607	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1.612
X. Doenças do aparelho respiratório	2.102	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2.106
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.753	0	0	0	5	4	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	1.766
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	288	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	289
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	277	0	0	0	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	281
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	686	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	687
XV. Gravidez parto e puerpério	3.396	0	0	0	10	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3.408
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	410	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	411

continua

Conclusão

INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA , 2006

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																	Total
	355030 São Paulo	330455 Rio de Janeiro	350900 Caieiras	351060 Carapicuíba	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351630 Francisco Morato	352220 Itapecerica da Serra	352310 Itaquaquecetuba	352940 Mauá	353440 Osasco	354680 Santa Isabel	354870 São Bernardo do Campo	355250 Suzano	355280 Taboão da Serra	000000 Ignorado ou exterior	
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	67
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	252	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	255
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.068	0	1	0	3	3	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1.082
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
XXI. Contatos com serviços de saúde	90	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	94
Não preenchido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9
Total	**13.325**	**1**	**1**	**1**	**31**	**10**	**3**	**1**	**4**	**2**	**1**	**3**	**1**	**2**	**1**	**2**	**9**	**13.398**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 6B - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																Total
	355030 São Paulo	230420 Crato	316370 São Lourenço	350570 Barueri	351060 Carapicuíba	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351570 Ferraz de Vasconcelos	351840 Guaratinguetá	351880 Guarulhos	352220 Itapecerica da Serra	353440 Osasco	353710 Pedreira	354870 São Bernardo do Campo	355280 Taboão da Serra	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	500	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	501
II. Neoplasias (tumores)	446	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	450
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	89	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	89
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	208	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	208
V. Transtornos mentais e comportamentais	51	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
VI. Doenças do sistema nervoso	161	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	162
VII. Doenças do olho e anexos	64	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	67
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.816	0	1	0	0	6	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1.825
X. Doenças do aparelho respiratório	2.344	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2.352
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.272	0	0	0	1	8	3	0	0	0	0	3	0	0	0	1	2.288
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	336	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	337
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	290	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	294
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	803	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	807

continua

Conclusão

INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																Total
	355030 São Paulo	230420 Crato	316370 São Lourenço	350570 Barueri	351060 Carapicuíba	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351570 Ferraz de Vasconcelos	351840 Guaratinguetá	351880 Guarulhos	352220 Itapecerica da Serra	353440 Osasco	353710 Pedreira	354870 São Bernardo do Campo	355280 Taboão da Serra	
XV. Gravidez parto e puerpério	4.080	0	0	0	0	21	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	4.103
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	508	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	511
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	83	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	84
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	209	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	211
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	1.434	0	0	0	0	3	2	0	1	0	2	2	1	0	2	0	1.447
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
XXI. Contatos com serviços de saúde	49	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	51
Não preenchido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**15.762**	**1**	**1**	**1**	**4**	**55**	**9**	**1**	**2**	**1**	**2**	**7**	**2**	**1**	**3**	**5**	**15.857**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 6C - INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																	Total
	355030 São Paulo	350570 Barueri	351300 Cotia	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351570 Ferraz de Vasconcelos	351630 Francisco Morato	351870 Guarujá	351880 Guarulhos	352220 Itapecerica da Serra	354100 Praia Grande	354410 Rio Grande da Serra	354780 Santo André	354870 São Bernardo do Campo	354980 São José do Rio Preto	355180 Sete Barras	
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	211	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	213
II. Neoplasias (tumores)	184	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	187
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	132	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	134
V. Transtornos mentais e comportamentais	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13
VI. Doenças do sistema nervoso	73	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	73
VII. Doenças do olho e anexos	41	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12
IX. Doenças do aparelho circulatório	1.000	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1.005
X. Doenças do aparelho respiratório	1.462	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1.467
XI. Doenças do aparelho digestivo	1.190	0	1	4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1.198
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	172	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	172
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	215	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	216
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	511	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	512
XV. Gravidez parto e puerpério	3.041	0	0	10	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	3.056

continua

Conclusão

INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE E CAPÍTULO DA CID 10. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Município de Residência do Paciente																	Total
	355030 São Paulo	350570 Barueri	351300 Cotia	351380 Diadema	351500 Embu	351510 Embu-Guaçu	351570 Ferraz de Vasconcelos	351630 Francisco Morato	351870 Guarujá	351880 Guarulhos	352220 Itapecerica da Serra	354100 Praia Grande	354410 Rio Grande da Serra	354780 Santo André	354870 São Bernardo do Campo	354980 São José do Rio Preto	355180 Sete Barras	
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	369	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	372
XVII.Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	61	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	61
XVIII.Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	855	0	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	861
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	912	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	918
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
XXI. Contatos com serviços de saúde	37	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37
Não preenchido	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	**10.558**	**2**	**1**	**32**	**3**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**1**	**2**	**7**	**1**	**1**	**10.616**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 7A - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006

Município Residência	ICSAP		Parto (*)		Demais causas		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
330455 Rio de Janeiro	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
350900 Caieiras	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
351060 Carapicuíba	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
351380 Diadema	1	0,03	8	0,32	22	0,29	31	0,23
351500 Embu	1	0,03	0	0,00	9	0,12	10	0,07
351510 Embu-Guaçu	1	0,03	1	0,04	1	0,01	3	0,02
351630 Francisco Morato	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
352220 Itapecerica da Serra	0	0,00	0	0,00	4	0,05	4	0,03
352310 Itaquaquecetuba	0	0,00	0	0,00	2	0,03	2	0,01
352940 Mauá	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
353440 Osasco	1	0,03	0	0,00	2	0,03	3	0,02
354680 Santa Isabel	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
354870 São Bernardo do Campo	1	0,03	0	0,00	1	0,01	2	0,01
355030 São Paulo	3.223	99,85	2503	99,60	7.599	99,24	13.325	99,46
355250 Suzano	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
355280 Taboão da Serra	0	0,00	1	0,04	1	0,01	2	0,01
000000 Ignorado ou exterior	0	0,00	0	0,00	9	0,12	9	0,07
Total	**3.228**	**100,00**	**2513**	**100,00**	**7.657**	**100,00**	**13.398**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

(*)Parto normal, parto normal em gestacao de alto risco, parto cesariano em gestacao alto risco, parto cesariano, parto cesariano c/ laqueadura tubaria

APÊNDICE 7B - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007

Município Residência	ICSAP		Parto (*)		Demais causas		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
230420 Crato	1	0,03	0	0,00	0	0,00	1	0,01
316370 São Lourenço	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
350570 Barueri	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
351060 Carapicuíba	0	0,00	0	0,00	4	0,04	4	0,03
351380 Diadema	8	0,23	12	0,41	35	0,37	55	0,35
351500 Embu	0	0,00	0	0,00	9	0,10	9	0,06
351510 Embu-Guaçu	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
351570 Ferraz de Vasconcelos	0	0,00	0	0,00	2	0,02	2	0,01
351840 Guaratinguetá	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
351880 Guarulhos	0	0,00	0	0,00	2	0,02	2	0,01
352220 Itapecerica da Serra	0	0,00	0	0,00	7	0,07	7	0,04
353440 Osasco	0	0,00	0	0,00	2	0,02	2	0,01
353710 Pedreira	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
354870 São Bernardo do Campo	1	0,03	0	0,00	2	0,02	3	0,02
355030 São Paulo	3.453	99,71	2929	99,59	9.380	99,23	15.762	99,40
355280 Taboão da Serra	0	0,00	0	0,00	5	0,05	5	0,03
Total	**3.463**	**100,00**	**2941**	**100,00**	**9.453**	**100,00**	**15.857**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS

(*)Parto normal, parto normal em gestacao de alto risco, parto cesariano em gestacao alto risco, parto cesariano, parto cesariano c/ laqueadura tubaria

APÊNDICE 7C - NÚMERO E PERCENTUAL DE ICSAP, PARTO E DEMAIS CAUSAS, SEGUNDO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO PACIENTE. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008

Município Residência	ICSAP		Parto (*)		Demais causas		Total Geral	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
350570 Barueri	0	0,00	0	0,00	2	0,03	2	0,02
351300 Cotia	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
351380 Diadema	5	0,30	7	0,31	20	0,30	32	0,30
351500 Embu	0	0,00	0	0,00	3	0,05	3	0,03
351510 Embu-Guaçu	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
351570 Ferraz de Vasconcelos	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
351630 Francisco Morato	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
351870 Guarujá	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
351880 Guarulhos	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
352220 Itapecerica da Serra	0	0,00	1	0,04	1	0,02	2	0,02
354100 Praia Grande	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
354410 Rio Grande da Serra	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
354780 Santo André	0	0,00	1	0,04	1	0,02	2	0,02
354870 São Bernardo do Campo	2	0,12	0	0,00	5	0,08	7	0,07
354980 São José do Rio Preto	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
355030 São Paulo	1.682	99,59	2.274	99,61	6.602	99,37	10.558	99,45
355180 Sete Barras	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,01
Total	**1.689**	**100,00**	**2.283**	**100,00**	**6.644**	**100,00**	**10.616**	**100,00**

Fonte: SIH/SUS. Tabwin

(*)Parto normal, parto normal em gestacao de alto risco, parto cesariano em gestacao alto risco, parto cesariano, parto cesariano c/ laqueadura tubaria

APÊNDICE 8A - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Faixa Etária Selecionada									
	<1a	≥1 a ≤4a	≥5 a ≤14a	≥15 a ≤24a	≥25 a ≤34a	≥35 a ≤44a	≥45 a ≤54a	≥55 a ≤64a	≥65a	Total
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	1	0	1	3	0	1	0	1	7
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	29	34	8	9	10	15	13	11	67	196
3. Anemia	0	1	0	3	0	5	3	2	6	20
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0	3	5	1	1	5	15
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	4	6	0	1	1	0	0	0	15
6. Pneumonias bacterianas	349	277	69	0	2	2	0	2	3	704
7. Asma	51	40	24	7	9	12	9	3	10	165
8. Doenças pulmonares	16	7	6	1	5	4	17	19	74	149
9. Hipertensão	0	0	0	6	13	46	91	97	205	458
10. Angina	0	0	0	0	1	9	19	17	24	70
11. Insuficiência cardíaca	0	1	0	5	8	19	26	45	163	267
12. Doenças cerebrovasculares	0	0	1	0	6	17	26	34	92	176
13. Diabetes melitus	0	0	8	14	11	15	19	19	45	131
14. Epilepsias	0	5	9	9	15	16	8	12	14	88
15. Infecção no rim e trato urinário	35	10	11	41	36	29	31	25	111	329
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	18	29	35	11	20	21	32	24	42	232
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	8	19	15	6	1	1	50
18. Úlcera gastrointestinal	0	1	0	3	5	12	19	26	33	99
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9	0	1	29	15	3	0	0	0	57
Total ICSAP	510	410	178	147	182	246	321	338	896	3.228
Todas as demais causas	578	363	654	2.290	2.032	1.259	971	791	1.232	10.170
Total Geral	**1.088**	**773**	**832**	**2.437**	**2.214**	**1.505**	**1.292**	**1.129**	**2.128**	**13.398**

Fonte: SIH/SUS.

APÊNDICE 8B - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Faixa Etária Selecionada									
	<1a	≥1 a ≤4a	≥5 a ≤14a	≥15 a ≤24a	≥25 a ≤34a	≥35 a ≤44a	≥45 a ≤54a	≥55 a ≤64a	≥65a	Total
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	1	2	4	0	2	2	0	0	11
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	14	28	9	12	17	17	9	16	62	184
3. Anemia	0	0	0	4	2	5	7	6	7	31
4. Deficiências nutricionais	1	0	1	0	0	2	4	1	1	10
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	2	5	3	1	1	1	0	0	16
6. Pneumonias bacterianas	437	242	59	0	0	1	3	5	2	749
7. Asma	38	26	34	2	8	8	7	3	6	132
8. Doenças pulmonares	29	12	7	2	3	4	13	24	98	192
9. Hipertensão	0	0	0	1	14	26	68	85	150	344
10. Angina	0	0	0	0	1	8	16	19	22	66
11. Insuficiência cardíaca	0	2	0	5	5	16	36	60	176	300
12. Doenças cerebrovasculares	0	0	0	2	8	10	21	37	101	179
13. Diabetes melitus	0	0	6	11	7	12	30	22	35	123
14. Epilepsias	1	5	10	8	14	22	11	11	11	93
15. Infecção no rim e trato urinário	57	11	18	49	44	36	38	31	145	429
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	17	49	39	25	31	25	56	31	46	319
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	13	16	16	5	1	0	51
18. Úlcera gastrointestinal	1	0	0	4	9	20	17	30	48	129
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	13	0	1	68	21	2	0	0	0	105
Total ICSAP	611	378	191	213	201	233	344	382	910	3.463
Todas as demais causas	692	482	731	2.586	2.663	1.559	1.181	993	1.507	12.394
Total Geral	**1.303**	**860**	**922**	**2.799**	**2.864**	**1.792**	**1.525**	**1.375**	**2.417**	**15.857**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 8C - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR GRUPO DE CSAP E TOTAL GERAL, SEGUNDO FAIXA ETÁRIA. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Faixa Etária Selecionada									
	<1a	≥1 a ≤4a	≥5 a ≤14a	≥15 a ≤24a	≥25 a ≤34a	≥35 a ≤44a	≥45 a ≤54a	≥55 a ≤64a	≥65a	Total
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	8	24	6	4	7	8	5	9	35	106
3. Anemia	1	0	1	2	1	1	2	4	6	18
4. Deficiências nutricionais	1	0	0	0	0	2	1	3	1	8
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	3	0	0	0	0	0	0	0	6
6. Pneumonias bacterianas	155	110	19	0	1	1	3	0	6	295
7. Asma	5	11	19	2	6	3	6	3	1	56
8. Doenças pulmonares	18	2	4	1	1	0	10	22	49	107
9. Hipertensão	0	0	1	3	2	13	29	43	98	189
10. Angina	0	0	0	0	0	7	9	13	14	43
11. Insuficiência cardíaca	1	0	0	2	8	6	19	40	91	167
12. Doenças cerebrovasculares	0	0	0	1	6	11	9	22	62	111
13. Diabetes melitus	1	1	6	5	5	9	6	18	22	73
14. Epilepsias	2	6	4	0	6	6	10	6	7	47
15. Infecção no rim e trato urinário	36	11	11	30	29	12	13	24	64	230
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	9	17	8	5	8	5	7	8	12	79
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	9	11	12	5	0	0	37
18. Úlcera gastrointestinal	0	0	0	0	6	8	8	7	10	39
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	6	0	0	49	19	4	0	0	0	78
Total ICSAP	246	185	79	113	116	108	142	222	478	1.689
Todas as demais causas	724	546	572	1.851	1.841	1.009	781	660	943	8.927
Total Geral	**970**	**731**	**651**	**1.964**	**1.957**	**1.117**	**923**	**882**	**1.421**	**10.616**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 9A - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2006

Grupos ICSAP	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	0	1	7
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	8	8	15	18	37	18	14	13	18	16	16	15	196
3. Anemia	0	4	0	1	0	5	1	1	4	2	2	0	20
4. Deficiências nutricionais	0	3	1	0	1	1	1	1	1	3	2	1	15
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	2	2	0	1	1	4	0	0	2	1	2	15
6. Pneumonias bacterianas	9	20	29	37	104	83	62	79	75	66	76	64	704
7. Asma	4	7	17	19	39	17	14	12	9	8	9	10	165
8. Doenças pulmonares	7	2	5	9	16	17	23	10	28	8	10	14	149
9. Hipertensão	11	27	16	29	51	35	78	44	53	30	47	37	458
10. Angina	7	8	6	8	3	3	7	4	10	5	3	6	70
11. Insuficiência cardíaca	8	9	11	22	24	17	29	30	55	24	14	24	267
12. Doenças cerebrovasculares	3	6	9	12	17	20	21	13	25	22	9	19	176
13. Diabetes melitus	4	5	3	9	14	12	18	11	25	11	8	11	131
14. Epilepsias	7	2	5	4	12	6	10	10	12	8	6	6	88
15. Infecção no rim e trato urinário	14	22	14	27	39	22	27	21	59	29	28	27	329
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	13	15	22	20	32	9	14	19	29	11	20	28	232
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	2	1	6	8	4	4	2	6	5	3	4	5	50
18. Úlcera gastrointestinal	2	3	6	10	8	9	21	7	10	2	9	12	99
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7	5	7	1	5	0	1	10	4	5	5	7	57
Total Grupos ISAB	**106**	**150**	**174**	**236**	**409**	**279**	**348**	**291**	**422**	**255**	**269**	**289**	**3.228**
Partos	**144**	**110**	**107**	**160**	**326**	**192**	**211**	**222**	**356**	**231**	**204**	**250**	**2.513**
Demais Causas (excluídas os partos e as ICSAP)	**341**	**362**	**369**	**615**	**760**	**531**	**857**	**800**	**857**	**708**	**677**	**780**	**7.657**
Total Geral	**591**	**622**	**650**	**1.011**	**1.495**	**1.002**	**1.416**	**1.313**	**1.635**	**1.194**	**1.150**	**1.319**	**13.398**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 9B - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2007

Grupos ISAB	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1. Doenças prev. p/ imunização e cond. sensíveis	0	2	0	1	0	2	0	0	0	2	0	4	11
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	15	19	24	20	17	14	14	16	14	10	5	16	184
3. Anemia	6	7	5	0	0	2	3	1	0	2	1	4	31
4. Deficiências nutricionais	1	2	0	1	1	0	1	1	1	0	0	2	10
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	1	0	1	5	0	1	2	1	2	3	16
6. Pneumonias bacterianas	50	40	85	76	74	60	69	69	76	58	53	39	749
7. Asma	5	30	29	11	8	9	3	10	9	5	7	6	132
8. Doenças pulmonares	12	10	26	27	22	17	16	16	12	12	9	13	192
9. Hipertensão	27	28	31	33	27	37	30	47	21	21	26	16	344
10. Angina	5	5	8	4	4	5	4	1	9	8	5	8	66
11. Insuficiência cardíaca	25	17	26	30	18	26	22	45	30	17	18	26	300
12. Doenças cerebrovasculares	16	19	20	15	10	8	15	22	12	12	19	11	179
13. Diabetes melitus	14	8	9	9	7	11	7	14	13	8	17	6	123
14. Epilepsias	10	10	5	5	8	11	6	6	8	9	7	8	93
15. Infecção no rim e trato urinário	24	47	42	35	33	36	26	43	32	41	41	29	429
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	36	21	27	26	21	30	21	33	28	19	31	26	319
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	4	2	2	9	6	4	5	6	2	6	2	3	51
18. Úlcera gastrointestinal	9	9	9	6	8	10	13	17	13	18	5	12	129
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	9	6	10	5	11	15	9	9	11	5	9	6	105
Total Grupos ISAB	**268**	**282**	**359**	**313**	**276**	**302**	**264**	**357**	**293**	**254**	**257**	**238**	**3.463**
Partos	**260**	**245**	**302**	**213**	**227**	**267**	**174**	**267**	**256**	**237**	**215**	**278**	**2.941**
Demais Causas (excluídas os partos e as ICSAP)	**695**	**763**	**820**	**698**	**827**	**706**	**765**	**938**	**879**	**795**	**718**	**849**	**9.453**
Total Geral	**1.223**	**1.290**	**1.481**	**1.224**	**1.330**	**1.275**	**1.203**	**1.562**	**1.428**	**1.286**	**1.190**	**1.365**	**15.857**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 9C - QUANTIDADE MENSAL DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES REGISTRADAS NO SIH/SUS, POR TIPO. HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA, 2008

Grupos ISAB	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensív	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	5	0	8	6	3	6	15	10	14	20	7	12	106
3. Anemia	0	0	2	2	1	2	1	1	4	4	0	1	18
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	1	1	1	2	1	1	1	0	0	8
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	6
6. Pneumonias bacterianas	2	0	11	28	74	26	32	20	41	17	19	25	295
7. Asma	1	0	8	10	0	9	4	1	2	5	4	12	56
8. Doencas pulmonares	1	0	6	9	7	13	14	13	14	17	5	8	107
9. Hipertensão	16	0	14	11	5	10	46	17	27	20	5	18	189
10. Angina	0	0	4	2	3	5	7	8	8	3	1	2	43
11. Insuficiência cardíaca	5	0	12	8	4	14	23	29	24	27	10	11	167
12. Doenças cerebrovasculares	3	0	21	9	13	10	11	10	11	11	6	6	111
13. Diabetes melitus	3	0	6	7	8	5	10	5	14	9	0	6	73
14. Epilepsias	1	0	0	4	3	2	3	7	12	7	2	6	47
15. Infecção no rim e trato urinário	4	0	39	24	18	13	43	18	31	17	6	17	230
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	1	1	1	3	15	9	12	12	9	16	79
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0	0	3	3	2	5	4	2	9	1	8	37
18. Úlcera gastrointestinal	3	0	5	3	2	1	14	2	1	4	0	4	39
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	13	8	6	6	7	3	15	10	0	10	78
Total Grupos ISAB	**44**	**0**	**150**	**136**	**152**	**128**	**254**	**159**	**234**	**194**	**75**	**163**	**1.689**
Total de Partos	**0**	**0**	**0**	**182**	**237**	**292**	**253**	**318**	**307**	**270**	**219**	**213**	**2.291**
Demais Causas (excluídas os partos e as ICSAP)	**156**	**0**	**693**	**578**	**722**	**516**	**1.131**	**783**	**726**	**681**	**63**	**587**	**6.636**
Total	**200**	**0**	**843**	**896**	**1.111**	**936**	**1.638**	**1.260**	**1.267**	**1.145**	**357**	**963**	**10.616**

Fonte: SIH/SUS

APÊNDICE 10 - RELAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS CONCORDANTES AIH E PRONTUÁRIO

Diagnósticos coincidentes AIH e Prontuário	N.º de diag. concordante	% de diag. concordante
O80.0 - Parto espontâneo cefálico	106	26,11
O03.4 - Aborto espontâneo - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	20	4,93
I50.0 - Insuficiência cardíaca congestiva	13	3,20
I10 - Hipertensão essencial (primária)	10	2,46
I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	9	2,22
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	9	2,22
J35.3 - Hipertrofia das amígdalas com hipertrofia das adenoides	9	2,22
J45.9 - Asma não especificada	8	1,97
P07.3 - Outros recém-nascidos de pré-termo	8	1,97
J18.9 - Pneumonia não especificada	6	1,48
N18.9 - Insuficiência renal crônica não especificada	5	1,23
O02.1 - Aborto retido	5	1,23
I21.0 - Infarto agudo do miocárdio	4	0,99
I83.9 - Varizes dos membros inferiores sem úlcera ou inflamação	4	0,99
J96.0 - Insuficiência respiratória aguda	4	0,99
N84.0 - Pólipo do corpo do útero	4	0,99
O13 - Hipertensão gestacional [induzida pela gravidez] sem proteinúria significativa	4	0,99
P22.0 - Síndrome da angústia respiratória do recém-nascido	4	0,99
A09 - Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3	0,74
I20.0 - Angina instável	3	0,74
I74.3 - Embolia e trombose de artérias dos membros inferiores	3	0,74
J15.8 - Outras pneumonias bacterianas	3	0,74
J18.8 - Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados	3	0,74
J44.9 - Doença pulmonar obstrutiva crônica não especificada	3	0,74
K80.5 - Calculose de via biliar sem colangite ou colecistite	3	0,74
N10 - Nefrite túbulo-intersticial aguda	3	0,74
N39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada	3	0,74
O23.0 - Infecções do rim na gravidez	3	0,74
O24.4 - Diabetes mellitus que surge durante a gravidez	3	0,74
O34.2 - Assistência prestada à mãe por cicatriz uterina devida a uma cirurgia anterior	3	0,74

continua

continuação

Diagnósticos coincidentes AIH e Prontuário	Nº de diag. concordante	% de diag. concordante
P22.8 - Outros desconfortos respiratórios do recém-nascido	3	0,74
S52.5 - Fratura da extremidade distal do rádio	3	0,74
S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia	3	0,74
A27.9 - Leptospirose não especificada	2	0,49
D25.1 - Leiomioma intramural do útero	2	0,49
E86 - Depleção de volume	2	0,49
G40.9 - Epilepsia, não especificada	2	0,49
I21.1 - Infarto agudo transmural da parede inferior do miocárdio	2	0,49
I21.4 - Infarto agudo subendocárdico do miocárdio	2	0,49
I48 - Flutter e fibrilação atrial	2	0,49
J44.1 - Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada	2	0,49
K35.9 - Apendicite aguda sem outra especificação	2	0,49
K43.9 - Hérnia ventral sem obstrução ou gangrena	2	0,49
K56.4 - Outras obstruções do intestino	2	0,49
K70.3 - Cirrose hepática alcoólica	2	0,49
O03.0 - Aborto espontâneo - incompleto, complicado por infecção do trato genital ou dos órgãos pélvicos	2	0,49
O47.0 - Falso trabalho de parto antes de se completarem 37 semanas de gestação	2	0,49
O48 - Gravidez prolongada	2	0,49
O62.1 - Inércia uterina secundária	2	0,49
O62.3 - Trabalho de parto precipitado	2	0,49
O65.4 - Obstrução do trabalho de parto devida a desproporção feto-pélvica, não especificada	2	0,49
O66.2 - Obstrução do trabalho de parto por feto excepcionalmente grande	2	0,49
O68.8 - Trabalho de parto e parto complicados por outras evidências de sofrimento fetal	2	0,49
P21.0 - Asfixia grave ao nascer	2	0,49
S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero	2	0,49
S43.0 - Luxação da articulação do ombro	2	0,49
S52.0 - Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]	2	0,49
S82.2 - Fratura da diáfise da tíbia	2	0,49
T50.9 - Intoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas	2	0,49
A41.4 - Septicemia por anaeróbios	1	0,25
A41.5 - Septicemia por outros microorganismos gram-negativos	1	0,25
A41.9 - septicemia não especificada	1	0,25
B01.9 - Varicela sem complicação	1	0,25
C16.9 - Neoplasia maligna do estômago, não especificado	1	0,25

continuação

Diagnósticos coincidentes AIH e Prontuário	Nº de diag. concordante	% de diag. concordante
C78.7 - Neoplasia maligna secundária do fígado	1	0,25
C81.9 - Doença de Hodgkin, não especificada	1	0,25
D13.1 - Neoplasia benigna do estômago	1	0,25
D58.9 - Anemia hemolítica hereditária não especificada	1	0,25
D77 - Outros transtornos do sangue e dos órgãos hematopoéticos em doenças classificadas em outra parte	1	0,25
G40.1 - Epilepsia e síndromes epilépticas sintomáticas definidas por sua localização (focal) (parcial) com crises parciais simples	1	0,25
I21.9 - Infarto agudo do miocárdio não especificado	1	0,25
I80.2 - Flebite e tromboflebite de outros vasos profundos dos membros inferiores	1	0,25
J21.9 - Bronquite aguda não especificada	1	0,25
J47 – Bronquectasia	1	0,25
J81 - Edema pulmonar, não especificado de outra forma	1	0,25
K26.1 - Úlcera duodenal - aguda com perfuração	1	0,25
K40.2 - Hérnia inguinal bilateral, sem obstrução ou gangrena	1	0,25
K40.9 - Hérnia inguinal unilateral ou não especificada, sem obstrução ou gangrena	1	0,25
K60.0 - Fissura e fístula das regiões anal e retal	1	0,25
K60.3 - Fístula anal	1	0,25
K65.9 - Peritonite, sem outras especificações	1	0,25
K81.0 - Colecistite aguda	1	0,25
K81.1 - Colecistite crônica	1	0,25
K83.1 - Obstrução de via biliar	1	0,25
K85 - Pancreatite aguda	1	0,25
L01.0 - Impetigo [qualquer localização] [qualquer microorganismo]	1	0,25
L02.2 - Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do tronco	1	0,25
L03.2 - Celulite da face	1	0,25
L03.8 - Celulite de outros locais	1	0,25
L08.9 - Outras infecções localizadas, especificadas, da pele e do tecido subcutâneo	1	0,25
M20.1 - Hallux valgo (adquirido)	1	0,25
M23.6 - Outras rupturas espontâneas de ligamento(s) do joelho	1	0,25
M60.9 - Miosite não especificada	1	0,25
M66.4 - Ruptura espontânea de outros tendões	1	0,25
M84.0 - Defeito de consolidação da fratura	1	0,25
M84.8 - Outros transtornos da continuidade do osso	1	0,25
N11.1 - Pielonefrite obstrutiva crônica	1	0,25
N18.0 - Doença renal em estádio final	1	0,25
N23 - Cólica nefrética não especificada	1	0,25

Conclusão

Diagnósticos coincidentes AIH e Prontuário	Nº de diag. concordante	% de diag. concordante
N73.9 - Doença inflamatória não especificada da pelve feminina	1	0,25
N75.0 - Cisto da glândula de Bartholin	1	0,25
N87.1 - Displasia cervical moderada	1	0,25
O00.1 - Gravidez tubária	1	0,25
O08.0 - Parto espontâneo cefálico	1	0,25
O10.0 - Hipertensão essencial pré-existente complicando a gravidez, o parto e o puerpério	1	0,25
O41.0 – Oligohidrâmnio	1	0,25
O64.1 - Obstrução do trabalho de parto devida à apresentação pélvica	1	0,25
O73.3 - Retenção da placenta sem hemorragia	1	0,25
P22.1 - Taquipnéia transitória do recém-nascido	1	0,25
P22.9 - Desconforto respiratório não especificado do recém-nascido	1	0,25
P38 - Onfalite do recém-nascido com ou sem hemorragia leve	1	0,25
P39.9 - Infecção própria do período perinatal não especificada	1	0,25
P58.9 - Icterícia neonatal devida a hemólise excessiva não especificada	1	0,25
P59.0 - Icterícia neonatal associada ao parto prematuro	1	0,25
P59.9 - Icterícia neonatal não especificada	1	0,25
P92.5 - Dificuldade neonatal na amamentação no peito	1	0,25
Q66.0 - Pé torto eqüinovaro	1	0,25
R32 - Incontinência urinária não especificada	1	0,25
R57.0 - Choque cardiogênico	1	0,25
S37.2 - Fraturas múltiplas de coluna lombar e da pelve	1	0,25
S42.4 - Fratura da extremidade inferior do úmero	1	0,25
S43.1 - Luxação da articulação acromioclavicular	1	0,25
S52.7 - Fraturas múltiplas do antebraço	1	0,25
S62.7 - Fraturas múltiplas de dedo(s)	1	0,25
S72.1 - Fratura pertrocantérica	1	0,25
S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur	1	0,25
S72.4 - Fratura da extremidade distal do fêmur	1	0,25
S82.0 - Fratura da rótula [patela]	1	0,25
S82.5 - Fratura do maléolo medial	1	0,25
S82.6 - Fratura do maléolo lateral	1	0,25
S92.0 - Fratura do calcâneo	1	0,25
S92.5 - Fratura de outro artelho	1	0,25
T02.9 - Fraturas múltiplas não especificadas	1	0,25
T08 - Fratura da coluna, nível não especificado	1	0,25
T81.4 - Infecção subseqüente a procedimento não classificada em outra parte	1	0,25
T88.9 - Complicação não especificada de cuidados médicos e cirúrgicos	1	0,25
Total de Registros Coincidentes	406	100,00

Fonte: SIH/SUS e Prontuário do HGP

APÊNDICE 11 - DIAGNÓSTICO NO PRONTUÁRIO CORRESPONDENTE AO DIAGNÓSTICO POR CAUSAS DESCONHECIDAS E NÃO ESPECIFICADAS DE MORBIDADE (CID R69) NA AIH

Diagnóstico no Prontuário	Nº de Prontuários	% em relação ao total
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	12	27,27
A09 - Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	2	4,55
R59.9 - Adenomegalia ou aumento de volume dos gânglios linfáticos, não especificado	2	4,55
A46 - Erisipela	1	2,27
A87.9 - Meningite viral não especificada	1	2,27
C95.9 - Leucemia não especificada	1	2,27
D53 - Outras anemias nutricionais	1	2,27
D57.0 - Anemia falciforme com crise	1	2,27
D64.9 - Anemia não especificada	1	2,27
E86 - Depleção de volume	1	2,27
H05.0 - Inflamação aguda da órbita	1	2,27
I20.0 - Angina instável	1	2,27
I20.9 - Angina pectoris, não especificada	1	2,27
I21.4 - Infarto agudo subendocárdico do miocárdio	1	2,27
I50.0 - Insuficiência cardíaca congestiva	1	2,27
I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	1	2,27
J15.8 - Outras pneumonias bacterianas	1	2,27
J45.9 - Asma não especificada	1	2,27
K42.9 - Hérnia umbilical sem obstrução ou gangrena	1	2,27
K80 - Colelitíase	1	2,27
M19.9 - Artrose não especificada	1	2,27
M60.9 - Miosite não especificada	1	2,27
M93.9 - Osteocondropatias, não especificada	1	2,27
M96.0 - Pseudo-artrose após fusão ou artrodese	1	2,27
N39.0 - Infecção do trato urinário de localização não especificada	1	2,27
O24.9 - Diabetes mellitus na gravidez, não especificado	1	2,27
R50 - Febre de origem desconhecida	1	2,27
R51 – Cefaléia	1	2,27
S82 - Fratura da perna, incluindo tornozelo	1	2,27
T02.9 - Fraturas múltiplas não especificadas	1	2,27
T50.9 - Intoxicação por outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e as não especificadas	1	2,27
Total Geral	44	100,00

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

APÊNDICE 12 - RELAÇÃO DE CID/DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA BACTERIANA NA AIH DISCORDANTE EM RELAÇÃO AO CID/ DIAGNÓSTICO NO PRONTUÁRIO

DIAGNÓSTICOS/ CID NA AIH	DIAGNÓSTICO/ CID NO PRONTUÁRIO
J18.0 Broncopneumonia NE	J15.9 - Pneumonia bacteriana não especificada
J18.0 Broncopneumonia NE	J18.8 - Outras pneumonias devidas a microorganismos não especificados
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J21.8 - Bronquiolite aguda devida a outros microorganismos especificados
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.1 - Pneumonia lobar não especificada
J18.0 Broncopneumonia NE	J18.9 - Pneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.9 - Pneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J18.0 Broncopneumonia NE	J18.9 - Pneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J15.8 Outr pneumonias bacter	J18.0 - Broncopneumonia não especificada
J18.0 Broncopneumonia NE	J40.1 - Bronquite não especificada como aguda ou crônica

Fonte: SIH/SUS e Prontuários HGP

APÊNDICE 13 - RELAÇÃO DE CID/DIAGNÓSTICO DE PNEUMONIA BACTERIANA NO PRONTUÁRIO DISCORDANTE EM RELAÇÃO AO CID/ DIAGNÓSTICO NA AIH

DIAGNÓSTICOS/ CID NA AIH	DIAGNÓSTICO/ CID NO PRONTUÁRIO
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J94.2 Hemotorax
J15.9 - Pneumonia bacteriana não especificada	J18.0 Broncopneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J15.8 – Outras pneumonias bacterianas	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.1 - Pneumonia lobar não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
J18.1 - Pneumonia lobar não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.1 - Pneumonia lobar não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J96.0 Insuf respirat aguda
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter

continua

Conclusão

DIAGNÓSTICOS/ CID NA AIH	DIAGNÓSTICO/ CID NO PRONTUÁRIO
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
J18.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
5.9 - Pneumonia bacteriana não specificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
8.0 - Broncopneumonia não especificada	R69 Causas desconhecidas e NE de morbidade
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J15.8 Outr pneumonias bacter
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.8 Outr pneumonias dev microorg NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE
8.0 - Broncopneumonia não especificada	J18.9 Pneumonia NE

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HGP

APÊNDICE 14 - OPERAÇÕES REALIZADAS PELO PROGRAMA ALCESTE

Os resultados das quatro operações estão descritas em dois blocos, sendo o primeiro relacionado a entrevistas com os profissionais e o segundo com os usuários.

Dentro de cada bloco, eles serão descritos considerando as etapas da análise realizada pelo Alceste, descritas na parte de metodologia deste trabalho.

ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

ETAPA A – Leitura do texto (*corpus*) e cálculo dos dicionários

O *corpus* constituído de 26 entrevistas deu origem a 26 UCI. Esse número demonstra que todo o material foi aproveitado para realização das análises posteriores, o que indica a pertinência dos dados coletados.

Observam-se 58.953 palavras no *corpus* (número de ocorrências),sendo 4.601 palavras distintas ou diferentes, ou seja, 4.601 palavras distintas produziram 58.953 palavras no *corpus*. Na média, cada uma das 4.601 palavras foi repetida 13 vezes, e a palavra que foi repetida mais vezes apareceu 2.355 vezes. Houve 2.154 palavras no *corpus* que apareceram apenas uma vez.

ETAPA B – Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE

Nessa etapa, foram realizados os cálculos, identificando-se as palavras analisáveis, que são aquelas que constroem o sentido do objeto da comunicação, tendo todas elas frequência mínima de quatro. Identificaram-se também as palavras instrumento, aquelas importantes para a organização do texto, entretanto não têm contribuição direta com a construção argumentativa, como artigos, preposições, etc., além de serem identificadas as palavras com asteriscos ou palavras variáveis, número de linhas da matriz de dados ou total de palavras e número de ocorrências.

Nesse sentido, após a redução das palavras às suas raízes, obtiveram-se 887 palavras analisáveis, 259 palavras instrumento e 26 palavras variáveis. As 887 palavras analisáveis ocorreram 25.865 vezes. Foram analisadas 25.865 ocorrências. Número de linhas da matriz de dados ou total de palavras -1.172.

Foram geradas 1.401 unidades de contexto elementar. O número médio de palavras analisadas por UCE foi de 18,46.

ETAPA C – Descrição das classes de UCE

Após a realização de duas CHD (análise hierárquica), realizada pelo programa, foram retidas 1.099 UCE das 1.401 presentes no *corpus*. Isso significa que foram aproveitadas 78,4% das UCE existentes, originando quatro classes de segmentos (UCE) de texto diferentes entre si. O número mínimo de UCE retida por uma classe foi 71.

Ao se analisar a relação entre as classes por meio da CHD, conforme demonstra o dendograma (Figura 1), no primeiro momento o

corpus foi dividido (primeira partição) em dois subgrupos que se opõem, de um lado, dando origem às classes 1 e 2 e, de outro lado, desmembrando-se nas classes 3 e 4.

Em um segundo momento, o primeiro *subcorpus* foi dividido em dois (segunda partição), obtendo-se, assim, as classes 1 e 2. No terceiro momento, o segundo *subcorpus* foi dividido em dois (terceira partição), resultando as classes 3 e 4. A CHD parou nesse momento, considerando que as quatro classes se mostraram estáveis, ou seja, compostas de UCE com vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes. Para tal, foi utilizado o teste do chi-quadrado de associação das formas reduzidas e das UCE às classes.

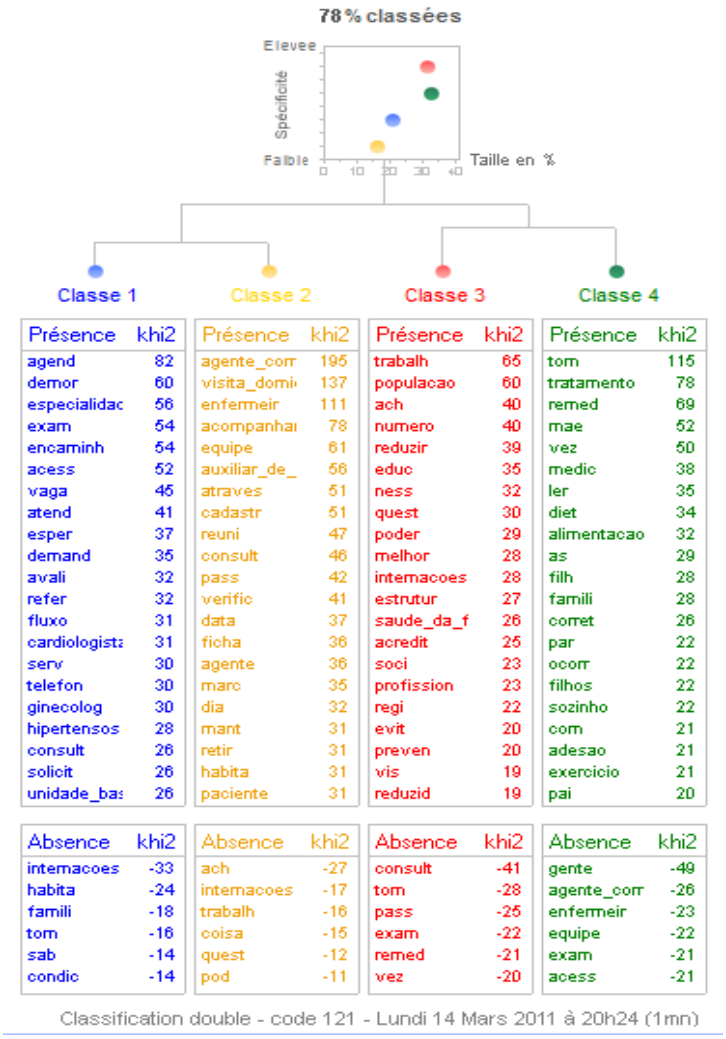

Figura 1 — Classificação hierárquica descendente (CHD) – dendograma de classes estáveis.
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se que a classe quatro deteve o maior número de UCE, 349, o que representa 31,76% do total, com 147 palavras analisáveis. Em seguida, vem a classe três com 339 UCE, o que representa 30,85% com 128 palavras analisáveis. A classe um vem em terceiro lugar, 234 UCEs ou 21,29%, com 129 palavras analisáveis, e, por último, a classe dois com 177 UCE, o que corresponde a 16,11%, com 116 palavras analisáveis (Figuras 2 e 3)

Figura 2 — Número e percentual de distribuição das UCI segundo classes geradas pelo Alceste
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

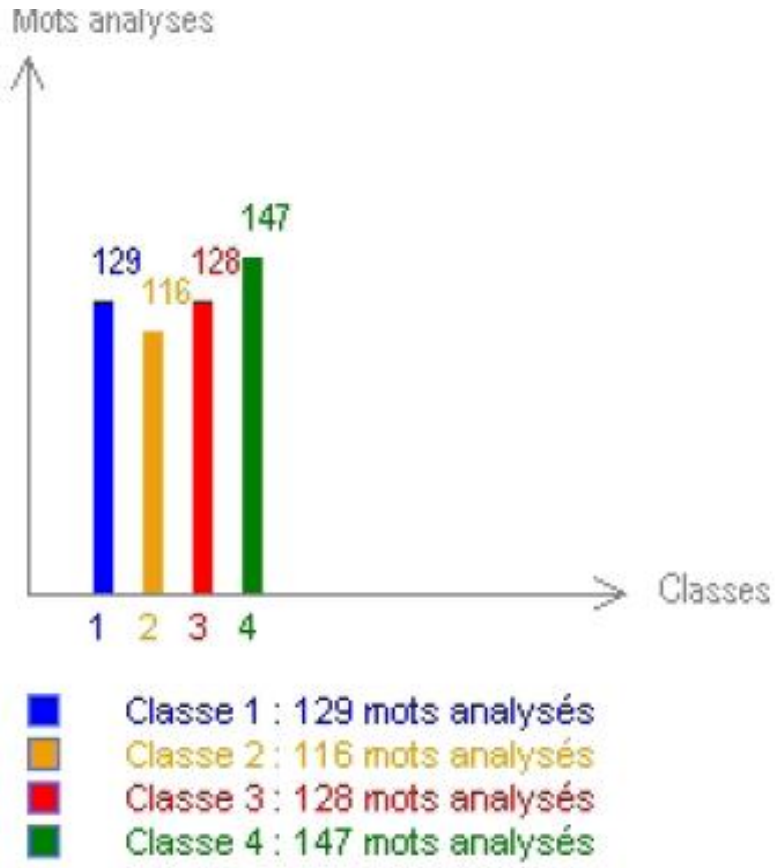

Figura 3 — Número de palavras analisáveis segundo classe geradas pelo Alceste
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

A seguir, serão analisadas individualmente cada classe, com relação ao vocabulário específico, a partir da forma reduzida e forma associada; classificação hierárquica ascendente; e um extrato das UCE significativas da classe.

O vocabulário específico de cada classe será apresentado, inicialmente, considerando a raiz da palavra e o seu respectivo chi-quadrado, conforme gerado pelo relatório do Alceste. Em seguida, será apresentada, a palavra associada que apareceu com maior frequência, considerando a sua respectiva forma reduzida (raiz).

CLASSE 1

Apresenta-se a seguir o vocabulário específico da classe 1:

Vocabulário específico da classe 1

acess+(52), agend+(34), demor+(25), encaminh+(28), especialidade+(22), exam+(41), atend+(30), vaga+(17), avali+(14), cardiologista(11), demand+(16), esper+(19), fluxo+(13), refer+(15), ama+(9), atendi+(24), emergencia+(9), ginecolog+(8), hipertensos(11), hora+(19), precis+(44), rotina(11), serv+(36), solicit+(14), telefon+(8), unidade_basica+(47), alcoolatra+(3), ambulatorio+(6), basico(4), cheg+(25), cirurgia(3), consegu+(39), diagnostic+(5), especif+(10), fila+(7), gente(135), grave+(8),laboratori+(5), micro+(6), necessar+(7), particular+(3), pediatr+(3), ped+(7), psiquiatr+(5), recepcao(8), sistem+(13), ultrassom(5), ambulancia(4), ambulatorial(5), ano+(16), atendendo(2), atendid+(9), caps(2), cart+(3), clin+(4), daqui(7), digamos(3), entr+(13), epoca(4), especial+(13), for+(15), geara(6), imediat+(4), monitoriz+(3), morador+(4), necessariamente(4), necessidade+(11), nutricion+(7), os(57), papanicolau(4), rapid+(10), recus+(3), regul+(6), relativas(4).

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe (raiz de cada palavra), as palavras que aparecerem com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 1

Acesso, agenda, demora, encaminha, especialidade, exames, atender, vaga, avaliação, cardiologista, demanda, espera, fluxo, referência, ama, atendimento, emergência, ginecológica, hipertensos, hora, precisa, rotina, serviço, solicita, telefone, unidade básica, alcoólatra, ambulatório, básico, chega/chegar, cirurgia, consegue, diagnóstico, específico, fila, gente, grave, laboratório, micros, necessário, particularmente, pediatra/pediatras, pede, psiquiatria, recepcão, sistema, ultrassom, ambulância, ambulatorial, ano, atendendo(2), atendido, caps(2), cartinha, clínico, daqui, digamos, entra, época, especialista, for, geara, imediato, monitorização/monitorando/monitorar, morador, necessariamente, necessidade, nutricionista, os, papanicolau, rápidas, recusa/recusar/recusou, regulação, relativa

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 1 pode ser analisada por meio da CHA, conforme dendograma a seguir (Figura 4).

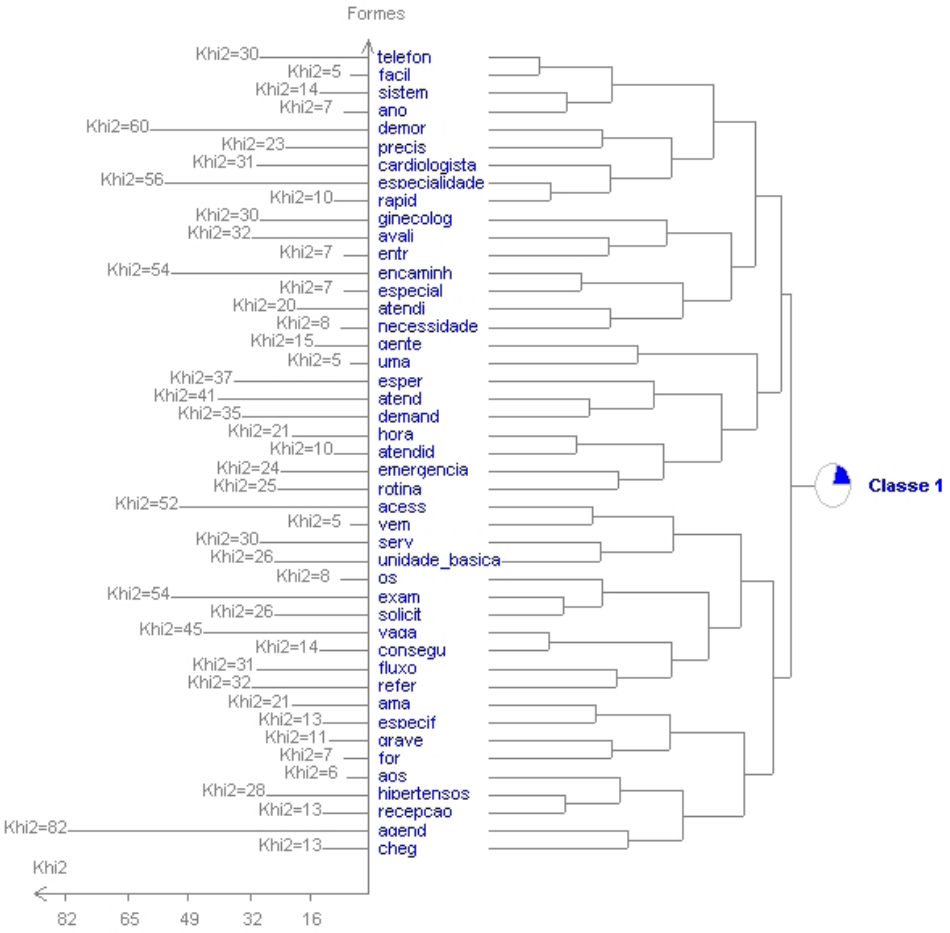

Figura 4 – Classificação hierárquica ascendente – classe 1
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Percebe-se, por exemplo, que as palavras rápidas, especialidade, cardiologista, precisa, demora, ano, sistema, fácil e telefone estão associadas. Observando-se o nível seguinte de classificação desse grupo de palavras, nota-se que este se divide em dois grupos, sendo um deles

formado pelas palavras ano, sistema, fácil e telefone; e o outro grupo formado pelas palavras rápidas, especialidade, cardiologia, precisa e demora. Em seguida, após nova classificação, surgem quatro grupos de palavras: telefone e fácil; sistema e ano; demora e precisa; rápidas, especialidade e cardiologista. Esse último grupo de palavras sofre uma última classificação agregando as palavras rápidas e especialidade.

Analisando-se outro agrupamento de palavras, no dendograma, observa-se que as palavras acesso, vem, serviços, unidade básica, os, exames, solicita, vaga, consegue, fluxo e referência estão associadas. No nível seguinte de agregação, aparecem dois grupos de palavras: no primeiro, acesso, vem, serviços e unidade básica; e, no segundo, as palavras os, exames, solicitam, vaga, consegue, fluxo e referência. Em seguida, essas palavras sofrem nova classificação, originando as seguintes agregações: acesso e vem; serviços e unidade básica; os, exame e solicita; vaga, consegue, fluxo e referência. Uma última classificação acontece, agregando as palavras exames e solicita.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 1 que foram selecionados pelo programa. Os números no início de cada extrato dizem respeito à identificação da UCE e do chi-quadrado.

Extrato das UCE selecionadas da classe 1

Uce n° 577 Khi2 = 31 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

O que a gente consegue e uma semana e você indo procurar um ama, eles podem fazer o exame com menor tempo. Eles conseguem chegar um exame ate quatro horas e aqui a gente não consegue, justamente pelo laboratório.

Uce n° 942 Khi2 = 31 uci n° 18: *ubs sj *ocup 2 *sex 1 *temp 2 *la 2

Mas a gente pede uma avaliação demora oito meses, nove meses. Alguns exames de diagnostico, principalmente o ultrasom, tem gente que esta esperando ha um ano e quatro meses um ultrasom abdominal.

Uce n° 1159 Khi2 = 27 uci n° 22: *ubs va *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *lo 1 *K 1

A gente acaba monitorizando por telefone. A regulação, a gente tem um setor nosso aqui, que agenda os exames externos. Eles agendam os exame, um ultrassom, a paciente deixa a solicitação aqui e aqui mesmo e agendado.

Uce n° 1098 Khi2 = 22 uci n° 21: *ubs va *ocup 2 *sex 2 *temp 1 *la 1 *K 1

Os mais idosos. A unidade básica fornece medicação, o serviço tem medicação, médico para atender, exames onde pode ser encaminhado, tem o especialista, podem pelo especialista. Oferecemos tudo isso. Alguns que demoram um pouco mais, para ser agendados, alguns exames, algum especialista. Mas assim, a gente fornece quase todas essas especialidades, essas necessidades que eles precisam, o atendimento, as medicações.

Uce n° 58 Khi2 = 21 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

A gente gosta de acreditar que isso e um fácil acesso, mas os pacientes não necessariamente concordam. Eles dizem, tem que ir para o geara os sistemas particulares agendam por telefone.

Uce n° 357 Khi2 = 20 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

Ele já chega na recepção e já agenda, isso na questão de exame. Em relação aos hipertensos e os diabéticos, eles ate tem esse fluxo também, mas como a gente já tem o retorno fixo.

Uce n° 1040 Khi2 = 20 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

A demanda e para os pacientes que precisam de atendimento mais rápido. Consulta não. Consulta são de pacientes que precisam, não e necessariamente de uma urgência. Pode esperar mais um pouquinho, e uma consulta de rotina, espera mais um pouquinho, a gente marca essa consulta com o médico, que e uma consulta de rotina para saber se esta tudo bem.

Uce n° 1232 Khi2 = 20 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

Mas assim eles tão bem cercados, acredito. Nos temos a unidade básica aqui, nos temos um ama que e próximo também, temos o hospital pedreira. Estamos cercados pelas três atenções. Tem acesso fácil a esses três serviços. Tem o jardim dos prados, que e nossa referencia de especialidades também.

Uce n° 366 Khi2 = 19 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

Acesso a psiquiatria e um caso muito sério, precisava muito de um ambulatório de psiquiatria. A demanda para psiquiatria e grandíssima, a gente não se sente capacitado para atender.

Uce n° 576 Khi2 = 19 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

Precisa de uma aparelhagem que aqui a gente não tem. Conforme o que você esta falando, pode ser ate mesmo uma infecção urinária, então você tem que ir no ama porque os nossos exames laboratoriais eles demoram quinze dias para chegar, no mínimo,

Uce n° 1355 Khi2 = 19 uci n° 26: *ubs 3 *ocup 1 *sex 2 *temp 6 *la 1 *K 3

Não temos demanda reprimida de vários exames que a gente tinha, que nem raios X, o raios X era muito difícil, tinha que agendar e tinha lista de espera, não temos mais.

Uce n° 699 Khi2 = 18 uci n° 14: *ubs sj *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

Tem pacientes que, preciso liberar ele para fazer atividade física, se eu for pedir o teste ergométrico, vai demorar um ano, e mais fácil encaminhar para o cardiologista que vai demorar uns dois meses para ele conseguir consulta e lá o cardiologista consegue pedir mais rápido.

Uce n° 863 Khi2 = 18 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

Paciente que precisa de uma consulta de urgência, precisa de uma avaliação médica com urgência. Na minha equipe a gente consegue agendar para que o médico avalie o paciente e veja a conduta necessária.

Uce n° 1212 Khi2 = 18 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

Tem pacientes na fila de espera durante muito tempo. Uma coisa simples que considero que e um ultrassom, uma ultrassonografia. É difícil você conseguir uma vaga, porque nos recebemos uma quantidade baixa de vagas. A gente não tem como encaminhar a demanda que a gente tem na unidade básica.

Uce n° 1115 Khi2 = 17 uci n° 21: *ubs va *ocup 2 *sex 2 *temp 1 *la 1 *K 1

Acho que e uma ajuda maior. Os exames, aqui a gente só tem os laboratoriais. Faz papanicolau aqui, os outros a gente encaminha, exames específicos, o ultrassom, alguns exames.

Uce n° 36 Khi2 = 15 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

Se aquilo precisa de orientação ou alguma coisa assim. Quando a gente encaminha para o especialista, tem dificuldade porque o sistema não tem contra referencia. Esse ano, eu recebi uma contra referencia, todos os encaminhamentos que eu mando, em torno de 30 por mês, mais ou menos dez por cento dos meus atendimentos, eu atendo entre trezentos e trezentos e cinquenta, eu encaminho mais ou menos trinta, por mês.

Uce n° 159 Khi2 = 15 uci n° 3: *ubs jn *ocup 1 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

Fez o exame e deu positivo, a gente já faz um fluxo, solicita os exames, solicita ultrassom, marca na recepção, agenda a primeira consulta, o grupo de primeiro trimestre, marca tudo na hora.

Uce n° 941 Khi2 = 15 uci n° 18: *ubs sj *ocup 2 *sex 1 *temp 2 *la 2

A gente tem que atender para bater a tal da meta. Outra coisa: alguns serviços de referencia, primeiro são muitos demorados porque a fila de espera e muito grande, não sei se e por falta de profissional ou e porque realmente a demanda e enorme, e gigantesca.

Uce n° 1146 Khi2 = 15 uci n° 22: *ubs va *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *lo 1 *K 1

Acho que essa rede funciona. Para o paciente que esta aqui com a gente acho que esses a gente consegue prevenir, no que depende do serviço. Se o paciente chega descompensado, a gente tem ambulância para transportar, a gente solicita ambulância, ela transporta o paciente para o serviço que dá esse atendimento mais adequado, e se ele não vem descompensado,

Uce n° 363 Khi2 = 14 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

Se ele achar necessário voltar, ele vai procurar um grupo de marcação de exame para agendar uma consulta. O acesso para consulta de especialidade, não e sempre rápido, depende de qual especialista.

Uce n° 368 Khi2 = 14 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

Ginecologia tudo bem que a gente, como médico da atenção primaria, tem que saber o básico da ginecologia, mas a gente só tem cirurgia ginecológica para agendar, pois quando precisa de uma consulta com clinico ginecologista,

Uce n° 585 Khi2 = 14 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

Então esse fluxo a gente tentar ate explicar em visita domiciliar, mas na hora do desespero eles terminam não entendendo. E ai vem para a unidade básica, a gente não consegue prestar realmente toda atenção e eles terminam pegando raiva, e mesmo negando os nossos serviços.

Uce n° 636 Khi2 = 14 uci n° 13: *ubs sj *ocup 3 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 2

Façam os exames emergenciais, porque assim, a gente tem os exames de rotina. Aqui a gente não tem como fazer o exame de urina e ficar pronto em três horas, a gente não tem laboratório, a gente encaminha para o hospital para que eles façam isso.

O que caracteriza essa classe são situações que refletem a dificuldade de acesso no que diz respeito a consultas de especialidade e realização de exames, ou seja, o conteúdo da classe gira em torno da dificuldade de se obter referência e contrarreferência. Desse modo, as falas tratam a atenção básica prestada como adequada e suficiente para atender às necessidades da população e afirmarm que os problemas de acesso se localizam em outros níveis de atenção, particularmente nas consultas de especialidades e na realização de exames especializados.

Quanto à relação entre as classes, de acordo com a CHD, a classe 1 está ligada à classe 2, o que significa que as duas classes apresentam características semelhantes.

CLASSE 2

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 2:

Vocabulário específico da classe 2

acompanhamento(27), agente_comunitar+(45), atraves(12), auxiliar_de_enferma(18), cadastr+(12), enfermeir+(34), equipe+(37), visita_domiciliar(40), consult+(52), pass+(48), reuni+(14), verific+(9),agente+(9), data(7), dia+(34), ficha+(8), habita+(39), mant+(9), marc+(21), paciente+(76), retir+(6), cartao+(5), comunitari+(5), domicili+(10), doutor+(11), inform+(12), med+(47), mes+(22), realiz+(5), receb+(8), retorn+(16), siab(4), traz+(13), ultim+(8), acontecendo(6), administrativ+(4), agendamento(6), avis+(5), coleta(4), contat+(10), encaminha+(11), entreg+(5), farmacia(4), faz+(59), fulan+(4), guia+(4), monitoramento(7), nocao(4), prontuario+(6), queixa+(7), sabendo(6), segunda(3),vai(53), vao(16), ver(18), volt+(11), automaticamente(3), busc+(10), contra_referencia(6), convenio+(3), detect+(3), discut+(3), documento+(3), encontr+(3), geralmente(9), gestante+(6), hospital_pedreira(5), informacoes(5), lig+(6), menina+(3), monitor+(8), necessit+(3), ortoped+(4).

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 2 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 2

Acompanhamento, agente_comunitário, atraves, auxiliar_de_enfermagem, cadastrado, enfermeira, equipe, visita_domiciliar, consulta, passa, reunião, verificar, agente, data, dia, ficha, habitação, mantem, marca, paciente, retirar, cartao, comunitario, domiciliar, doutor, informação, medico, mes, realizar, recebe, retorno, siab, traz, ultima, acontecendo, administrativo, agendamento, avisa, coleta, contato, encaminhamento, entregar, farmacia, faz, fulano, guia, monitoramento, nocao, prontuario, queixa, sabendo, segunda, vai, vao, ver, volta, automaticamente, buscar, contra_referencia, convenio, detecta/detectar, discute, documento, encontrado, geralmente, gestante, hospital_pedreira, informacoes, ligação, meninas, monitora, necessitado, ortopedista.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 2 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme o seguinte dendograma (Figura 5):

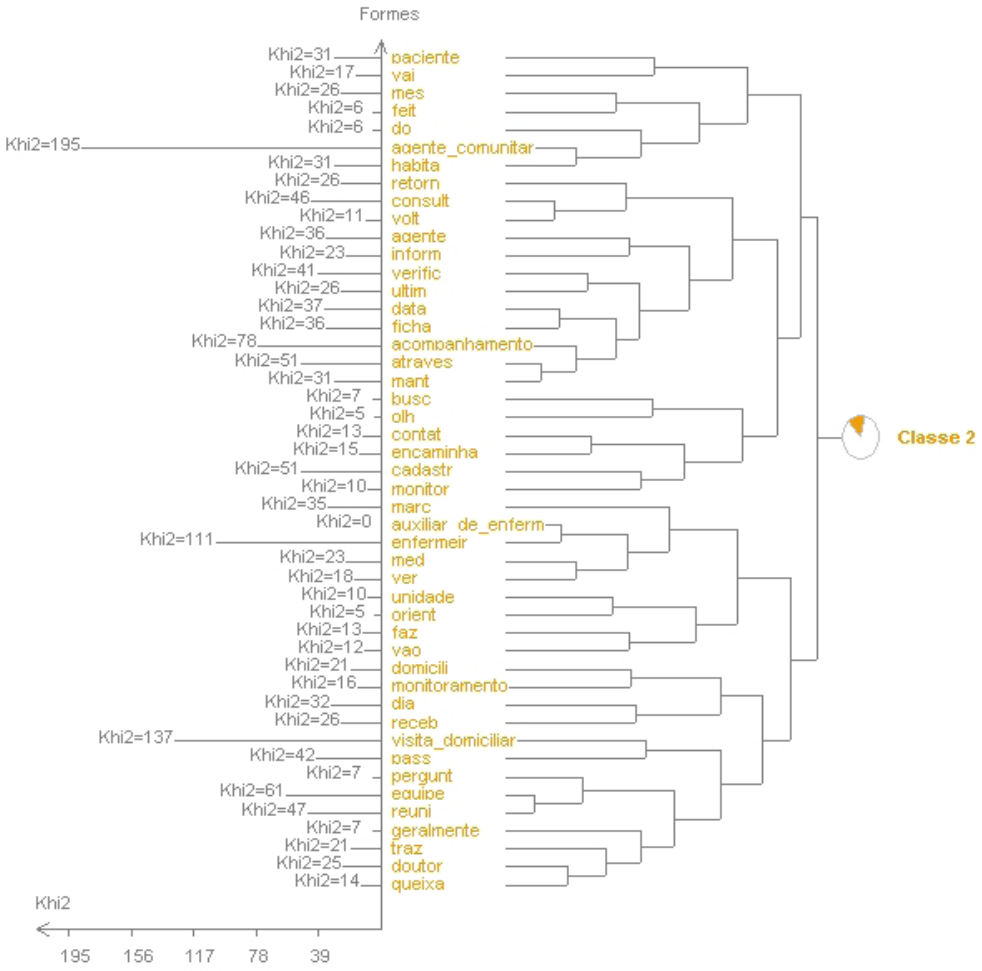

Figura 5 – Classificação hierárquica ascendente – classe 2
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se, por exemplo, que as palavras marcação, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico, ver, unidade, orienta, faz, vão, domicílio, monitoramento, dia, recebe, visita domiciliar, passa, pergunta, equipe, reunião, geralmente, traz, doutor e queixa estão associadas.

No nível seguinte de agregação desse grupo de palavras, ele divide-se em dois, sendo um formado pelas palavras marcação, auxiliar de enfermagem, enfermeira, medico, ver, unidade, orienta, faz, vão; e o outro grupo formado pelas palavras, domicílio, monitoramento, dia, recebe, visita domiciliar, passa, pergunta, equipe, reunião, geralmente, traz, doutor e queixa.

Em seguida, após nova classificação, surgem quatro grupos de palavras: marcação, auxiliar de enfermagem, enfermeira, medico e ver; unidade, orienta, faz e vao; domicilio, monitoramento, dia e recebe; visita domiciliar, passa, pergunta, equipe, reunião, geralmente, traz, doutor e queixa.

O primeiro grupo de palavras acima sofre nova classificação, ficando marcação como a única palavra do grupo e as demais palavras, auxiliar de enfermagem, enfermeira, médico e ver, seguem associadas formando o segundo grupo. Esse segundo grupo passa por nova classificação formando dois grupos, quais sejam: auxiliar de enfermagem e enfermeira; médicos e ver.

O grupo de palavras unidade, orienta, faz e vão sofre nova classificação e se desdobra em dois grupos: unidade e orienta; faz e vão.

O grupo formado por domicílio, monitoramento, dia e recebe, passa por nova classificação e se agrupa em domicílio e monitoramento; dia e recebe.

O grupo de palavras pergunta, equipe, reunião e desdobra, gera os seguintes agrupamentos: pergunta; equipe e reunião.

O grupo formado por geralmente, traz, doutor e queixa passa por nova classificação dando origem aos seguintes agrupamentos: geralmente; traz, doutor e queixa. Em seguida, este último se desdobra ficando traz; doutor e queixa.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 2 que foram selecionados.

Extrato de UCE selecionadas da classe 2

Uce n° 917 Khi2 = 33 uci n° 17: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 2 *lo 2

Sempre tem a nossa visita domiciliar. O auxiliar de enfermagem acaba tendo mais, assim, mais visita domiciliar do que o enfermeiro, porque o enfermeiro tem a consulta, ele acaba tendo, ele pega essa queixa e traz, discute na reunião de equipe e feito essa visita domiciliar do enfermeiro.

Uce n° 630 Khi2 = 31 uci n° 13: *ubs sj *ocup 3 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 2

Eles vão ate o hospital pedreira, faz a visita domiciliar, e depois ele traz para a unidade básica olha, tal paciente e de vocês. Vai sair tal dia, vai para habitação, vai necessitar do acompanhamento. Isso aconteceu algumas vezes aqui na unidade, que eu me lembre, não tem essa contra referencia, esse vinculo.

Uce n° 593 Khi2 = 28 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

O agente comunitário mantem acompanhamento dos pacientes crônicos e das gestantes. E a ficha C, que e uma copia da carteirinha de vacina das crianças daquela família. A gente esta sempre cobrando a consulta através dessa ficha. A gente marca a data da ultima visita domiciliar e vê como que esta o retorno do cartão dela.

Uce n° 497 Khi2 = 26 uci n° 11: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

Ai a gente vai. Ai o paciente vem aqui e retira essa guia. Quando a gente retornar na habitação, se o paciente não foi a esse encaminhamento, ele avisa a gente e a gente entra em contato com a unidade.

Uce n° 589 Khi2 = 26 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

A gente mantem o acompanhamento ate mesmo através da agente comunitária, porque ela já sabe as prioridades que ela tem, que a chama. A gente chama os pacientes crônicos e a gente realiza a visita domiciliar. Temos uma ficha que ela e especifica para pacientes crônicos ou ate mesmo no caso de gestante, onde a gente mantem a data sempre das ultimas consultas.

Uce n° 101 Khi2 = 25 uci n° 2: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

De zero a um ano essas crianças passam mensalmente em avaliações intercaladas, com médico e enfermeiro. Tem também o agente comunitário que faz essa busca ativa. Existem, por exemplo, crianças, tem o agente comunitário que vão na habitação dos pacientes mensalmente, que fazem essa busca ativa, se as crianças estão com as vacinas em ordem, se tem alguma insuficiência respiratória, se teve diarreia.

Uce n° 1017 Khi2 = 24 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

Geralmente ele passa o caso para o agente comunitário, quando ele passa lá na visita domiciliar, o agente comunitário ele anota a queixa e passa para gente na reunião. Todo dia a gente tem uma reunião de equipe. Ele pega esse caso do paciente passa para gente na reunião ai fala: Ou dona fulana de tal precisa, esta sentido, esta com isso.

Uce n° 786 Khi2 = 23 uci n° 15: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

A gente passa em visita domiciliar, a pessoa traz a queixa, ai tem reunião de equipe com o médico, com a equipe toda, é passado o caso, o doutor autoriza a consulta, uma demandinha.

Uce n° 1227 Khi2 = 23 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

ou então vai retirar a medicação aqui na nossa farmácia mesmo. nos temos aqui uma equipe do idoso. se esse paciente for idoso, vai ter alguém monitorando esse prontuário, atrás dessa pessoa, que e a enfermeira responsável, ela vai na habitação, fazer uma visita domiciliar talvez junto com a médica e saber o motivo pelo qual ele não veio.

Uce n° 1240 Khi2 = 23 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

E feito verificação de pressão arterial, dextro. dependendo dos valores que forem obtidos, a gente vai esta dando um seguimento a esse paciente. normalmente a gente tem que esta verificando se eles tem acompanhamento, se estão sendo acompanhados aqui ou fora, ou tem convenio, qual a periodicidade que passa em consulta.

Uce n° 595 Khi2 = 22 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

ou ela vai vim buscar tal dia. A gente sempre mantem acompanhamento através dessa ficha da ultima consulta e já verifica para quando que o médico pediu o retorno que ele sempre coloca no papelzinho.

Uce n° 298 Khi2 = 21 uci n° 6: *ubs jn *ocup 3 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 2

O paciente acamado e nosso, e da nossa unidade básica, mesmo que venha assistência domiciliar, a gente tem a visita domiciliar mensal do agente comunitário, em todas as habitações, e de enfermeiro, médico e auxiliar de enfermagem,

Uce n° 1010 Khi2 = 21 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

O monitoramento e feito através do agente comunitário, que todo mês ele passa na habitação la do usuário. ele passa todo mês, ele passa para a gente a data: tal dia ele foi encaminhado, por exemplo, para o oftalmologista, ou para o dermatologista ou para o vascular.

Uce n° 392 Khi2 = 20 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

no convenio você faz o exame, você não vai buscar o resultado o problema e seu. pode esta com câncer na mama e ninguém esta nem ai. agora aqui não, a gente tem acesso primeiro, a gente manda chamar, a gente tem reunião de equipe todo dia, eles vão na habitação do paciente um por um, ver qual o problema, qual a necessidade, sempre a gente da um jeito de resolver,

Uce n° 545 Khi2 = 19 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

A gente mantem, através da agente comunitária, a relação do encaminhamento, da contra referencia a gente tem através da regulação. porque e eles que informam: olha, esta mantendo acompanhamento desse paciente no jardim dos prados, porque fica cadastrado aqui.

Uce n° 591 Khi2 = 19 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

O médico já deu retorno? o médico sempre na ultima consulta da o retorno para três meses, ou se ver que o paciente e uma paciente compensando até mesmo para quatro, ou cinco meses.

Uce n° 1019 Khi2 = 19 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

A gente solicita; a gente entrega para o agente comunitário para ele vir retirar a guia para ele fazer o exame, já dando o agendamento para ele marcar com o médico;

Uce n° 190 Khi2 = 18 uci n° 4: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 4

eles vêm e fazem a consulta. O médico passa para ele passar para um ortopedista para fazer uma avaliação. ele esta orientado a passar no ortopedista, e voltar para o médico, o qual acompanha a vida dele, da o retorno para ver o que o médico aqui vai determinar a ele fazer.

Uce n° 541 Khi2 = 18 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

quando paciente e internado e já recebe alta, a enfermeira vai, ou ate mesmo o médico, para manter esse acompanhamento, ver o porquê e orientar porque ele foi internado e como ele poderia ter evitado isso, dependendo do motivo.

Uce n° 359 Khi2 = 17 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

então ele já marca a consulta de retorno, a gente vai automaticamente ver os exames. então não se perde, e mais fácil se perder uma pessoa que não e prioridade, porque se ela não retirar na recepção o exame dela, o agente comunitário avisa.

O que caracteriza essa classe é a forma como está organizado o processo de trabalho na unidade, na medida em que os discursos fazem referência a visita domiciliar, marcação de consulta, retirada de guia para atendimento, reunião de equipe, consulta do enfermeiro, acompanhamento feito pelo agente comunitário, atendimento de crianças de zero a um ano, monitoramento, retirada de medicação na farmácia, rotina para verificação

de sinais vitais, assistência ao paciente acamado, como se dá a referência e contrarreferência.

Observa-se que, nesse processo de trabalho da equipe, o agente comunitário de saúde exerce papel de destaque.

Verifica-se, igualmente, que a equipe organiza o seu processo de trabalho em função da demanda captada pelo ACS. No entanto, não se evidencia um processo de monitoramento e avaliação da qualidade do trabalho do ACS, o que pode levar a equipe a uma percepção errada ou pelo menos incompleta das necessidades de saúde da população.

Quanto à relação entre as classes, de acordo com a CHD, a classe 1 e a classe 2 estão associadas, o que significa que as duas classes apresentam características semelhantes. Por outro lado, a classe 3 escontra-se em oposição a esta classe.

CLASSE 3

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 3:

Vocabulário específico da classe 3

populacao(39), trabalh+(66), ach+(109), educ+(24), ness+(30), numero+(25), reduzir+(19), acredit+(31), estrutur+(18), evit+(19), internacoes(71), melhor+(29), poder+(32), preven+(18), profission+(28), quest+(38), regi+(20), saude_da_familia(26), soci+(17), ajudar+(6), area+(39), atencao_primaria(18), boa(12), ciclo(7), da(128), dess+(33), diminu+(9), estud+(7), evitadas(13), forma+(25), histor+(7), influenci+(16), lazer(6), long+(7), nisso(9), part+(34), perfil(6), periodo+(8), pod+(67), promocao(7), quantidade(10), reduzid+(15), salari+(5), saude_publica(8), termos(8), trabalhos(5), unidade_basica_trad(7), valoriz+(7), vis+(10), abrang+(9), acoes(4), assist+(13), aument+(6), claro+(8), construir(3), curativ+(6), dest+(8), dev+(10), discuss+(4), enferm+(9), esgoto(6), espaco+(12), fator+(18), grand+(22), implant+(6), important+(16), mex+(3), minim+(6), nest+(6), observ+(6), pens+(14), perceb+(10), pobr+(6), prazo(5), princip+(8), qualidade(8), realidade(10).

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 3 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 3

populacao, trabalhar, acho, educacao, nessa, numero, reduzir, acredito, estrutura, evitar, internacoes, melhorar, poderia, prevenção, profissionais, questao, regioes, saude_da_familia, social, ajudaria, area, atencao_primaria, boa, ciclo, da, dessa, diminuir, estudo, evitadas, forma, historia, influencia, lazer, longo, nisso, parte, perfil, periodo, pode, promocao, quantidade, reduzidas, salariais, saude_publica, termos, trabalhos, unidade_basica_tradicional, valorizar, visao, abrangencia, acoes assistencia, aumentando/aumentar, claro, construir, curativo, destas, deve/devem, discussao, enfermagem, esgoto, espaco, fatores, grande, implantacao, importante, mexer, minimo, nestas, observa, pensar, percebe, pobreza, prazo, principais, qualidade, realidade.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 3 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 6).

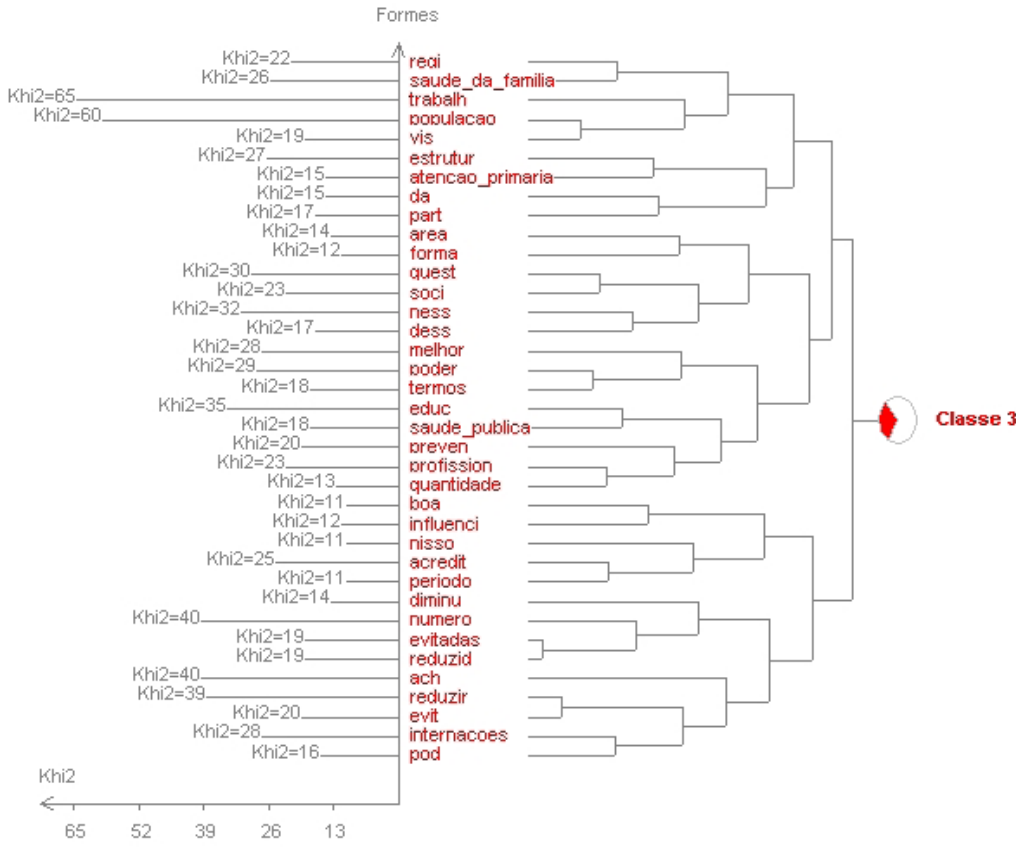

Figura 6 – Classificação hierárquica ascendente – classe 3
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se, por exemplo, que as palavras regiões, saúde da família, trabalho, população, visão, estrutura, atenção primária, da, parte, área, forma, questão, social, nessa, dessa, melhorar, poder, termos, educação, saúde pública, prevenção, profissionais, quantidade estão associadas.

No nível seguinte de agregação desse grupo de palavras, ele se divide em dois grupos, sendo um formado pelas palavras regiões, saúde da família, trabalho, população, visão, estrutura, atenção primária, da, parte; e o outro grupo formado pelas palavras área, forma, questão, social, nessa, dessa, melhorar, poder, termos, educação, saúde pública, prevenção, profissionais, quantidade.

Em seguida, os dois grupos sofrem nova classificação, dando origem a quatro grupos: o primeiro, formado pelas palavras regiões, saúde da família, trabalho, população, visão; o segundo, estrutura, atenção primária, da, parte; o terceiro agregando as palavras área, forma, questão, social, nessa, dessa; e o quarto, melhorar, poder, termos, educação, saúde pública, prevenção, profissionais, quantidade.

O primeiro grupo descrito acima sofre nova classificação, dando origem a duas classificações: a primeira, associando as palavras regiões e saúde da família; e o segundo, trabalho, população, visão. Este último classifica-se em dois, associando as seguintes palavras: trabalho, de um lado; população e visão, de outro.

O segundo grupo sofre nova classificação, dando origem a dois grupos: o primeiro, estrutura e atenção primária; o segundo, da e parte.

O terceiro grupo classifica-se dando origem a dois grupos de agregação: melhorar, poder e termos; educação, saúde pública, prevenção, profissionais e quantidade. Em nova classificação, aparecem associadas as palavras educação e saúde pública; prevenção, profissionais e quantidade. Ainda observa-se mais uma classificação, associando, de um lado, prevenção; e, do outro, profissionais e quantidade.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 3 que foram selecionados.

Extratos de UCE selecionadas da classe 3

Uce n° 1093 Khi2 = 43 uci n° 20: *ubs 2 *ocup 1 *sex 1 *temp 4 *la 2 *K 3

acho que se deva trabalhar da mesma forma. A unidade básica em si, a unidade básica, trabalhando com educação e saúde, acho que e um fator importante que conseguiria reduzir estas internações.

Uce n° 486 Khi2 = 37 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

hoje existe um trabalho muito forte em relação a grupos de profissionalização, de discussão de mulheres, de idosos. eu acredito que isso tem que crescer. não sei como a gente pode alcançar esse crescimento, hoje, como profissional de saúde eu posso interferir nisso, fora o conselho de gestor, fora estar dentro da comunidade, mas acho importantíssimo à própria comunidade ter esse espaço de lazer.

Uce n° 882 Khi2 = 31 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

acho que já trabalhar com esses estudantes da importância que e a atenção primaria, a questão de prevenção. E poder ter mais profissionais na área. reconheço também que tenha as questões econômicas, que muitas pessoas veem, salariais.

Uce n° 484 Khi2 = 30 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

um bom agente comunitário, quer dizer bem orientado, firme, consciente da função dele dentro da comunidade, pode favorecer a uma melhora desses resultados de internações. ter o quadro completo de profissionais e uma coisa que faz muita diferença. você ter cada espaço, cada área, com o seu quadro completo de profissionais, favorece muito a divisão de trabalho e também a forma como você vai planejar a sua assistência.

Uce n° 891 Khi2 = 28 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

acho que o que teria que mudar, no âmbito que estou, seria a questão da gente pensar, começar a repensar a qualidade e quantidade. como falei, a sensibilização dos profissionais, especialista para estar nos ajudando na questão da prevenção na saúde publica que a gente sabe que falta esse numero e saneamento básico e educação, que acho que andam juntos com a saúde.

Uce n° 481 Khi2 = 27 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

eu tenho condições de formular melhores trabalhos, condições de refletir sobre a minha pratica, sobre como estou trabalhando promoção de saúde, como trabalho prevenção de doenças. E isso que eu acredito. acredito que o serviço para ele ser melhor a gente tem que ter uma comunicação entre as varias esferas do serviço, precisa ter espaço para discussões e para interação dos profissionais.

Uce n° 483 Khi2 = 27 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

acredito que a gente aumentando esse espaço pode melhorar estas internações. acredito muito no poder da orientação, da educação, e um profissional que tem favorecido muito nesse processo e o agente comunitário.

Uce n° 475 Khi2 = 25 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

que estas internações podem ser reduzidas ou evitadas, com certeza. acho que parte do processo já começou, porque a gente já partiu de números piores do que esse. por isso que a saúde da família continua e ela cresce, porque ela mostra resultados. alguns mais rápidos, outros demoram mais, outros a longuíssimo prazo, mas eles estão aparecendo.

Uce n° 488 Khi2 = 24 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

E interessante falar sobre estas internações, porque isso me obriga a pensar de como eu tenho enxergado essas questões e o que tenho feito para que isso não se torne um ciclo inevitável dento da minha área.

Uce n° 1049 Khi2 = 24 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

acredito que estas internações deve sim ser evitadas. dependendo da educação da população também, do compromisso e da responsabilidade. se cada um tiver responsabilidade de não só com outro, mas consigo mesmo, acho que diminui essas internações. com relação a gente e o trabalho que a gente faz.

Uce n° 877 Khi2 = 23 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

da para reduzir no sentido dele evitar algumas coisas, dele evitar andar numa escada sem segurar no corrimão. no âmbito maior acho que as internações podem ser reduzidas, assim, as questões de saneamento básico, acho que devem influir muito, com relação a habitação, eu acho que.

Uce n° 1088 Khi2 = 23 uci n° 20: *ubs 2 *ocup 1 *sex 1 *temp 4 *la 2 *K 3

acredito que estas internações possam ser reduzidas e evitadas. acho que a forma e muito individual, que população você esta trabalhando isso. procurar intervenções de uma boa educação, ai serve no caso para os dois grupos de maior numero de internação, são os dois extremos, educação e saúde, o esclarecimento a população, vejo muito dessa forma.

Uce n° 1170 Khi2 = 23 uci n° 22: *ubs va *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *lo 1 *K 1

acho que acaba influenciando um pouquinho. não sei o quanto, não tenho como determinar. se tivesse um saúde da família, com certeza teria dados mais fidedignos para dizer, mas hoje não sei.

Uce n° 1316 Khi2 = 23 uci n° 25: *ubs 3 *ocup 2 *sex 1 *temp 4 *la 1 *K 3

O saúde da família trabalha com outra realidade, não se interessa muito pelo quanto você atendeu, mas se interessa muito pelo quanto você modificou. interessa muito mais pela qualidade do seu trabalho, do que pela quantidade do seu trabalho. acho que isso e fundamental na historia.

Uce n° 1314 Khi2 = 22 uci n° 25: *ubs 3 *ocup 2 *sex 1 *temp 4 *la 1 *K 3

acho que as principais são essas mesmas. não vejo muito, além disso, muita coisa não. acho que estas internações podem ser reduzidas ou evitadas. pode sim. acho que pode sim. É uma outra visão de ver a coisa. as unidades básicas de saúde da família elas tem um marcador diferente do que a unidade básica tradicional, a produção da unidade básica tradicional e feita em numero.

Uce n° 121 Khi2 = 21 uci n° 2: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

com relação as imunidades também, os idosos com relação as campanhas de vacina. eu acho que isso a gente tenta implantar, claro que sempre tem que melhorar para ter abrangência total da população.

Uce n° 74 Khi2 = 20 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

hoje tem gente que valoriza muito. talvez no futuro o entendimento da população sobre a questão da atenção primaria vá melhorar. de repente ate em politica governamental. A gente olha em propaganda politica, propaganda eleitoral, propaganda ate dos meios de comunicação não vinculados a politica, fala se só de hospital, fala se só de pronto socorro, não se valoriza a atenção primaria,

Uce n° 428 Khi2 = 20 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

apesar da gente ter um numero menor de profissionais, muitas vezes, do que a gente precisaria para situação. talvez, a gente precisasse trabalhar com mais afinco a questão da promoção, da prevenção, talvez a gente precisasse valorizar mais a questão da educação dentro da comunidade.

Uce n° 970 Khi2 = 20 uci n° 18: *ubs sj *ocup 2 *sex 1 *temp 2 *la 2

fica meio difícil, mas o que eles podem fazer eles fazem. fazem, auxiliam bastante a gente, diga se de passagem. acho que estas internações podem ser reduzidas. em alguns fatores elas podem ser evitadas. acho que você para reduzir isso vai ter que mexer na estrutura. E mexer na estrutura sempre e complicado.

Uce n° 1207 Khi2 = 20 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

acho que cada caso e um caso, na verdade. cada população, cada região tem uma realidade diferente. quando trabalhei no saúde da família vi uma realidade diferente da que vejo aqui.

Uce n° 468 Khi2 = 19 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

na realidade todo o saúde da família, ele já e preparado para isso mesmo, a gente trabalha com as prioridades justamente para impedir que tenha os agravos, os óbitos, que a população de hoje, de alguma forma, sofra por falta de saúde,

Uce n° 883 Khi2 = 19 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

mas acho que tem e essa questão das pessoas que estudam nessa área pensarem de uma forma preventiva e não só curativa e dessa forma a gente teria muitos outros profissionais e não teria a falta de especialista, penso dessa forma.

Uce n° 1389 Khi2 = 19 uci n° 26: *ubs 3 *ocup 1 *sex 2 *temp 6 *la 1 *K 3

acho que estas internações podem ser reduzidas ou evitadas, sim. uma das grandes, assim quando a gente vê pneumonia; se você conseguisse fazer uma serie histórica, com certeza depois da vacinação dos idosos, o numero de internações de pneumonias por idosos diminuiu.

Uce n° 68 Khi2 = 18 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

A gente sempre esta batendo na tecla de que a atenção primaria e acompanhamento ambulatorial e tão importante quanto o pronto socorro em outro momento. A longo prazo eu acho que tende a melhorar também a visão da população sobre a atenção primaria. E muito recente a implantação de SUS, a implantação de atenção primaria.

Uce n° 425 Khi2 = 18 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

então tem outros fatores da nossa sociedade, da nossa região que podem valorizar isso. eu acredito que o ciclo de vida mesmo, o período do ciclo que eles estão, vai facilitar o aparecimento ou não de algumas doenças.

Uce n° 390 Khi2 = 17 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

ah, eu acho que deveria ser assim, ou ser assado, porque na pratica a gente já faz o que a gente pode fazer. não visualizo uma coisa a mais que a gente poderia fazer para evitar estas internações.

Uce n° 873 Khi2 = 17 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

A partir do fato, penso assim, que tenham itens que contribuam para essas internações, a partir desse momento não tenho como falar que não da para ser reduzida.

Uce n° 1398 Khi2 = 17 uci n° 26: *ubs 3 *ocup 1 *sex 2 *temp 6 *la 1 *K 3

basicamente, e o investimento na atenção primaria, nos precisamos de mais unidades básicas de saúde, seja saúde da família, seja a tradicional, da melhor forma que tiver que ser feito, mas nos precisamos de mais equipamentos.

Uce n° 482 Khi2 = 16 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

O serviço pode favorecer mais espaços de discussão com a população, tudo isso acrescenta. porque o mínimo que a gente consegue implantar e semear, a gente já tem colhido frutos.

Uce n° 874 Khi2 = 15 uci n° 16: *ubs sj *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

tenho como dizer que algumas internações não possam ser evitadas. se você tivesse falado assim: olha, nessa planilha aqui, né, de oitenta anos, bom desses vinte e um, tantos foram por queda, dar para ser evitado? da, com orientação.

Uce n° 1378 Khi2 = 15 uci n° 26: *ubs 3 *ocup 1 *sex 2 *temp 6 *la 1 *K 3

mas nos podemos interferir nesse sentido, abreviar a internação quando são pacientes mais jovens, evitar essas internações, o que e muito difícil. atendi um hipertenso tabagista, etilista e que não tinha a mínima ideia da doença dele, quando comecei a falar para ele as complicações ao longo dos anos que poderiam acontecer, vi nos olhos dele, que ele começou a pensar no assunto, ponto, ótimo,

Uce n° 78 Khi2 = 14 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

E a opinião dele vale muito mais do que a minha ainda hoje. isso eu acho que também tem que mudar, não só pela nossa opinião, mas tem que ser um esforço social, da comunidade valorizar a atenção primaria, da população valorizar, da sociedade valorizar, que hoje não e valorizada.

Uce n° 418 Khi2 = 14 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

cada paciente. E também tem a co-participacao da população. hoje, a população ainda tem uma resistência em valorizar a questão da prevenção, da promoção da saúde, das ações que ela, sozinha, pode tomar para beneficiar sua própria saúde.

O que caracteriza essa classe é um *mix* entre o processo de trabalho e determinantes sociais por meio da apresentação das possíveis razões para a ocorrência das internações e o que pode ser feito para que sejam reduzidas ou evitadas. Faz referência a educação da população, formação do profissional para trabalhar na atenção primária, ter mais

profissionais na área, valorização da atenção primária, estrutura da atenção primária; traz questões como saneamento básico e habitação, valorização das atenções de média e alta complexidade em detrimento da atenção primária.

CLASSE 4

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 4:

Vocabulário específico da classe 4

mae+(30), remed+(46), tom+(69), tratamento+(46), vez+(107), alimentacao(18), diet+(19), ler(16), medic+(42), adesao(22), as(125), com+(13), corret+(12), exercicio+(13), famili+(53), filhos(10), filh+(16), ocorr+(16), par+(16), sozinho+(12), ader+(14), agrav+(16), agua(8), alcool+(8), alimentar+(8), beb+(10), caus+(15), certinh+(7), condic+(30), corrego+(8), crianca+(45), cuid+(29), cultur+(13), descompens+(10), diabet+(31), direitinh+(7), droga+(7), entendi+(13), entend+(28), escrever(8),fal+(72), fic+(52), fum+(9), habit+(13), higiene(10), hipertens+(25), jog+(7), lev+(22), limp+(8),maior+(40), ma_adesao(9), medicacoes(12), morr+(10), mor+(16), pai+(15), sab+(49), sent+(11), socio_economic+(9), sup+(8), tabag+(8), uso+(8), vida(23), acab+(25), acarret+(5), acidente_vascular_c(7), acostumado+(4), adequada+(5), adiant+(8), ao(39), ar(5), arroz(4), atrapalh+(5), banh+(5), coloc+(11), comida(6), compr+(5), confund+(5), consciencia(5), dao(5), das(35), desestruturada+(5);

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 4 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 4

mae, remedio, tomar, tratamento, vezes, alimentacao, dieta, ler, medicacao, adesao, as, comer, correto, exercicio, familia, filhos, filho, ocorrem, parar, sozinhos, aderem, agrava/agravando, agua, alcool, alimentar, beber, causas, certinho, condicao, corrego, crianca, cuidar, cultura, descompensacao, diabetes, direitinho, droga, entendimento, entender, escrever, fala, fica, fumar, habito, higiene, hipertensao, joga, leva, limpa ,maioria,

ma_adesao, medicacoes, morrer, mora, pai, sabe, sente, socio_economica, super, tabagismo, uso, vida, acaba, acarretar, acidente_vascular_cerebral, acostumado/acostumados, adequada, adianta, ao, ar, arroz, atrapalha/atrapalhando, banha, colocar, comida, compra/comprar, confunde/confundem, consciencia, dao, das, desestruturadas.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 4 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 7).

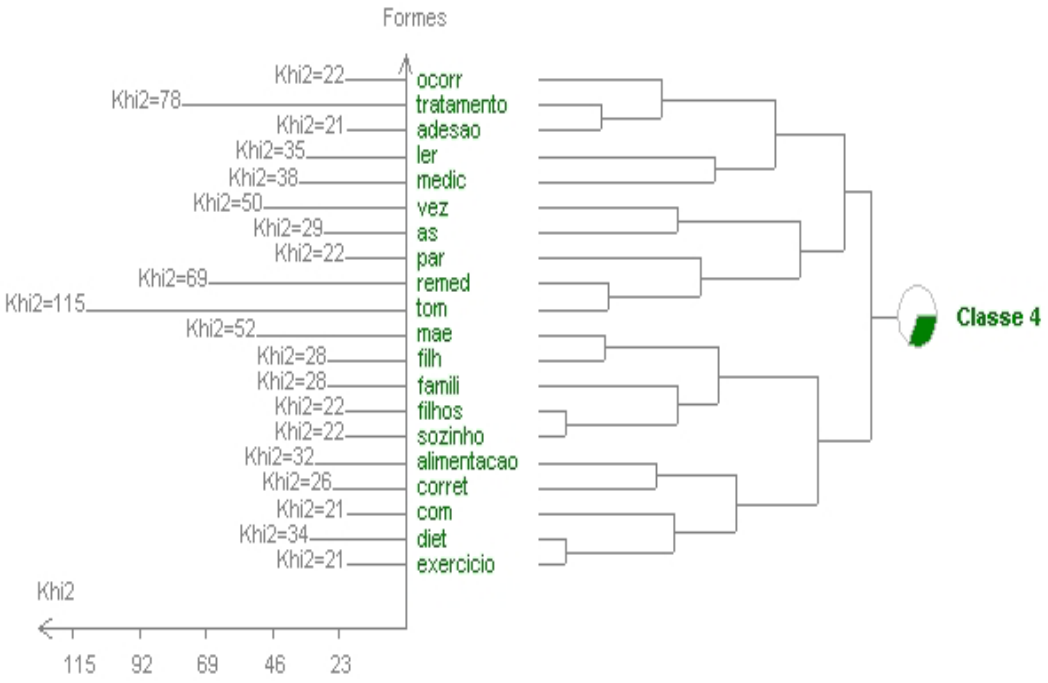

Figura 7 – Classificação hierárquica ascendente – classe 4
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se, por exemplo, que as palavras ocorrência, tratamento, adesão, ler, medicação, vez, as, para, remédio, tomar, mãe, filha, família, filhos, sozinho, alimentação, correto, comer, dieta, exercício estão associadas.

O nível seguinte de agregação desse grupo de palavras divide-se em dois grupos, sendo um formado pelas palavras ocorrência, tratamento, adesão, ler, medicação, vez, as, para, remédio, tomar; e o outro por mãe, filha, família, filhos, sozinho, alimentação, correto, comer, dieta, exercício.

Em seguida, o grupo formado pelas palavras ocorrência, tratamento, adesão, ler, medicação, vez, as, para, remédio, tomar sofre outra classificação, resultando em dois grupos: um formado pelas palavras ocorrência, tratamento, adesão, ler, medicação; e outro pelas palavras vez, as, para, remédio, tomar.

Em uma etapa seguinte de classificação, o grupo formado pelas palavras ocorrência, tratamento, adesão, ler, medicação sofre nova classificação, ficando associadas as palavras ocorrência, tratamento e adesão; e ler e medicação.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 4 que foram selecionados pelo programa:

Extratos de UCE selecionadas da classe 4

Uce n° 493 Khi2 = 44 uci n° 11: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

na maioria das vezes, muitas vezes eles não querem seguir, eles são teimosos, não quer seguir alimentação, dieta, remédio, ou, as vezes, ate por falta de entendimento mesmo por não saber ler, escrever.

Uce n° 775 Khi2 = 25 uci n° 15: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

E uma pessoa muito difícil, diz que ela joga o remédio fora; as vezes elas tem que ficar no pé, porque ela joga, põe na boca e joga fora o remédio.

Uce n° 242 Khi2 = 24 uci n° 5: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *tem 4 *la 2 *K 4

não, mas eu vou precisar disso ai, quando você precisar já não serve mais, já não tem mais uso. A higiene, mesmo, infelizmente as pessoas não tem o habito, muito, de lavar as mãos com agua e sabão, isso dai já melhorava muito.

Uce n° 650 Khi2 = 21 uci n° 13: *ubs sj *ocup 3 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 2

as vezes ele nem sabe que tem a patologia e as vezes ele tem uma herança hereditária, uma hipertensão, diabetes, não sabe e acaba desenvolvendo e quando ele vê a coisa acontece.

Uce n° 987 Khi2 = 21 uci n° 19: *ubs 2 *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 1

A maioria das vezes esses idosos eles são um pouco confusos pela falta de escolaridade, pela questão mesmo de crença. acho que vou ficar bem, e só tomar um suco que minha mãe me ensinou, minha avó me ensinou, que todo mundo toma; vou ficar bem com o chá de alguma planta, de alguma erva, não vou precisar tomar medicação.

Uce n° 316 Khi2 = 19 uci n° 7: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

as pessoas não admitem que não sabem ler, que não sabem escrever. para elas, eu vou falar para o pessoal que não consigo escrever, para mim e vergonhoso, então eu afirmo, morro afirmando que eu sei ler e escrever.

Uce n° 1252 Khi2 = 19 uci n° 24: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 5 *la 1 *K 4

A rejeição agrava muito, a pessoa sente muita solidão, isso agrava muito. geralmente e isso, e a falta de, como vou explicar? falta de aconchego da família para com esse idoso.

Uce n° 375 Khi2 = 18 uci n° 8: *ubs jn *ocup 2 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 3

as condições de habitação, animal, inseto, cachorro, gato, os ambientes são aglomerados, as vezes doenças transmissíveis, não favorece. E que eu quis dizer como condição sócio-econômica em geral, explicando assim, as internações das crianças. as internações do idoso na questão financeira, de repente o idoso não ter um cuidador que esta o tempo todo ali, ajudando, por questão financeira.

Uce n° 511 Khi2 = 18 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

referente as crianças, elas se adaptam ao que a mãe impõe. muito a gente tentar influenciar na alimentação deles, só que muitas vezes, pela condição econômica, fica difícil eles se adaptarem a uma outra coisa.

Uce n° 776 Khi2 = 18 uci n° 15: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

ela e muito resistente, não quer tomar agua, ela quer tomar refrigerante, tomar café e ela não pode tomar café. eles tiraram ate o botijão de gás de habitação e colocou para fora, colocou o cano, para ela parar de fazer as coisas, por que também era perigoso, ela tem noventa e três anos ela tem, mas ela e super teimosa.

Uce n° 97 Khi2 = 17 uci n° 2: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

E idoso e a mesma coisa. eles têm uma vulnerabilidade maior também, acho que tem muito a questão fisiológica, de resposta imunológica, e a questão ambiental também. tem muito idoso que mora sozinho, que os filhos não cuidam. eles têm aquele habito que e difícil você mudar, os hábitos alimentares, os hábitos de higiene e que não tem ninguém para fiscalizar.

Uce n° 145 Khi2 = 16 uci n° 3: *ubs jn *ocup 1 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

E cortina, tapete, falta de piso, de piso mesmo, falta de reboco, essas coisas que eu acho que são importantes. mas o que mais acho que pega e a umidade, sabe? parede úmida cria aquele bolor e tudo, isso daí e muito ruim, para criança principalmente.

Uce n° 171 Khi2 = 16 uci n° 4: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 4

estas internações ocorrem porque as pessoas tem um descuido com a própria saúde deles, eles acham que as pessoas tem que fazer algo por ele, mas eles mesmos não se cuidam, as vezes não tomam a medicação corretamente,

Uce n° 221 Khi2 = 16 uci n° 5: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *tem 4 *la 2 *K 4

essa senhora mesmo que teve acidente vascular cerebral foi por conta de um nervoso, ela e hipertensa e diabética e ela fala que tomou, que toma as medicações, mas ela vacila na hora da dieta, de fazer a dieta.

Uce n° 244 Khi2 = 16 uci n° 5: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *tem 4 *la 2 *K 4

e quanto a alimentação, as pessoas estão muito acostumadas a comer coisas industrializadas. não e difícil que a mãe vem passar com a criança no médico, ela esta munida de um pacote de salgadinho, de coisas.

Uce n° 451 Khi2 = 16 uci n° 10: *ubs jn *ocup 4 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 3

a situação socioeconômica, cultural, sei la se eu posso colocar assim, atrapalha muito. as famílias da minha área elas também vivem num ambiente muito violento, muito violento com a presença, maciça de drogas, e as famílias são muito desestruturadas,

Uce n° 682 Khi2 = 16 uci n° 14: *ubs sj *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

mesmo estando em caixinhas separadas, ela não sabe ler, se confunde toda, a família não dar suporte e um dos outros motivos para internação. então e a má adesão ao tratamento; as vezes a falta de medicação, vem na unidade básica, não tem no dia, ai eles vem buscar no outro dia, ai esquece de buscar, a receita vence, as vezes fica sem vir, ai você troca, ele esquece de vir buscar a receita.

Uce n° 770 Khi2 = 16 uci n° 15: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

também essa parte de internação pelas doenças respiratórias, problemas as vezes respiratórios. isso também agrava muito. agora de desidratação, essas coisas assim. E complicado saber, acho que a mãe mesmo que acabou descuidando, porque ha falta de agua, assim também.

Uce n° 936 Khi2 = 16 uci n° 18: *ubs sj *ocup 2 *sex 1 *temp 2 *la 2

acho que no caso das crianças são causas externas a criança: cuidador, pais, ate mesmo o próprio médico. no caso do idoso pode ser alguma coisa que concerne a ele mesmo, seja por causa de não entendimento que basicamente que leva a adesão ou não ao tratamento.

Uce n° 952 Khi2 = 16 uci n° 18: *ubs sj *ocup 2 *sex 1 *temp 2 *la 2

ou as vezes tem um nível de escolaridade razoável e acontecem essas discrepâncias que a gente vê: todo mundo esta alfabetizando, todo mundo chegou ate a oitava serie. sabe ler e escrever? todo mundo sabe ler a placa do ônibus para pegar o ônibus direito. não vou saber te dizer se isso dai e um fator preponderante, e um fator muito importante, acho que contribui para estas internações.

Uce n° 1167 Khi2 = 15 uci n° 22: *ubs va *ocup 4 *sex 2 *temp 2 *lo 1 *K 1

depende da condição educacional. se o paciente tem uma educação melhor, vai seguir com maior rigor, com maior critério. O paciente que tem uma condição pior, ele não entende, as vezes a gente fala para ele da importância do remédio, mas ele não absorve isso, não vê uma importância, a gente fala do tabagismo, do alcoolismo, que tudo isso acaba prejudicando.

Uce n° 144 Khi2 = 14 uci n° 3: *ubs jn *ocup 1 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

a maioria das habitações, elas são bem arrumadas, com acabamento, com reboco, tudo, e elas estão sempre, em reforma, ate para melhorar a habitação e tudo. só que cria um poeirão e acaba atrapalhando. algumas têm muito bolor, muita umidade. fica úmido o ambiente, acaba atrapalhando, piorando o quadro sintomático respiratório da criança, principalmente.

Uce n° 216 Khi2 = 14 uci n° 4: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *temp 2 *la 2 *K 4

e a conscientização sim, a conversa, explicar, ter um tempo maior. minha vontade e que as consultas tivessem um tempo maior. hoje são de quinze minutos. cinco minutos, dez minutos a mais seria muito legal porque a conversa, a pessoa as vezes atende mais na conversa, você explicando, ter um tempo de falar: olha, senta aqui, olha, esta vendo seus remédios?

Uce n° 408 Khi2 = 14 uci n° 9: *ubs jn *ocup 5 *sex 1 *ida 2 *la 2 *K 4

ela começou a chorar do nada, conversando com ela, ela foi me explicando o que estava acontecendo. os familiares não dão atenção, deixa a pessoa jogada, não estão nem ai para as medicações, se essa pessoa e hipertensa, diabética, as vezes nem toma a medicação.

Uce n° 494 Khi2 = 14 uci n° 11: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

então por este motivo, acaba ficando sem tomar, não tem uma pessoa ali para orientar, da família, para ajudar a tomar medicação, essas coisas, eu acredito que seja ai aonde agrave mais e ocorra mais internação por esse motivo.

Uce n° 708 Khi2 = 14 uci n° 14: *ubs sj *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

não tem horário de alimentação correto; falta comida, realmente falta dinheiro, e uma coisa que acontece; não sabem ler e escrever. os diabéticos, como são pacientes mais velhos, a maioria deles não sabem ler e escrever.

Uce n° 1235 Khi2 = 14 uci n° 23: *ubs 3 *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 1 *K 1

cuidar, horário de remédio, banho, coisas de acidente domestico, evitar acidentes domésticos. têm ambientes que a habitação e super bem cuidada, que tem um cuidador a disposição. esses pacientes também internam, mesmo bem cuidados. são fatalidades, mesmos bem tratados, bem assistidos, acabam chegando a internação, acarreta isso.

Uce n° 314 Khi2 = 13 uci n° 7: *ubs jn *ocup 6 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

na minha área tem a dona Corina, a mulher mora sozinha, com três ou quatro cachorros dentro de habitação, a habitação dela e escura, ela teima em falar que sabe ler e escrever, mas não sabe.

Uce n° 535 Khi2 = 13 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

creio que seja mais essa vivencia mesmo, essa cultura de vida, esses pacientes que já

foram internados. as criança, as vezes, estas internações, e ate mesmo pelas condições básicas, saneamento básico, muitas vezes são internadas porque não tem essa consciência de que ali naquela agua suja pode estar contaminada ou ate mesmo condições de higiene.

Uce n° 550 Khi2 = 13 uci n° 12: *ubs sj *ocup 5 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 2

O que e higiene muitas vezes? as vezes a pessoa acha que tomando banho e uma simples higiene, esquece muitas vezes. O que a gente tem muito problema na minha área, que tem inclusive uma área muito precária, diria, que e perto do córrego aqui em baixo; então e uma área bastante precária, justamente por isso, por causa das condições de higiene.

Uce n° 710 Khi2 = 13 uci n° 14: *ubs sj *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

eles não sabem ler, eles se confundem mesmo; e não conseguem dizer que remédio tomam, perdem receitas. tem que comer o pão integral, pão integral e caro, eles não tem dinheiro para comer.

Uce n° 781 Khi2 = 13 uci n° 15: *ubs sj *ocup 6 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 4

e enquanto não acontece, geralmente, algumas pessoas não acreditam, que hipertensão é super grave. uns que ainda levam mais a serio e diabetes, eles tem mais, acho que, medo de diabetes; pressão alta eles ainda não. acabam achando que não e uma doença que mata, ou então toma o remédio: quando tiver alta eu tomo.

Uce n° 16 Khi2 = 12 uci n° 1: *ubs in *ocup 1 *sex 2 *temp 3 *la 2 *K 1

as vezes e muito mais importante do que o seguimento médico dele. O auxiliar de enfermagem vai na habitação dele, olha os remédio que ele esta tomando, mede a pressão dele, vê como que esta a diabetes, reorienta o uso correto das medicações e eles não dão valor a isso, eles querem consulta médica em consultório.

Uce n° 123 Khi2 = 12 uci n° 3: *ubs jn *ocup 1 *sex 2 *temp 4 *la 2 *K 4

em primeiro lugar, eu acredito que estas internações ocorrem pela má adesão ao tratamento. O tratamento não e só medicamentoso. faz parte do tratamento, o tratamento de mudança de estilo de vida, atividades físicas e isso a população tem uma certa dificuldade de fazer, mudar o estilo de vida, alimentação correta, exercícios físicos, dieta, absolutamente importante a dieta,

O que caracteriza essa classe são as razões para a ocorrência das internações, e as UCE fazem referência a crença da população, escolaridade, higiene, hereditariedade, adesão, condição socioeconômica, analfabetismo, alimentação, rejeição pela família, violência, drogas, condição da habitação, hábito alimentar, desprezo da família, falta de medicação, famílias desestruturadas, descuido da família. Essas são questões relacionadas aos determinantes sociais da saúde.

ENTREVISTAS COM OS PACIENTES

ETAPA A – Leitura do texto (*corpus*) e cálculo dos dicionários

O *corpus* constituído por sete entrevistas deu origem a sete UCI. Esse fato demonstra que todo o material foi aproveitado para realização das análises posteriores, o que indica a pertinência dos dados coletados.

Observam-se 7.610 palavras no *corpus* (número de ocorrências), sendo 1.232 palavras distintas ou diferentes, ou seja, 1.232 palavras distintas produziram 7.610 palavras no *corpus*. Na média, cada uma das 7.610 palavras foi repetida 6 vezes, e a palavra que foi repetida mais vezes apareceu 266 vezes. Houve 564 palavras no *corpus* que apareceram apenas uma vez.

ETAPA B – Cálculo das matrizes de dados e classificação das UCE

Nessa etapa, foram realizados os cálculos, identificando as palavras analisáveis, que são aquelas que constroem o sentido do objeto da comunicação, tendo todas elas frequência mínima de quatro. Identificaram-se também as palavras instrumento, que são aquelas importantes para a organização do texto, entretanto não têm contribuição direta com a construção argumentativa, como artigos, preposições, etc., além de serem identificadas as palavras com asteriscos ou palavras variáveis, número de linhas da matriz de dados ou total de palavras, e número de ocorrências.

Nesse sentido, após a redução das palavras às suas raízes, obtiveram-se 210 palavras analisáveis, 119 palavras instrumento e 16

palavras variáveis. As 210 palavras analisáveis ocorreram 25.865 vezes. Foram analisadas 25.865 ocorrências. Número de linhas da matriz de dados ou total de palavras -1.172.

Foram geradas 195 unidades de contexto elementar. O número médio de palavras analisadas por UCE foi de 13,33.

ETAPA C – Descrição das classes de UCE

Após a realização de duas classificações hierárquicas descendentes (análise hierárquica), realizadas pelo programa, foram retidas 125 UCE das 195 presentes no *corpus*. Isso significa que foram aproveitadas 64,1% das UCE existentes, originando cinco classes de segmentos (UCE) de texto diferentes entre si. O número mínimo de UCE retida por uma classe foi 71.

Ao se analisar a relação entre as classes por meio da classificação hierárquica descendente, conforme demonstra a Figura 8 (dendograma), no primeiro momento o *corpus* foi dividido (primeira partição) em dois subgrupos que se opõem, de um lado, dando origem às classes 1, 2 e 5 e, do outro lado, desmembrando-se nas classes 3 e 4.

Em um segundo momento, o primeiro *subcorpus* foi dividido em dois (segunda partição), obtendo-se, assim, as classes 1, 2 e 5. No terceiro momento, o segundo *subcorpus* foi dividido em dois (terceira partição), resultando as classes 3 e 4. A CHD parou neste momento, considerando que as quatro classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCE com vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das UCE das outras classes. Para tal, foi utilizado o teste do chi-quadrado de associação das formas reduzidas e das UCE às classes.

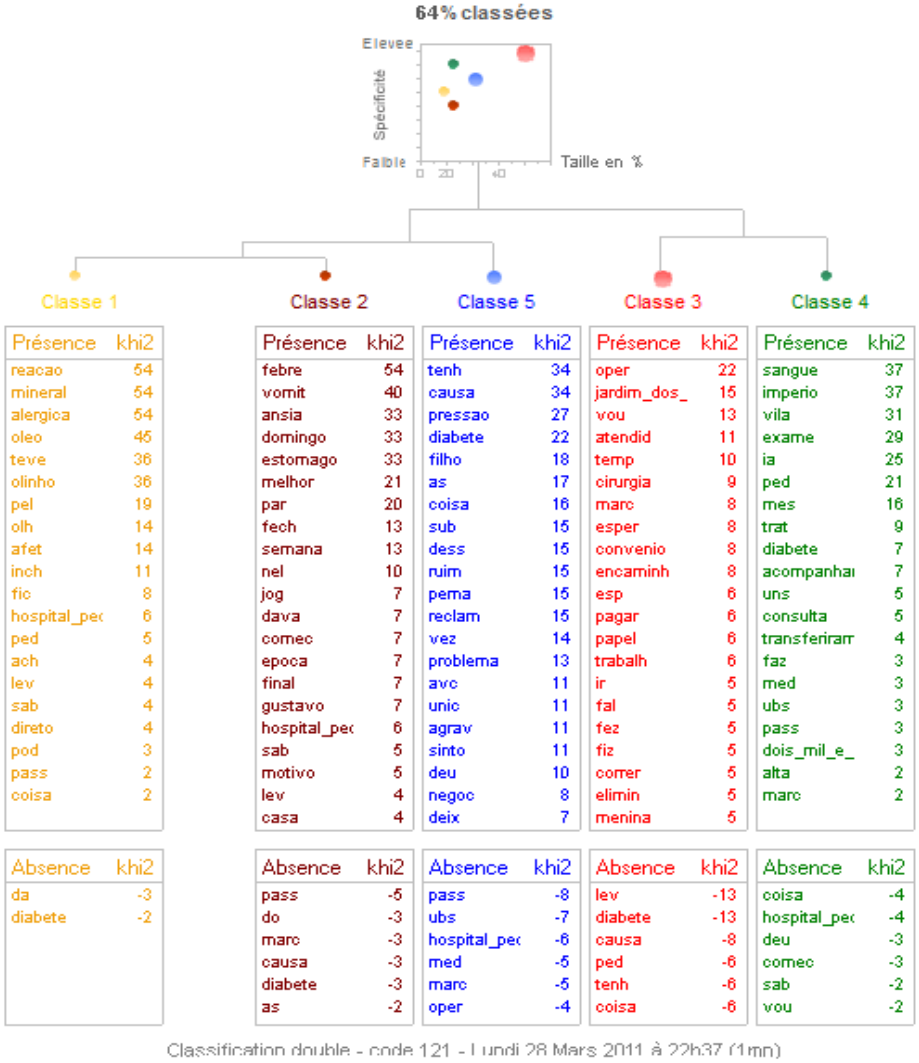

Figura 8 – Classificação hierárquica descendente (CHD) – dendograma de classes estáveis.
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se que a classe 3 deteve o maior número de UCE, 50, o que representa 40% do total, com 36 palavras analisáveis. Em seguida, vem a classe 5 com 27 UCE, o que representa 22% com 40 palavras analisáveis. A classe 4 vem em terceiro lugar, 18 UCE ou 14%, com 20 palavras analisáveis, seguida pela classe 2 com 17 UCE, 14% com 25 palavras analisáveis e, por último, a classe 1 com 13 UCE, o que corresponde a 10%, com 20 palavras analisáveis (Figuras 9 e 10).

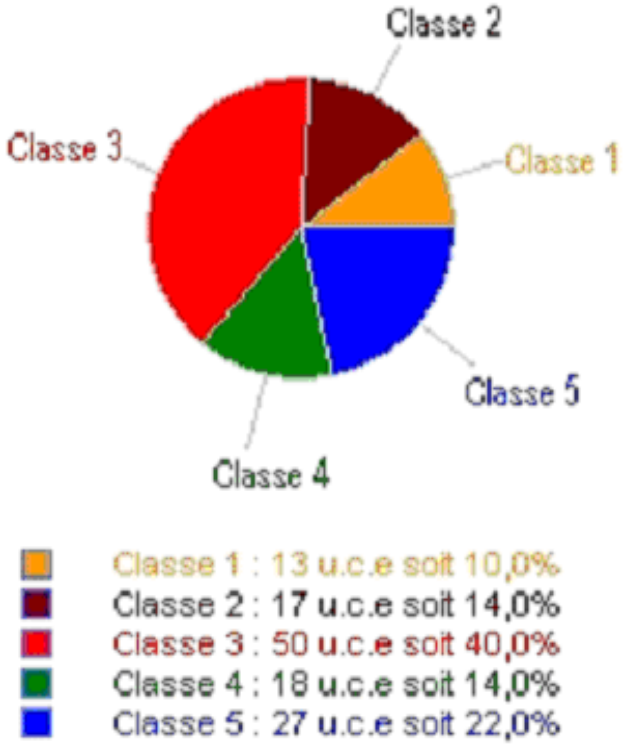

Figura 9 – Número e percentual de distribuição das UCI segundo classes geradas pelo Alceste
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

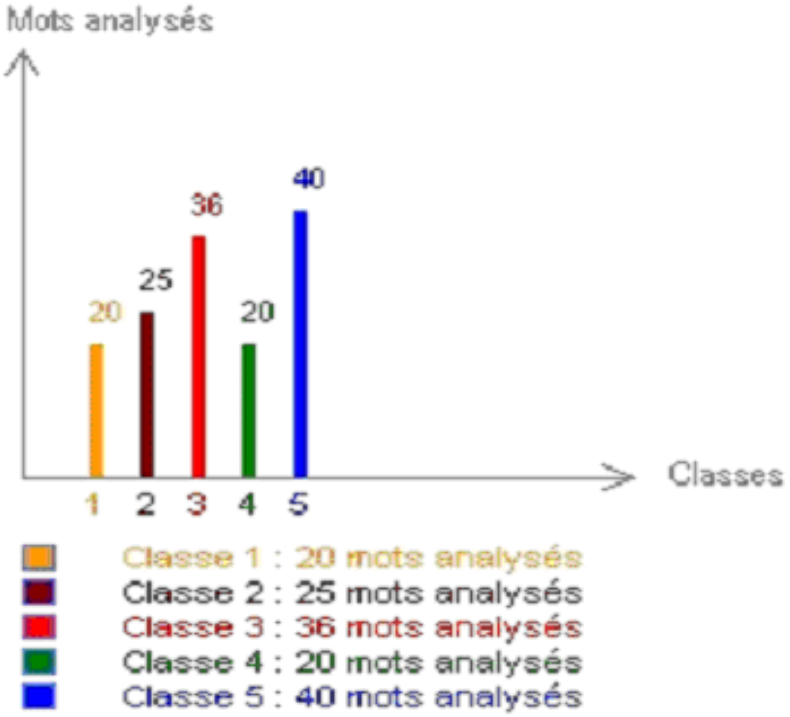

Figura 10 – Número de palavras analisáveis segundo classe geradas pelo Alceste
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

A seguir, serão analisadas individualmente cada classe, com relação ao vocabulário específico, a partir da forma reduzida e forma associada; extrato das UCE significativas da classe; e a classificação hierárquica ascendente.

O vocabulário específico de cada classe será apresentado, inicialmente, considerando a raiz da palavra e o seu respectivo chi-quadrado, conforme gerado pelo relatório do Alceste. Em seguida, será apresentada a palavra associada que apareceu com maior frequência, considerando a sua respectiva forma reduzida (raiz).

CLASSE 1

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 1:

Vocabulário específico da classe 1

Reação, mineral, alergica, oleo, teve, olhinho, pel, alguma, olh, afet, inch, ele, fic, nunca, hospital_pedrei, ped, ainda, tinha, realmente, ach, lev, sab, direto, ou, so, nem, pod, ser, todo, assim, porque, se, pass, coisa.

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe (raiz de cada palavra), as palavras que aparecerem com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 1

reação, mineral, alergica, oleo, teve, olhinho, pele, alguma, olhinho, afetado, inchado, ele, ficado, nunca, hospital_pedreira, pedia, ainda, tinha, realmente, acharam,

levar/levaram/levava/levo, sabado direto, ou, so, nem, pode/poder, ser, todo, assim, porque, se, passar/passei, coisa.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 1 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 11).

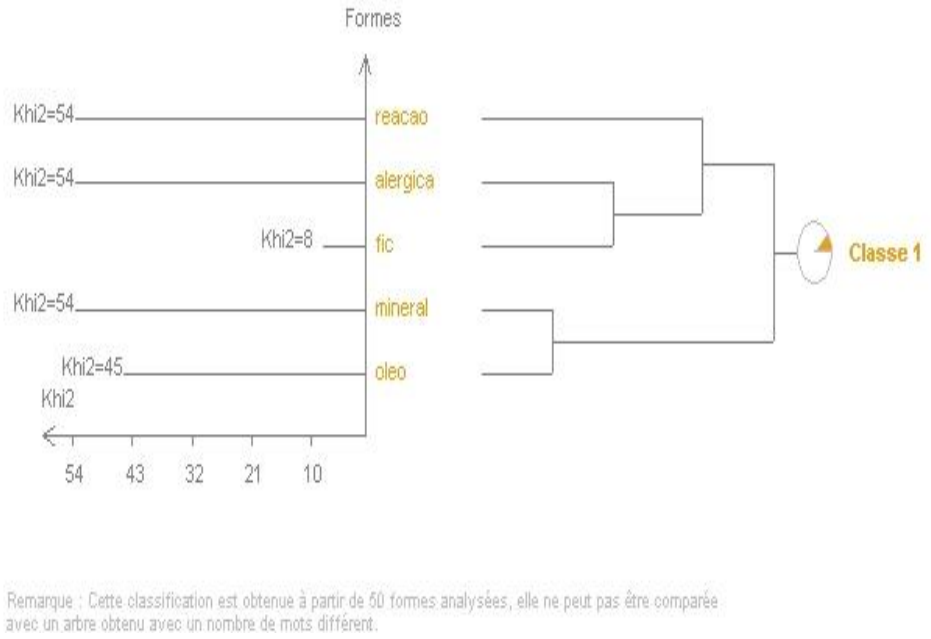

Figura 11 – Classificação hierárquica ascendente – Classe 1
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se que as palavras reação, alérgica, ficar, mineral e óleo estão associadas. O nível seguinte de classificação desse grupo de palavras divide-se em dois grupos, sendo um deles formado pelas palavras reação, alérgica e ficar; e o outro grupo formado pelas palavras óleo e mineral.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 1 que foram selecionados pelo programa. Os números no início de cada extrato dizem respeito à identificação da UCE e do chi-quadrado.

Extratos de UCE selecionadas da classe 1

Uce n° 76 Khi2 = 86 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Só que ele teve reação alérgica ao óleo mineral. Ficou todo vermelho, inchado em questão de algumas horas. O olhinho nem abria de tão inchado que estava.

Uce n° 77 Khi2 = 67 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Cheguei lá no hospital pedreira, eles acharam que poderia ter afetado a visão dele, por ele ser muito novo, ter só um mês de vida e ter ficado tão inchado que o olho nem abria, eles acharam que poderia ter afetado a visão, alguma coisa assim.

Uce n° 81 Khi2 = 50 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

A médica achou bem-melhor, aliás, ela pediu a opinião de três médicos, três concordaram que ele teria que ficar internado. Eles achavam que não era reação do óleo, por ser natural. O óleo mineral, eles acharam que não era. Achou que tinha sido algum bichinho que tinha picado ele, teve alguma reação alérgica.

Uce n° 85 Khi2 = 41 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Foi que eles viram que realmente foi um tipo de reação alérgica que ele teve. Ele não estava assim. Ele estava com a pele normal, mas ressecadinha.

Uce n° 83 Khi2 = 25 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Se foi só superficial foi devido ao óleo mineral que tinha passado na pele. Foi isso mesmo. Foi realmente por causa do olinho mineral, porque ate então não tinha, como eu não tinha passado.

Uce n° 79 Khi2 = 21 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Chegou lá, a médica ainda olhou, ficou em duvida, mostrou ele para outros médicos. Porque, como ele era gordinho também já não tinha como eles saberem se era ou não alguma coisa de reação alérgica.

Uce n° 87 Khi2 = 18 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Ah, foi porque reação alérgica a gente não pode levar para a ubs, vai para a ubs para ver o que e, já achei melhor levar direto para o hospital pedreira, eu não sabia a situação que estava, se estava afetando gravemente ou não.

Uce n° 78 Khi2 = 15 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Ficou internado durante sete dias foi tudo fácil. Foi tudo rápido. Fui direto para o hospital pedreira, porque vi que ele nunca tinha tido aquilo, depois que passei o olinho que ele teve, resolvi levar para o hospital pedreira.

Uce n° 80 Khi2 = 15 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Eu expliquei para a médica o que tinha acontecido. Falei: ele não tava assim, passei o óleo mineral e em algumas horas, questão de três horas ele começou a ficar todo inchado, todo vermelho, ai resolvi levar.

Uce n° 88 Khi2 = 15 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Porque só vim saber que era superficial lá no hospital pedreira. Não sabia se tinha afetado alguma coisa por dentro ou não. Reação alérgica, a gente nunca sabe, ainda mais num bebe. Acho que não tinha condições de tratar ele em casa.

Uce n° 84 Khi2 = 13 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Conforme passei o olinho ele ficou, aqui assim nele, como ele era gordinho também, ficou tipo assado. E aqui assim nele, assim na orelha escorria uma agua que fedia.

Uce n° 75 Khi2 = 5 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Antes dele ser internado no hospital pedreira, fui na ubs porque ele estava com a pele muito ressecada e umas casquinhas no couro cabeludo. A doutora pediu para passar óleo mineral nele para poder hidratar o courinho. Passei óleo mineral, como e uma coisa natural.

Uce n° 86 Khi2 = 2 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

A médica da ubs pediu para passar o olinho mineral. Oh, faz o banho, passa, só com um algodãozinho assim, de levinho e tal. Eu passei, mas ai foi que.

Nesse discurso, fica claro que, para o usuário, a UBS serve apenas para diagnosticar o que acomete o paciente (“para ver o que é”), sugerindo que não teria condições de realizar o tratamento. Essa percepção encontra certo amparo na fala dos profissionais quando relatam dificuldade para conseguir a realização de exames e consultas especializadas. Assim, na presença concreta de uma enfermidade, a porta de entrada do sistema seria o hospital, considerando que, mesmo a criança frequentando a UBS, a mãe não se sentiu segura para levá-la ao pediatra daquela unidade, que até já tinha conhecimento prévio da patologia, em uma consulta de rotina, e já havia dado orientação para cuidar no domicílio.

Chama ainda atenção que, para a mãe, o diagnóstico que levou a criança a ser internada foi reação alérgica em função do óleo mineral e mesmo não tendo sido esse o diagnóstico médico que motivou a internação, ao sair do hospital, ela manteve a certeza do mesmo diagnóstico, o que sugere que a mãe não foi esclarecida sobre o que estava acontecendo com o filho.

CLASSE 2

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 2:

Vocabulário específico da classe 2

Febre, vomit, ânsia, domingo, caso, dele, melhor, par, fech, semana, com, esse, estava, ele, nel, como, de, nada, jog, dava, comec, época, final, Gustavo, hospital_pedrei, no, sab, motivo, lev, casa, cuid, tinha, banho, nossa, cheg, essa, ness.

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 2 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associada à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 2

Febre, vômito, ânsia, domingo, estômago, caso, dele, melhorar, parava, fechada, semana, com, esse, estava, ele, nele, como, de, nada, jogando/jogava, dava, começou, época, final, Gustavo, hospital_pedreira, no, sábado, motivo, levou, casa, cuidar, tinha, banho, nossa, chegou, essa, nessa.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 2 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 12).

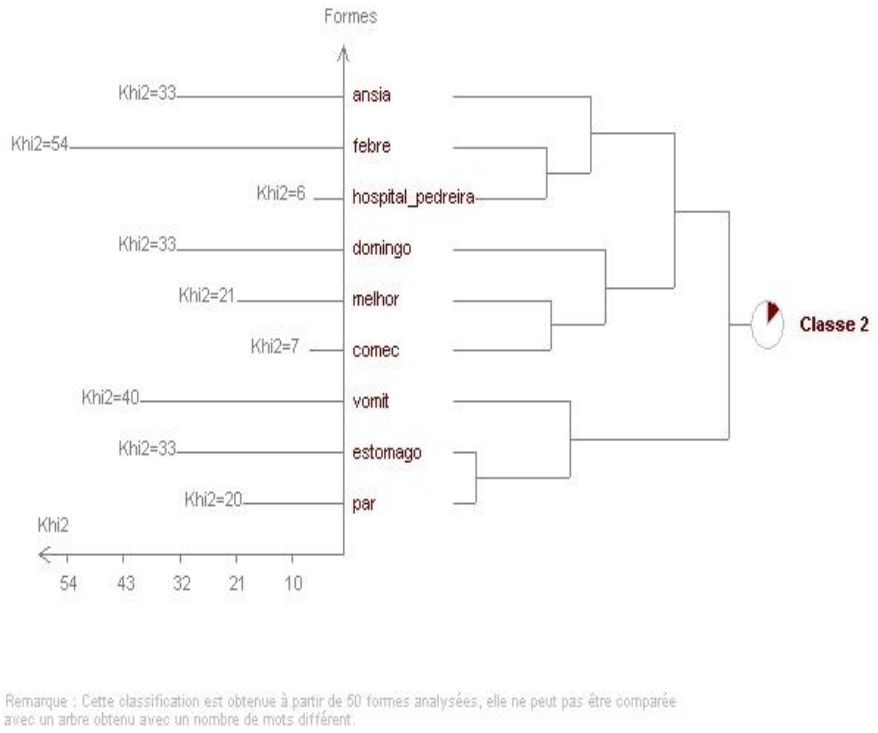

Figura 12 – Classificação hierárquica ascendente – classe 2
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Observa-se, por exemplo, que as palavras ânsia, febre, hospital Pedreira, domingo, melhor, começo, vômito, estômago e para estão associadas. O nível seguinte de classificação desse grupo de palavras divide-se em dois grupos, sendo um deles formado pelas palavras ânsia, febre, hospital Pedreira, domingo, melhor, começo; e o outro grupo formado pelas palavras estômago e para.

No nível seguinte de agregação, observa-se o grupo formado pelas palavras ânsia, febre, hospital Pedreira, domingo, melhor e começo, que se divide em dois grupos, sendo um formado pelas palavras ânsia, febre, hospital Pedreira; e o outro pelas palavras domingo, melhor e começo.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 2 que foram selecionados pelo programa:

Extratos de UCE selecionadas da classe 2

Uce n° 51 Khi2 = 78 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

E essa época ele estava jogando para-fora e ainda com diarreia, não tinha como. Estava com diarreia, ânsia de vomito, febre, não tinha como cuidar em casa, nada parava no estomago dele.

Uce n° 47 Khi2 = 44 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

O motivo da internação foi esse. Ele perdeu muito liquido, deu ânsia de vomito nele e foi para o hospital pedreira com trinta e nove de febre; estava muito febril mesmo, dava banho e nada de melhorar.

Uce n° 52 Khi2 = 42 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Ele também estava com diarreia. E ai isso tudo deu a fraqueza nele. Não tinha como evitar. Eu dava agua. Tanto que ele começou de sábado para domingo assim, sábado ele ficou o dia todo com febre, quando foi a noite ele foi piorando; quando foi quatro horas da madrugada ele começou ficar só com ânsia de vomito, ânsia de vomito e diarreia.

Uce n° 46 Khi2 = 38 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Como domingo agora ele passou mal, estava com inflamação na garganta e febre, muita febre peguei , levei ele lá para o hospital pedreira. A ubs estava fechada. Sempre quando o Gustavo fica doente e final de semana, começa sábado para domingo, sexta para sábado e a noite.

Uce n° 48 Khi2 = 38 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Quando dava banho nele e ele queria alguma coisa para tomar, um leite ele pegava e nossa, essa cozinha ficava lavada de vomito dele; vomitava assim, falei: E, ele pegou uma virose. O motivo foi esse. Acho que no caso dele não tinha como, ficar cuidando em casa, porque tudo que ele tomava jogava para-fora, não parava nada no estomago dele.

Uce n° 36 Khi2 = 32 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

A internação no hospital pedreira foi quando o Gustavo estava com uma febre assim muito alta, coloquei ele numa banheira, nada dele melhorar; estava com muita febre. Depois, tirei da banheira, começou a vomitar umas três horas da manha, ter ânsia de vomito e essa ânsia de vômito não parava.

Uce n° 39 Khi2 = 29 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Nada parava no estomago dele e a febre lá no hospital pedreira só piorando. A médica colocou ele de observação, colocou soro nele. Motivação dele internar foi isso. Febre muito alta e ânsia de vomito. Porque ele chegou muito molinho lá e continuava com ânsia de vomito.

Uce n° 41 Khi2 = 13 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Dai a médica começou a tratar dele. Uma semana, uma semana não, um dia nada, dois dias nada de melhorar. Ficando molinho, fraco porque não come, não parava nada no estomago dele.

Uce n° 40 Khi2 = 12 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Não levei na ubs porque o caso dele já estava grave. Era no domingo, não tinha como levar, era de sábado para domingo. A ubs estava fechada.

Uce n° 53 Khi2 = 12 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

um negocio horrível. Não tinha como cuidar em casa, tinha que levar mesmo. Se fosse caso de cuidar em casa e ele tivesse melhorado, ai tudo bem.

Uce n° 49 Khi2 = 10 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

No caso dele, nessa época mesmo, foi caso de internação, porque ele chegou no hospital pedreira, o médico deu comida para ele, aquela comida batidinha no liquidificador, não parava também no estomago.

Uce n° 54 Khi2 = 10 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Não melhorou. Não tinha como, porque já era domingo, final de semana. Assim, tem vezes que eu procuro a ubs, procuro mais assim para pesar, para fazer alguma coisa, tem que fazer com eles, vacinação.

Uce n° 56 Khi2 = 8 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Como domingo agora ele estava com a garganta inflamada trinta e nove de febre. Chegou na casa da minha amiga dormindo, ai ela falou: vai lá e leva ele no médico.

Uce n° 144 Khi2 = 3 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Outras ubs são excelentes, mas esse daqui e meio fraco. Na minha internação de 2008, eu errei, não fui diretamente para a ubs, era sábado, estava fechado.

Uce n° 57 Khi2 = 2 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Medi a temperatura, estava com trinta e nove de febre. Levei ele no hospital pedreira, a médica falou assim-que ele tava com começo de infecção de garganta. Oh, vou falar um negocio: antigamente, no tempo do pita, do Maluf, a ubs, nossa, era uma maravilha!

Uce n° 50 Khi2 = 0 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Chegou lá-fora a médica falou: você da esse sorinho para ele, fica lá, porque estava calor, fica para ele ventilar, porque tinha muita gente nessa época com criança com virose.

Uce n° 145 Khi2 = 0 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

E com o ama que frequento a ubs, ali dentro mesmo.

Mesmo a internação ocorrendo no final de semana, fica claro uma insatisfação com relação a UBS, até pelo fato de ela não funcionar nos finais de semana. O entendimento é que a UBS é para realização de coisas simples como pesar e vacinar, ou seja, para quando não há uma patologia, mas sim ações que estariam no campo da promoção da saúde ou da prevenção de doenças. Chama atenção que um dos discursos refere que frequenta a UBS porque o AMA fica ali dentro buscando o serviço do AMA e não da UBS.

CLASSE 3

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 3:

Vocabulário específico da classe 3

oper, bem, jardim_dos_pra, vou, atendid, temp, cirurgia, me,que, marc, esper, convenio, encaminh, aqui, esp, fui, pelo, pagar, papel, trabalh, ir, ja, ela, fal, fez, fiz, tem, hoje, correr, elimin, menina, também, biopsia, consigo, de_novo, remédio, vergonha, ate, eles, demor, procur, ano, nos, tom, ver, pass, volt, atend, por_que, muito_bom, encaminhamen, um, ama, vir, outra, rapid, primeiro.

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 3 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 3

operar, bem, jardim_dos_prados, vou, atendida, tempo, cirurgia, me, que, marcar, esperando, convenio, encaminharam, aqui, esposa, fui, pelo, pagar, papel, trabalhando, ir, ja, ela, falou, fez, fiz, tem, hoje, correr, elimina/eliminar, menina, também, biopsia, consigo, de_novo, remédio, vergonha, ate, eles, demora/demorou, procurei, ano, nos, tomar/tomo, ver, passar/passei, voltei, atendeu, por_que, muito_bom, encaminhamento, um, ama, vir, outra, rápido, primeiro.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 3 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 13).

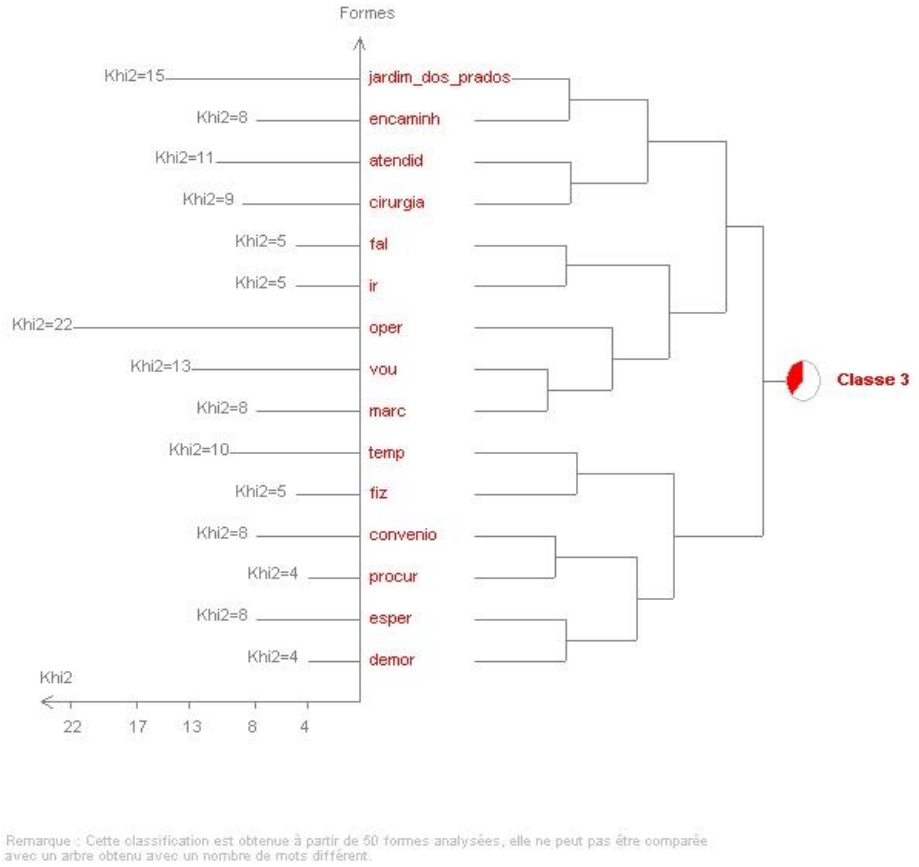

Figura 13 – Classificação hierárquica ascendente – classe 3
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

No dendograma acima, observa-se, por exemplo, que as palavras convênio, procura, espera e demora estão associadas. Em seguida, esse grupo de palavras passa por nova classificação, originando dois novos grupos, quais sejam: convênio e procura; espera e demora.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 3 que foram selecionados pelo programa:

Extratos de UCE selecionadas da classe 3

Uce n° 26 Khi2 = 21 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Então tem um tempo, fiz quando me operei, estou esperando alguém marcar para mim

fazer, que já passou do tempo, que tem que ser todo ano.

Uce n° 60 Khi2 = 14 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Ate hoje estou esperando telefonema, esperando as meninas me darem o papel; esta com cinco anos desde bebe; a médica lá do, ele nasceu no hospital bom parto, falou que ele tem fimose.

Uce n° 114 Khi2 = 11 uci n° 4: *ubs_ *ocup_1 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_3

Eu falei: eu vou mesmo. Mas eles são muito bonzinhos, muito bonzinhos mesmo, jardim dos prados. Muito, mesmo! Não voltei lá na ubs não. Lá, era só mesmo que, depois que voltei lá para marcar consulta, ela também ate olhou a operação. Olhou e falou que estava tudo-bem, a médica.

Uce n° 131 Khi2 = 10 uci n° 5: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_4 *ec_1 *K_3

Tive que correr e tive que ir lá e brigar para ser atendida. Ai ela falou: você tem que marcar consulta. Falei: mas se alguém fosse lá em casa, eles marcavam .

Uce n° 68 Khi2 = 9 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Vou ver se consigo um relatório porque ele já fez cinco anos, dai a pouco ele faz seis, sete, ele não vai querer mais operar. Fica com medo, fica com medo. Ele tem que fazer uma cirurgia e ate hoje. Ate parei de ir lá.

Uce n° 100 Khi2 = 9 uci n° 4: *ubs_ *ocup_1 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_3

Mas não demorou muito não. Foi rapidinho para encaminhamento para operar. Fui muito bem atendida. Eles me atendia. Eu tinha uma vergonha! Ai, que vergonha! Não gostava, mas depois, depois que operou ficou tudo bem, ate agora continua bem.

Uce n° 7 Khi2 = 8 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Marcou minha cirurgia e no dia certinho, no hospital pedreira, eu fui e operei, fui bem atendida, também na internação e tiraram a minha glândula de bartholin.

Uce n° 61 Khi2 = 8 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Ate hoje não consigo nem marcar cirurgia. Essa menina minha aqui, tive que fazer um, assim, fechar a boca, pagar o hospital santa marina porque ela estava sentindo muita falta de ar.

Uce n° 62 Khi2 = 8 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Ai ela operou no final do ano passado, final de ano, agora ela melhorou, mas só que a gente não estava em condições de pagar mais o convenio, ai cortou.

Uce n° 70 Khi2 = 8 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Tem que fazer assim. Tem que fazer. Chorando misericórdia para ver se passo ele, já esta com cinco anos, um negocio assim: fimose. Já era para ter operado na idade dele. Desde o dia que a médica falou para mim que as meninas: Patrícia tem que ir lá, não sei o que.

Uce n° 119 Khi2 = 8 uci n° 5: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_4 *ec_1 *K_3

Demorou um pouco, por que lá e um pouco lotado. Acho que foi lá para duas horas da manha, mais ou menos, que fui atendido. Passei pelo médico; ele falou que eu tinha que ficar em observação para tomar remédio para eliminar o líquido do corpo.

Uce n° 120 Khi2 = 8 uci n° 5: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_4 *ec_1 *K_3

Eu fiquei esperando no corredor, porque estava cheio os quartos. Depois que esvaziou o quarto, já era quase de manha, fui transferido para o quarto. Fiquei tomando remédio, diurético, na veia mesmo, para eliminar xixi. Depois me orientaram a procurar um nefrologista. Estou fazendo tratamento com meu nefrologista, no convenio mesmo, tenho convenio agora que antigamente não tinha.

Uce n° 27 Khi2 = 7 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Vou entrar nos três anos agora, já entrou, nos estamos em janeiro. Tudo da minha cirurgia, fui muito bem atendida. Tanto no começo, foi onde ela me enviou no jardim dos prados.

Uce n° 28 Khi2 = 7 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

A médica e que envia, ela me atendeu, viu o meu problema, escreve lá no papel dela, no fichário dela e eles são quem marcam no jardim dos prados.

Uce n° 32 Khi2 = 7 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Tem exame que demora trinta dias. Só não fiz um exame, fiz exame de mama, exame de coração, ultra sonografia, exame de sangue, então tudo isso demora um bom tempo.

Uce n° 14 Khi2 = 6 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Essa médica também não estava mais na ubs. Achei por bem tirar esta glândula. Porque é melhor, se vai e volta, então o remédio só elimina por algum tempo, mas não elimina permanente porque senão ela não teria voltado .

Uce n° 123 Khi2 = 6 uci n° 5: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_4 *ec_1 *K_3

Fui lá para ver se conseguia de graça; tentei de graça aqui no quarteirão da saúde em diadema, mas e muita burocracia; não conseguia, tive que pagar a biopsia.

Uce n° 129 Khi2 = 6 uci n° 5: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_4 *ec_1 *K_3

Sem pagar, demora muito, muito mesmo. Se precisar ser internado, chego lá vou ser internado, não vou precisar ficar esperando no corredor. Para mim foi bem melhor por convenio. Os meus filhos vão na ubs, mas lá para marcar uma consulta demora um pouco. A mulher tem que vir, apesar de que ela não esta vindo aqui em casa, a gente que tem que correr atrás.

Uce n° 102 Khi2 = 5 uci n° 4: *ubs_ *ocup_1 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_3

Lá ele só olhava assim, depois não falava nada. Um dia ele falou: você para operar, ai eu falei: vai. Me deu encaminhamento para o jardim dos prados .

Uce n° 6 Khi2 = 4 uci n° 1: *ubs_jn *oc_2 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_2 *K_3

Eu fui, eles me encaminharam para o jardim dos prados. Me entupiu de exame, não foi no hospital pedreira, foi no jardim dos prados. Muito bem atendida, pessoas muito legais. Fiz

todo exame, tudo direitinho, deu tudo assim, não deu nada anormal.

Essa classe trata da dificuldade de acesso ao serviço da UBS e da realização de exames e cirurgias eletivas. Há também clara demonstração da dificuldade de os pacientes entenderem a forma como se organiza o sistema de saúde. Nesse sentido, há referência a muita burocracia e filas para o atendimento, comparando com a condição de um beneficiário de plano de saúde. Há o registro de ter de chegar ao ponto de brigar para conseguir vaga ou mesmo fazer o sacrifício de pagar um plano de saúde privado ou mesmo pagar diretamente para resolução do problema. Observa-se, nas falas dos usuários, dependência com relação ao ACS para intermediar a utilização da UBS e, ao mesmo tempo, falta de aproximação com eles. As falas indicam falta de vínculo com o ACS, ao referirem-se a eles como meninas, mulher. Chamam atenção os elogios feitos ao hospital Pedreira e à Unidade Jardim dos Prados onde são feitas consultas de especialidades sem referência a UBS, com uma demonstração de que não há entendimento de que haja uma rede de atenção onde as unidades teriam papéis distintos e complementares.

CLASSE 4

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 4:

Vocabulário específico da classe 4

sangue, império, vila, exame, ia, oitenta, ped, onde, mes, na, de, mais, trat, dois, outro, diabete, acompanhame, sempre, uns, consulta, ou, depois_que, transferiram, o, ai, eu, faz, med, ubs, esta, pass, quatro, dois_mil_e_oito, o, alta, marc.

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 4 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 4

sangue, império, vila, exame, ia, oitenta, pedia, onde, mes, na, de, mais, tratando/tratava, dois, outro, diabete, acompanhamento, sempre, uns, consulta, ou, depois_que, transferiram, o, ai, eu, faz, médico, ubs, esta, passar/passei, quatro, dois_mil_e_oito, o, alta, marcar.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 4 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 13).

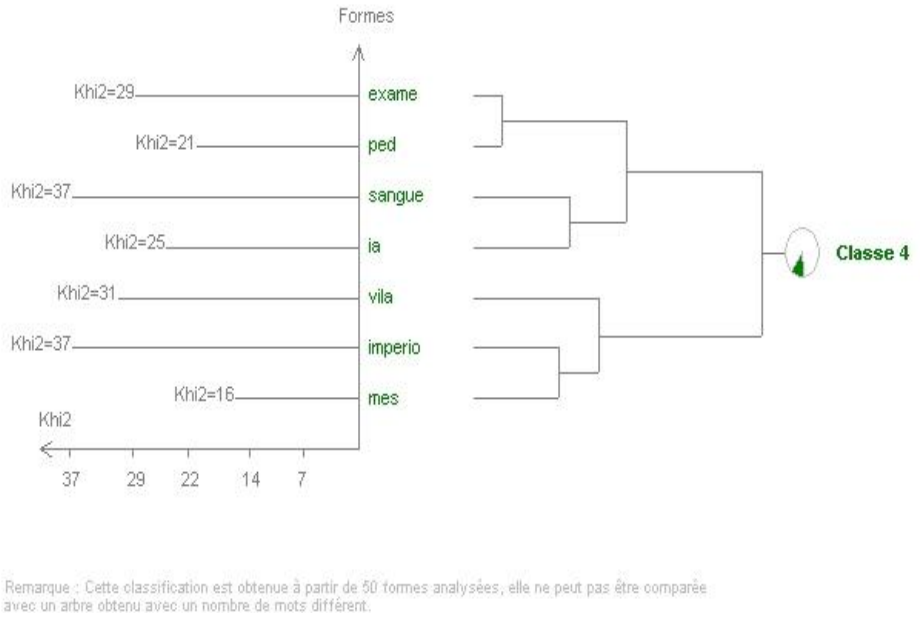

Figura 13 – Classificação hierárquica ascendente – classe 4
Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Na classe quatro, observa-se que as palavras exame, pede, sangue, ia, vila império e mês estão associadas. Em seguida, após nova classificação, essas palavras dividem-se em dois grupos: exame, pede, sangue, ia; e vila império e mês. Na sequência, após nova classificação, essas palavras sofrem novo agrupamento.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 4 que foram selecionados pelo programa:

Extratos de UCE selecionadas da classe 4

Uce n° 152 Khi2 = 40 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Fazia, ate uns dias, uns mês ai atrás eu fazia sempre, de três em três meses exame de sangue. O médico na ubs o qual eu me tratava, ele pedia exame de sangue.

Uce n° 195 Khi2 = 38 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Na ubs da vila império eu só fazia o exame de sangue que eles pedia e mais nada.

Uce n° 169 Khi2 = 28 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Quando chegava lá que apresentava, que estava um pouco alta, pedia mais exame de sangue. Era assim o acompanhamento. Por enquanto não uso nenhuma ubs. Na época era a ubs vila império. Fiquei durante uns quatro a cinco anos na oitenta, me tratando com a médica de lá.

Uce n° 194 Khi2 = 25 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Depois que a prefeitura tirou nos de lá dificultou tudo. A dificuldade para mim, ai eu não fiz. Já tem mais ou menos uns quatro mês e eu não fiz mais o exame de sangue.

Uce n° 193 Khi2 = 22 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

O atendimento na ubs da vila império era bom. O médico, o Dr. marco pedia os exame, eu fazia os exame, levava e ele passava os medicamento e pedia para mim em cada, de dois em dois mês fazer o retorno do exame .

Uce n° 166 Khi2 = 17 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Eles pediam exame de sangue. Toda vez que ia lá era para passar com exame de sangue, mostrar, apresentar os exame de sangue que ele pedia e só isso.

Uce n° 170 Khi2 = 15 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Depois me transferiram para o império por que eu falava que não era na oitenta que eu devia esta me tratando por causa do local onde eu morava fazia parte do posto da vila império, ai me transferiram para a vila império.

Uce n° 165 Khi2 = 14 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Ai depois-que mudei para cá não tive mais encaminhamento de ubs nenhuma. Na eu ia até a ubs para marcar consulta, para passar com o médico.

Uce n° 172 Khi2 = 14 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

De dois em dois mês, de três em três mês, por ai mais ou menos, essa faixa, eu passava na vila império. Eu não estou lembrado da internação de dois mil e oito.

Uce n° 177 Khi2 = 14 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Sempre que tinha uma tontura ou fraqueza ia para o hospital de pedreira não procurava nenhum outro serviço, ia direto para o hospital de pedreira. Ia na ubs onde me tratava, na oitenta. Ia lá para marcar consulta e o médico me pedir exame de sangue. Sempre eu passei com essa diabete, sempre passei a minha vida normal.

Uce n° 163 Khi2 = 8 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Fui direto para o hospital. Fazia acompanhamento do diabetes na oitenta, Joaniza, ao lado da oitenta, uma ubs. Depois me transferiram para o império, para caixa D'agua, a ubs da.

Uce n° 82 Khi2 = 4 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Mas, quando ele foi internado procuraram alguns motivos. Fizeram exame de sangue, de vista nele, por que eles acharam que ia afetar as vistas; fizeram um monte de exame nele e constatou que realmente não tinha nada, foi só superficial.

Uce n° 171 Khi2 = 4 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

O meu prontuário foi para lá para vila império. Da vila império ficou para lá, não sei se esta ou se o prontuário voltou para outro lugar ou não, mas acho que não, porque depois que eu sai de lá do local onde eu morava não compareci mais na vila império.

Uce n° 167 Khi2 = 3 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Quando passava mal, dai para frente não passei mais mal para ser internado. Sempre ia na ubs e marcava uma consulta para retornar no médico. Ele dizia: como e que esta a diabete? Eu tinha uma maquininha, tinha não, tenho uma maquininha de medir a diabete;

Uce n° 173 Khi2 = 2 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Para falar a verdade, eu não estou lembrado que fui internado em dois mil e oito, eu não passei muito tempo internado em dois mil e oito. De um dia para o outro, assim. Fui umas duas vez, mas tempo, muito tempo internado não ficava. Agora, ha uns sete, de sete, de seis a sete mês atrás ai foi onde eu fiquei dezesseis dias.

Uce n° 188 Khi2 = 1 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Eu parei de medir, nunca mais medir. Mês passado tive na ubs, medi na ubs a diabete estava um pouco alta, elas mediram lá, aumentou um pouquinho a quantidade de insulina, não sei como e que ela esta hoje; mas não estou sentindo nada.

Uce n° 162 Khi2 = 0 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

O médico falou, vamos internar ele que a diabete esta muito alta, ele vai ter que ficar internado, fiquei internado de um dia para o outro.

Uce n° 168 Khi2 = 0 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Só que parei de medir a diabete porque depois meu filho, ele era quem ia lá trocar o material, não foi mais trocar, acabou as fitinha, acabou tudo, ai não medi mais.

Esse discurso gira em torno da dificuldade de acesso à UBS pela inexistência de unidade próxima da residência. Apresenta as dificuldades de uma parcela da população que está sendo desalojada e transferida pelo poder público para outra área, ficando incapaz de se orientar no novo espaço, até mesmo para identificar uma unidade de saúde a que recorrer. Essas dificuldades referem-se a realização de consultas, exames, além daquelas para obter material na UBS para controlar o diabetes, agravadas pela falta de apoio familiar.

CLASSE 5

Apresenta-se, a seguir, o vocabulário específico da classe 5:

Vocabulário específico da classe 5

Tenh, causa, pressão, por, diabete, filho, as, coisa, sub, dess, ruim, perna, reclam, vez, problema, e, avc, unic, agrav, sinto, deu, meu, negoc, deix, essas, direit, hospital_de_pe, a, da, eu, se, meus, gente, hospital, dois_mil_e_oit, lev, sai, brig, entr, esta meio, estao, pesso, comigo, criança, tontura, prejudic, dificuldade, ness, muito, outro, uma, alta, mais.

Analisando-se individualmente a forma reduzida do vocabulário específico da classe 5 (raiz de cada palavra), as palavras que apareceram com maior frequência associadas à raiz correspondente foram as seguintes:

Formas associadas ao contexto da classe 5

Tenho, causa, pressão, por, diabete, filho, as, coisas, subiu, desse, ruim, perna, reclamar, vezes, problema, e, avc, unica, agravado/agravavam/agravou, sinto, deus, meu, negoc, deixava, essas, direito/direitinho, hospital_de_pedreira, a, da, eu, se, meus, gente, hospital, dois_mil_e_oito, levou, sai, briga/brigam/brigando, entrar, esta meio, estao, pessoa, comigo, criança, tontura, prejudica, dificuldade, nessa, muito, outro, umas, alta, mais.

ETAPA D – Prolongamento da etapa C – cálculos complementares

A relação entre as palavras características de classe 5 pode ser analisada por meio da classificação hierárquica ascendente, conforme dendograma a seguir (Figura 14).

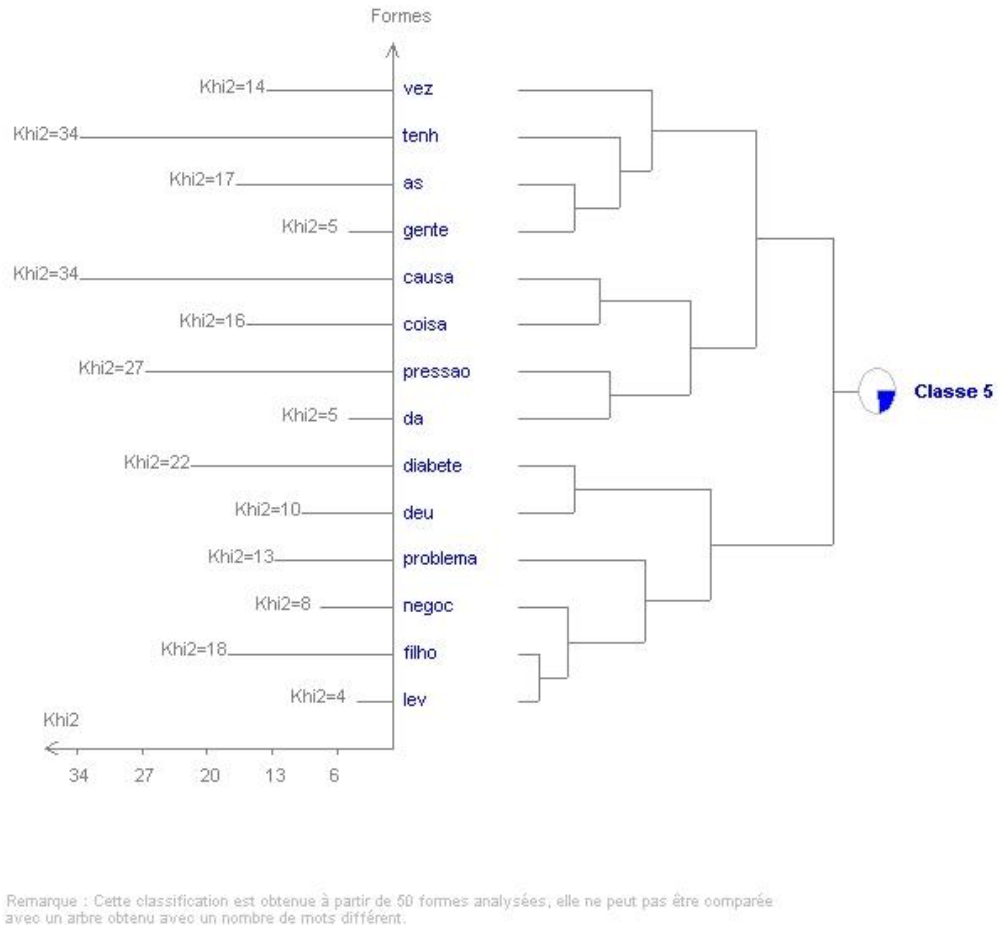

Figura 14 – Classificação hierárquica ascendente – classe 5

Fonte: Relatório Alceste: Rapport détaillé

Na classe 5, as palavras vez, tenho, as, gente, causa, coisa, pressão, da, diabetes, deu, problema, negócio, filho e leva estão associadas.

Em seguida, esse grupo de palavras se divide, dando origem a dois grupos: vez, tenho, as, gente, causa, coisa, pressão, da; e diabetes, deu, problema, negócio, filho e leva.

A seguir, são apresentados extratos de UCE da classe 5 que foram selecionados:

Extratos de UCE selecionadas da classe 5

Uce n° 174 Khi2 = 31 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Por causa desse problema da diabete. A diabete subiu, subiu demais e senti, fraqueza, fraqueza nas pernas, essas coisas assim. Agora, ha sete mês atrás foi o problema de convulsão que me deu, confusão e avc; eu tive avc. Tive avc em casa, umas duas vez em casa, meu filho me levou para o hospital lá no hospital tive mais três vezes lá.

Uce n° 138 Khi2 = 24 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

O hospital de pedreira e bom, não tenho o que reclamar dele. A única dificuldade para a gente e porque, as vezes , hospital de pedreira , ele e mais perto para a gente , só que chegando lá, por exemplo: se eu estou ruim , ele esta comigo , a minha cunhada vai, não pode entrar ;

Uce n° 141 Khi2 = 24 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Só que eu não ganhei ele lá por causa que infeccionou o berçário, devido esse problema. Não tenho o que reclamar dele. Mas a única coisa, as vezes também a gente esta muito ruim demais, ai ha demora, muita demora para atender, quando você vê as vezes a dor ate alivia de tanto esperar.

Uce n° 146 Khi2 = 24 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

A causa deu ter sido internado no hospital de pedreira foi porque me deu umas coisas ai, me deu avc, convulsão e agravou mesmo o meu problema de saúde por causa da diabetes

que eu tenho.

Uce n° 183 Khi2 = 20 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Se deixar a diabete subir muito ela prejudica ; a pressão ela prejudica. Então a gente fica com as mãos atadas. A gente, eu mesmo fico, eu vivo aqui diante-de quatro paredes sozinho e deus, mas eu tenho medo.

Uce n° 189 Khi2 = 16 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Para falar a verdade eu não estou sentindo negocio diz respeito a diabete , porque a diabetes quando ela começa atacar ela da muita fraqueza. Fraqueza, nessa coisa assim. Mas eu sinto um pouco de fraqueza nas perna por causa desse negocio que deu do avc , sinto que e por causa disso.

Uce n° 178 Khi2 = 15 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Ela ter agravado assim eu não sei, não sei se e por causa da alimentação, não sei explicar. Essa doença e muito perigosa. Se você não fizer tudo direitinho, o tratamento, essas coisas toda. E as vezes eu sou meio, para falar a verdade eu sou relaxado.

Uce n° 182 Khi2 = 15 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Sinto que e a pressão. A tontura e por causa da pressão. Acho que difícil fazer em casa e as duas coisas, porque as duas coisa me prejudica.

Uce n° 181 Khi2 = 14 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Essa semana, graças a deus, ela não afetou muito, a tontura. Mas a tontura e por causa da pressão, não e tanto a diabete, e a pressão.

Uce n° 186 Khi2 = 14 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

De dois em dois meses, ele levava as coisa da maquininha de medir a diabete para trocar, ai pegava a agulha, seringa, pegava a lancetinha de furar o dedo para medir a pressão, as fitinhas.

Uce n° 139 Khi2 = 12 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Tem que entrar uma pessoa só, e a pessoa fica nervoso. Já aconteceu muita coisa assim, tem briga mesmo por causa disso. Esse e o único problema que o hospital de pedreira traz para a gente não poder esta junto. A pessoa fica nervoso do lado de fora, não consegue.

Uce n° 140 Khi2 = 12 uci n° 6: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

As vezes o segurança, muitos que são implicantes, uns que são bons, mas tem uns que ignora muito a gente. Já passei muita humilhação lá. Eles brigam, já peguei muitos brigando, reclamando por causa dos pacientes. Não e a primeira vez que estive lá. Quando eu fui ganhar ele, fui para lá.

Uce n° 147 Khi2 = 12 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Por causa da diabete, colesterol alto. Tenho também pressão alta, a minha pressão ela e alta; a minha pressão chegou ate vinte e seis por oito; vinte e seis por dez; vinte e seis por nove. Então, se agravavam na hora que me atacava e me dava aquelas coisa muito ruim,

que e muito ruim mesmo, da a impressão que a gente esta morrendo, vai morrer naquele momento.

Uce n° 190 Khi2 = 12 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Inclusive sinto , que nem a perna ficou um pouco esquecida, a direita, nessa que atacava mais a hora que dava os negocio, um pouco meio esquecida. Tenho dificuldade para andar, inclusive subir ladeira, essas coisas. Tenho dificuldade de ir na ubs, só se for numa grande precisão que não tenha quem vá, eu tenho que ir.

Uce n° 175 Khi2 = 11 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Enquanto fiquei aguardando no corredor do hospital, fiquei aguardando para ser atendido me deu três vez lá dentro, nessa perna direita, só na perna direita. Essa diabete ela já e velha, tenho diabete esta com mais ou menos quinze a dezesseis anos, chegando os dezessete anos.

Uce n° 96 Khi2 = 9 uci n° 3: *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Meu filho foi tratado muito bem. Lá e como se fosse o hospital particular, porque e muito bom mesmo. Indico para qualquer pessoa. Muito bom lá, não tenho do que reclamar dessa parte. Foi muito bom pra mim, viu? Para meus filhos.

Uce n° 161 Khi2 = 9 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Uma coisa tão ruim, deu uma cigarra: timmmmmmmm, escureceu. A internação de dois mil e oito, do diabetes, eu sai, consciente de casa. O meu filho me levou e chegou lá a diabete estava, acho que era, se eu não me engano estava quinhentos e oitenta, quase seiscentos.

Uce n° 66 Khi2 = 6 uci n° 2: *ubs_jn *ocup_3 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_2

Mas ele, como criança, era um bebe tinha que passar com a pediatra, pediatra, que informa tudo direitinho. Ai e mais enfermeira. Não tenho nada contra elas. Mas eu, para passar uma criança e saber se esta doente tem que ser uma pediatra.

Uce n° 93 Khi2 = 6 uci n° 3 : *ubs_sj *ocup_1 *sex_2 *ida_1 *esc_3 *ec_1 *K_1

Estou fazendo um tratamento, tenho pressão alta. Eles não estavam achando as causas da minha pressão alta, por eu ser muito nova e muito alta, eles estão cuidando de tudo para mim.

Uce n° 151 Khi2 = 6 uci n° 7: *ubs_pd *ocup_5 *sex_2 *ida_2 *esc_1 *ec_1 *K_5

Meu filho me levou, era mais ou menos umas nove horas da noite, quando foi umas onze, meio dia no outro dia eu estava em casa. Fui umas duas ou três vezes em dois mil e oito. Problema da diabete, pressão alta, diabete, colesterol alto. Demorou uns oito ou nove meses para eu ser internado por estes problemas, eu fazia acompanhamento na ubs.

As UCE fazem referência a doença, solidão, descuido com o tratamento, dificuldade para andar, dificuldade para ter acesso a UBS em função da locomoção, filho ser atendido pela enfermeira em vez de médico

na UBS (descrédito no profissional enfermeiro). No entanto, pacientes portadores de diabetes e/ou hipertensão sentem-se mais seguros e bem atendidos pela UBS.

A realização dessas análises foi feita com base nas operações em que se produzem os resultados mais importantes para a interpretação de um *corpus*, quais sejam: dendograma de classificação hierárquica descendente (CHD), descrição das classes, seleção das UCE mais características de cada classe e classificação hierárquica ascendente das palavras por classe (CHA).

ANEXOS

ANEXO 1 - LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR 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
1	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
1	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 protéico 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

continua

Conclusão

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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	Eplepsias	
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: Anexo da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 16 de novembro de 2009.

Ilm.ª Sr.ª
Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

Ref.: Processo nº 860/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Internações Sensíveis à Atenção Primária: Limites e Possibilidades da Lista Brasileira de Diagnóstico**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Neide S. Praça

Prof.ª Dr.ª Neide de Souza Praça
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 3 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DO HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA

HOSPITAL GERAL DE PEDREIRA - OSS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ASSOCIAÇÃO CONGREGAÇÃO DE SANTA CATARINA

São Paulo, 08 de abril de 2010.

Carta de Aprovação

Registro CEP- HGP: 01/1/ P **Folha de Rosto:** 314919 **CAAE:** 0002.0.331.196-10

Título do Protocolo de Pesquisa: ''INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: Limites e Possibilidades da Lista Brasileira de Diagnósticos''
Pesquisadora principal: Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem
Instituição: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Mary.Jalle - 08/04/2010 - 15:41:12

Prezada pesquisadora.

Informamos que o Protocolo de Pesquisa acima citado foi analisado pela Diretoria Técnica e Jurídica, bem como pelo CEP-HGP recebendo parecer final de **APROVAÇÃO.** O parecer de aprovação autoriza o início imediato da pesquisa clínica em questão.

Salientamos que a análise realizada pelo CEP, sob o ponto de vista ético e científico, foi baseada nas determinações da Resolução CNS 196/96 e suas complementares.

Gostaríamos de lembrar que, conforme determinação da CONEP, a pesquisadora deverá entregar relatórios semestrais no CEP-HGP para que os mesmos sejam enviados à CONEP.

Atenciosamente,

Dra. Leila L. M. Perobelli
Coordenadora do CEP-HGP

ANEXO 4 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

São Paulo, 26 de Abril de 2010
PARECER Nº 144/10 – CEP/SMS
CAAE: 003.0.162.196-10

Ilma Sra
Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

IDENTIFICAÇÃO:
Projeto de Pesquisa: Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos.
Pesquisador Responsável: Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem
Instituição: Escola de Enfermagem da USP
Local onde os dados serão coletados: UBS do Distrito Administrativo de Pedreira, CRS Sul.

I - Sumário Geral do Protocolo

Objetivo Geral: identificar quais as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).

Objetivos Específicos:

1. descrever e analisar o perfil das internações gerais e por CSAP que ocorreram no hospital de referência desse território;
2. analisar as características e justificativas das internações por CSAP no hospital de referência do território selecionado
3. compreender os limites e possibilidades da Lista Brasileira de Internações por CSAP para avaliar o desempenho da atenção primária;

Tipo de pesquisa: estudo ecológico, onde serão adotadas abordagens quantitativa e qualitativa.

Forma de coleta de dados: análise do BDAIH e de 385 prontuários hospitalares do Hospital de Pedreira, escolhidos por técnicas de amostragem; entrevistas com 12 profissionais (4 médicos, 4 enfermeiros e 4 auxiliares de enfermagem) e 12 usuários, em 4 UBS do DA de Pedreira.

Observação: Segundo o Houaiss, a palavra método vem do grego: "méthodos, (...)', de metá 'atrás, em seguida, através' e hodós 'caminho'."; desta forma, não há sentido a locução "caminho metodológico", uma vez que todo método corresponde a um caminho.

II - Considerações.

O estudo tem pertinência e valor científico.

A folha de rosto está corretamente preenchida. A resposta para a pendência quanto ao número da amostra foi considerada satisfatória e encontra-se anexada ao protocolo.

O currículo do pesquisador responsável e orçamento detalhado estão de acordo com a proposta da pesquisa. As possíveis fontes patrocinadoras estão informas. O tratamento dos dados/informações está adequado.

As respostas para pendências referentes aos critérios de inclusão e exclusão também foram considerados satisfatórias. Os critérios de exclusão foram assim definidos pela pesqusiadora:

Prontuários: Serão analisados os 384 prontuários e serão excluídos do estudo aqueles que não tiveram como diagnóstico as internações por condições sensíveis à atenção primária.

Usuários: aqueles que foram internados por condições sensíveis à atenção primária ou que se recusarem a participar da pesquisa.

Profissionais: aqueles que se recusarem a participar da pesquisa.

O cronograma da pesquisa foi retificado após emissão de oficio à pesquisadora pois o mesmo sugeria que o estudo já havia sido realizado. Foi esclarecido que a coleta dos dados será realizada entre abril e maio/2010.

continua

Conclusão

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa/SMS
Rua General Jardim, 36 – 1º andar – V. Buarque - fone: 3397.2464

CAAE: 003.0.162.196-10

A metodologia é adequada aos objetivos, impõe condições mínimas de risco/desconforto aos voluntários, devidamente justificada no desenho da pesquisa.

Um dos grupos pode ser considerado vulnerável, uma vez que estão em situação de dependência (funcionários – submetidos a uma relação de poder hierárquica). O pesquisador se compromete com o sigilo e com a recusa inócua; os outros direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é conciso, objetivo, informa sobre privacidade, recusa inócua, desistência, continuidade do atendimento e acesso ao pesquisador e ao CEP.

Porém, o documento foi retificado e considerado satisfatório após parecer pendente que apontava os seguintes pontos:

1. evitar uso de termos técnicos da área de saúde coletiva.

2. disponibilizar os telefones de São Paulo para contato com os pesquisadores;

3. redigir o "pós-esclarecido" de forma a incluir somente a concordância do voluntário em participar, sem repetir as informações já explicitadas no documento.

4. Quanto ao TCLE destinado aos usuários: substituir ou esclarecer a expressão "condições sensíveis à atenção primária".

III - Situação do Protocolo: Aprovado

Antes do inicio da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS