

3º

**CONGRESO
IBERO-AMERICANO
EN INVESTIGACIÓN
CUALITATIVA**

**14, 15 y 16
de JULIO
de 2014**

Universidad de Extremadura, Badajoz, España

**Actas
Atas**

Vol. II – Artículos de Salud/ Artigos de Saúde

Editores

António Pedro Costa
Luís Paulo Reis
Francislê Neri de Souza
Ricardo Luengo

organización



organizaciones asociadas



de universidade de aveiro
departamento de educação

Ficha Técnica

Título: Libro de Actas de “3º Congreso Ibero-Americano en Investigación Cualitativa”

Livro de Atas do “3º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa”

Web: www.ciaiq.org

Editores

António Pedro Costa

Luís Paulo Reis

Francislê Neri de Souza

Ricardo Luengo

Comité Editorial

António Pedro Costa

Dayse Neri de Souza

Estela Barreto da Costa

Francislê Neri de Souza

Luís Paulo Reis

Ricardo Luengo

Edición

Ludomedia

e-mail: info@ludomedia.pt web: www.ludomedia.pt

Vol. 2: Artículos de Salud/Artigos de Saúde

ISBN: 978-972-8914-48-6

Ambulatory Care Sensitive Hospitalization

Perception of Users

Internações Sensíveis à Atenção Primária

Percepção dos Usuários

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem
Curso de Enfermagem/Faculdade de Ceilândia
Universidade de Brasília
Brasília/Brasil
taniarehem@unb.br

Emiko Yoshikawa Egry, Suely Itsuko Ciosak
Departamento de Enfermagem
Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo
São Paulo/Brasil
emiyeegry@usp.br
siciosak@usp.br

Abstract — Hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions were adopted in Brazil for the assessment of access and effectiveness. This study aims to analyze and understand the reasons for the occurrence of these hospitalizations, from the point of view of users. Qualitative study conducted with users who were admitted to the General Hospital of the city Pedreira, in São Paulo. The data was collected through interviews with guiding questions and thereafter transcribed and processed in the program Alceste. By analyzing narratives, the access was seized fundamentally as an empirical category. As a result, it was found that there are access problems in four dimensions: geographical, organizational, economic and socio-cultural, bringing up problems that later came to deserve, from the Brazilian Ministry of Health, a specific Program to improve the quality and access to primary care. The hierarchical and pyramidal organization of the health system in the city of São Paulo, can be one of the important aspects for the matter of access, establishing itself as an important restricting factor in the role of primary care to reduce or even prevent the occurrence of these hospitalizations.

Keywords - *primary health care, assessment, hospitalization.*

Resumo — Internações por condições sensíveis à atenção primária é adotado no Brasil para avaliação de acesso e efetividade. Este estudo tem como objetivo analisar e compreender as razões para a ocorrência destas internações, do ponto de vista dos usuários. Estudo qualitativo, realizado com usuários que foram internados no Hospital Geral de Pedreira, no município de São Paulo. A obtenção dos dados foi feita por meio de entrevistas com perguntas norteadoras e em seguida foram transcritas e processadas no programa eletrônico Alceste. Ao analisar as narrativas apreendeu-se fundamentalmente como categoria empírica o acesso. Como resultado, foi verificado que existem problemas de acesso nas quatro dimensões: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica, trazendo à tona problemas que posteriormente vieram a merecer, por parte do Ministério da Saúde brasileiro, um Programa específico para Melhoria da Qualidade e do Acesso à Atenção Básica. A organização do sistema de saúde no município de São Paulo, de forma hierarquizada e piramidal, pode ser um dos aspectos importantes para a questão do acesso, constituindo-se como fator

importante de restrição do papel da atenção primária em reduzir ou até mesmo impedir a ocorrência destas internações.

Palavras Chave – *atenção primária à saúde, avaliação, hospitalização.*

I. INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, conhecido por Sistema Único de Saúde ou simplesmente SUS, universal, de abordagem integral e equânime, organizado em diferentes níveis de complexidade, mas sobretudo público e gratuito no atendimento extensivo a toda a população do território vem se consolidando e a cada dia tem se evidenciado a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo.

Inicialmente, no Brasil, a APS foi concebida como porta de entrada do sistema de saúde. Entretanto, hoje já é consenso entre gestores das três esferas de governo, academia, trabalhadores e instituições de saúde de que a APS é essencial para o bom desempenho do sistema de saúde e portanto deve ocupar um lugar de destaque no mesmo.

Nesse sentido, na implantação das redes de atenção à saúde a APS tem quatro funções essenciais: ser base; ser resolutiva; coordenar o cuidado; e ordenar as redes [1].

Esse processo de implantação das redes de atenção no Brasil não é novo, já estando prevista desde a criação do SUS. No entanto, essa discussão em que a APS passa a desempenhar quatro funções essenciais, dentro do sistema, é mais recente e vem ocorrendo em vários estados e também, por consequência, nos vários municípios brasileiros [2].

Espera-se que a implantação das redes de atenção, com este novo papel da APS, impacte de forma importante na mudança do modelo assistencial, de modo a responder as demandas que se colocam hoje e continuarão no futuro para o sistema de saúde, no que diz respeito, entre outros aspectos, ao manejo das condições crônicas cuja magnitude cresce com o envelhecimento da população.

Para o enfrentamento das condições crônicas, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento

das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), para o período de 2011 a 2022. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes [3].

Alguns diagnósticos incluídos nesses grupos de doenças já haviam sido definidos e publicados pelo Ministério da Saúde como parte de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) [4]. Trata-se a ICSAP de um indicador, composto por um conjunto de 19 grupos de diagnósticos de acordo com a classificação internacional de doenças - CID 10, para o qual uma atenção primária efetiva reduziria o número de internações mediante atividades próprias deste nível de atenção, tais como: prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas [5].

Esse indicador vem sendo estudado em diversos países [6] [7] [8] com a denominação de Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) e no Brasil [9] [10] [11] revelando que a atenção primária pode atuar de várias maneiras para reduzir ou evitar essas as internações. Por exemplo, as doenças imunopreveníveis podem ser totalmente evitadas mediante uma APS acessível e resolutive. Para as doenças agudas as taxas de internação podem ser reduzidas por meio do diagnóstico precoce e tratamento em unidades básicas de saúde, como exemplo, desidratação e gastroenterite. Existe um outro grupo de doenças que podem ser reduzidas a frequência de internações por complicações: o diabetes e a insuficiência cardíaca [5].

Considerando que a portaria que publica o indicador ICSAP refere que o mesmo será utilizado para avaliação de acesso e efetividade da APS [4], justifica-se a realização de estudos, envolvendo os sujeitos sociais que potencialmente podem utilizar este nível de atenção.

Portanto o presente estudo teve como objetivo, analisar e compreender, do ponto de vista dos usuários, as razões para a ocorrência das ICSAP, no território selecionado.

II. METODOLOGIA

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, que teve como cenário a microrregião de saúde de Cidade Ademar no município de São Paulo (SP). A escolha desta microrregião deu-se em razão de que ela performa um sistema local de saúde que integra os serviços de atenção primária, os de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituindo-se, assim, em cenário privilegiado para a análise das ICSAP.

Fizeram parte da amostra os usuários que foram internados no Hospital Geral de Pedreira (HGP), localizado em Cidade Ademar, no ano de 2008, que tiveram diagnóstico principal de ICSAP, tanto na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) quanto no relatório de alta médica no prontuário, independente de sexo e idade.

A obtenção dos dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas contemplando dois blocos de perguntas, sendo o primeiro referente a variáveis sócio-demográficas e o segundo contemplando as seguintes questões norteadoras: O (a) senhor (a) pode me contar como

começou essa 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?

As entrevistas foram realizadas no período de dois meses no ano de 2010 no domicílio do usuário, após agendamento prévio por meio do número do telefone disponibilizado no prontuário; foram gravadas e degravadas, mantendo-se fielmente o conteúdo.

Após a transcrição, o material foi analisado por meio do programa eletrônico Alceste – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto – que vem sendo utilizado em diversas pesquisas no Brasil e na Europa, que visa encontrar a informação básica contida em um texto por meio do tratamento estatístico de seus elementos. Trata-se, portanto, de um software que permite realizar de maneira automática a análise de perguntas abertas de pesquisa com o objetivo de quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas [12] [13].

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 (processo n.º 860/2009); e do Hospital Geral de Pedreira (registro CEP-HGP:01/1/P), acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em concordância com a Resolução CONEP n.º 196/1996.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise do prontuário e das AIH, foram identificados 104 usuários que cumpriram os critérios de inclusão definidos para participação no estudo. Entretanto, só foram localizados sete do total de usuários.

A não localização dos demais usuários ocorreu em função das seguintes questões: óbito; mudança de endereço ao localizar o usuário diretamente na residência; mudança de telefone considerando o número que foi disponibilizado no momento da internação no HGP e residência não localizada.

Dos sete usuários que participaram do estudo, 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 dos usuários trabalhavam como diaristas, um estava desempregado, dois estavam afastados do trabalho por motivo de doença e dois exerciam atividades do lar. Predominava como nível de escolaridade o fundamental incompleto (quatro pessoas). Uma pessoa possuía nível fundamental completo e outra nível médio incompleto. Apenas uma pessoa tinha o nível médio completo.

Os resultados obtidos por meio do Alceste 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, ou seja, os fragmentos de discursos. Com base nisto, ao analisar a narrativa dos usuários apreendeu-se fundamentalmente como categoria empírica o ACESSO.

A rede assistencial municipal da microrregião de Cidade Ademar é composta pelos seguintes unidades ou serviços de saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS) que trabalham tanto no modelo tradicional como na Estratégia Saúde da Família (ESF); Ambulatório de Especialidades (AE); Assistência Médica Ambulatorial (AMA); Assistência Médica Ambulatorial Especializada (AMAE); Unidade de Assistência Domiciliária (UAD); CAPES II; Centro Especializado de Odontologia; Unidade de Referência e Saúde do Idoso (URSI); Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) e Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR e NIR2).

^[14]. Essa microrregião conta ainda com o HGP, que integra a rede da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Segundo o contrato de gestão, celebrado entre a Organização Social de Saúde (OSS) Santa Catarina e a Secretaria Municipal de Saúde/SP, as UBS tradicionais estão abertas ao público no período das 7h às 17h, e são responsáveis pela execução de consultas (médicas, enfermagem, odontológicas e outras especialidades); visitas domiciliares; ações coletivas (grupos educativos, oficinas); procedimentos (vacinação, coleta de exames, medicação e curativo e sutura); e ações de vigilância em saúde. Aquelas que funcionam como AMA, no mesmo espaço, funcionam das 7h às 19h, de segunda à sexta-feira [15].

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

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) [14].

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 agente comunitário de saúde (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; por meio do Grupo Educativo Assistencial e Resolutivo na Área, que se constitui em um grupo de qualificação das queixas do paciente que funciona por meio de 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; e 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) [15].

Ao verificar a facilidade/dificuldade de acesso aos serviços de atenção primária, expressa nas entrevistas realizadas, observou-se nos discursos dos usuários, grande dificuldade:

[...] 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)

[...] 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)

A dificuldade para acessar a APS foi também referida pelos idosos, com o agravante de que, nesta faixa etária, a limitação para se dirigir até à UBS é maior, principalmente quando inexistesse 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)

[...] parei de medir a diabetes 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)

Segundo informações da OSS Santa Catarina 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.

O ambulatório de especialidades, 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. O acesso para consulta de especialidade dos pacientes, na 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, 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).

Os usuários relataram dificuldades para agendamento e realização de consultas especializadas e exames, havendo situações em que o mesmo teve que recorrer a um serviço privado (mediante pagamento) para realização de exame com mais rapidez, conforme relato:

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)

A realização de exames e consultas especializadas constitui-se em um dos grandes entraves para o trabalho das equipes da APS [16].

Com relação à realização de cirurgia eletiva, a dificuldade é a mesma, conforme depoimento abaixo:

[...] 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 municipal que a atenda. A comunicação para agendamento e 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.

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 comparei mais na Vila Império. (usuário)

Estudo realizado em quatro municípios brasileiros aponta que a integração da rede de atenção, desde a APS 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 [17].

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 [17].

A integração da rede é fundamental para promover a integralidade da atenção, na medida em que assegura a continuidade da APS nos demais níveis de atenção.

No entanto, a integralidade precisa ser trabalhada nas diversas dimensões, assim, ela 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 [18].

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 [14].

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 APS, o que não exige a infraestrutura de pronto - socorros e hospitais [14].

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 [14].

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 [14].

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. Para alguns a UBS é entendida como local para realização de coisas simples, como pesar e vacinar, ou seja, não percebem campo de atuação para 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 com 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)

[...] 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)

[...] é com o AMA que frequento a UBS, ali dentro mesmo. (usuária)

[...] reação alérgica a gente não pode levar para a UBS...achei melhor levar direto para o Hospital de Pedreira. (usuária)

Estudo realizado com profissionais da APS, sobre ICSAP, evidenciou, em algumas situações, que o profissional 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 [16].

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 [19].

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 APS, 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 [20].

Concordando com Mendes [20], para Cecílio [18] 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.

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 [17].

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. No entanto, como a oferta de serviços não garante acesso, persistem as dificuldades para os usuários, conforme evidenciado neste estudo.

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 [20].

Ainda segundo Cecílio [18], 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 [20].

Mesmo considerando que existem distintas definições de acesso empregadas pelos diversos autores, ao adotar a terminologia de Fekete [21], este estudo evidenciou na fala dos usuários, 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.

Ainda com relação ao acesso uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção à saúde a toda a população. Nesse sentido, o MS vem propondo várias iniciativas, entre as quais se destaca o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da (PMAQ), publicado em 2011, que tem entre outros objetivos

estimular o foco da Atenção básica (AB) no usuário promovendo a transparência e processos de gestão; a participação e controle social; e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores da saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários [22].

Os resultados desse estudo evidenciaram, pelo menos em parte, os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da atenção básica, no que diz respeito a ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre; pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e baixa integralidade e resolutividade das práticas [22].

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 de restrição ao 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, mas principalmente na fala dos usuários, demonstrando que a APS não é a porta preferencial de entrada no sistema, seja pela dificuldade de acesso, seja pela pouca resolutividade das suas ações.

Apesar da quantidade de entrevistados ter sido um fator limitante, devido principalmente ao longo período que transcorreu entre a internação e a realização da entrevista, trouxe à tona problemas que vieram a merecer um Programa específico para Melhoria da Qualidade e do Acesso a Atenção Básica, o PMAQ.

Embora seja inegável os avanços que o SUS teve quanto ao princípio da universalidade, por meio da ampliação do acesso, principalmente as populações de baixa renda é inegável, que ainda exista muita dificuldade para o acesso aos serviços de saúde.

No entanto, o SUS não dispõe de nenhum sistema de informação que seja capaz de avaliar a demanda reprimida aos serviços de saúde e muito menos que seja capaz de perceber as dificuldades vividas pelas populações que dependem do sistema público de saúde.

Desse modo, este estudo demonstra claramente a importância de se adotar a abordagem qualitativa para o estudo das ICSAP, de modo a subsidiar gestores e trabalhadores da APS, nas discussões para efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.

- [2] Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. CONASS. Brasília; 2011.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.
- [4] 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. Seção 1:50, 2008.
- [5] M. E. Alfradique, P. F. Bonolo, I. Dourado, M. F. Lima – Costa, J. Macinko, C.S. Mendonça, V.B. Oliveira, L.F. R. Sampaio, C.D. Simoni, M.P. Turci. 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*. 25(6), p. 1337-1349, 2009.
- [6] J. Caminal Homar , C. Casanova Matutano. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. *Marco conceptual*. *Aten Primaria*;31(1):61-5, 2003.
- [7] Y. Egli, B. Desquins, E. Seker, P. Halfon. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Serv Res*; 14: 25, 2014.
- [8] J. Basu, L.R. Mobley, V. Thumula. The small area predictors of ambulatory care sensitive hospitalizations: a comparison of changes over time. *Soc Work Public Health*;29(2):176-88, 2014.
- [9] C.S. Mendonça, E. Harzheim, B.B. Duncan, L.N. Nunes, W. Leyh. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implantation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, Jun:1-8, 2011.
- [10] F.B. Nedel, L.A. Facchini, J.L.Bastos, M. Martín-Mateo. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude Colet*. 16 Suppl 1:1145-54, 2011.
- [11] J.S. Dias-da-Costa, D.C. Buttenbender, A.L. Hoefel, L.L.Souza. 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*.;26(2):358-364, 2010.
- [12] B.V.Camargo. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuino JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p. 511-539.
- [13] D.C. Oliveira, A.M.T. Gomes, S.C. Marques. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: M.S.S. Menin, A.M. Shimizu (org.). *Experiências e Representação Social: questões teóricas e metodológicas*. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2005.
- [14] São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual - Diretrizes técnicas da assistência médica ambulatorial na atenção básica. São Paulo;[citado 2011 maio 17]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTecnicas.pdf. 2009.
- [15] 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.
- [16] T.C.M.S.B. Rehem. Internações por condições sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos. Tese. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo; São Paulo, 2011.
- [17] L. Giovanella, M.H.M. Mendonça, P.F. Almeida, S. Escorel, M.C.M. Senna, M.C.R. Fausto, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev C S Col*. 14(3):783-794, 2009.
- [18] L.C.O Cecílio. 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.
- [19] São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. AMA especialidades: diretrizes técnicas. São Paulo. [citado 2011 maio 17]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf. 2009.
- [20] E.V. Mendes. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde ; 2012.
- [21] M.C. Fekete. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. Projeto GERUS. [S.l.: s.n.]; 1996.
- [22] Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília [citado 2014 março 16]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.