

# QUAIS ASPECTOS CONTRIBUEM PARA A OCORRÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA?

*Aspects contributing to the occurrence of Ambulatory Care Sensitive Conditions?*

Artigo Original

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP do ponto de vista dos usuários e dos profissionais da Atenção Primária. **Métodos:** estudo com abordagem qualitativa realizado em uma microrregião de saúde do município de São Paulo, tendo participação de 26 profissionais e sete usuários, por meio de entrevistas semi estruturadas. A análise dos dados foi subsidiada pelo software Alceste, emergindo três categorias empíricas: acesso, processo de trabalho e razões para a ocorrência de ICSAP. **Resultados:** a organização do sistema de saúde no município de São Paulo, fragmentado e piramidal, predispõe para a ocorrência de ICSAP. Em contraposição a estruturação das redes de atenção à saúde, em que haja uma integração, por exemplo, entre a atenção primária e a atenção especializada, pode garantir a continuidade do cuidado aos usuários reduzindo com isto a ocorrência das mesmas. Há a necessidade de revisão no processo de trabalho das equipes, além da necessidade de enfrentamento dos determinantes sociais, convergindo com o preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde. **Conclusão:** a atenção primária instalada no município de São Paulo, especialmente no Distrito estudado tem o fracionamento e a desarticulação entre os diferentes níveis assistenciais como a principal razão para a ocorrência das ICSAP. Portanto, a Lista Brasileira serve apenas parcialmente para avaliar esse nível de atenção, de fato ela se mostra melhor para avaliar a rede como um todo, mas para que esta avaliação seja efetiva, é preciso analisar o fluxo dos usuários buscando atendimento às questões de saúde.

**Descritores:** Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Hospitalização.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand the reasons that determine or influence the occurrence of ACSC the point of view of users and professionals Primary. **Methods:** This is qualitative study conducted in a health micro-region of São Paulo, with participation of 26 professionals and seven users, through semi-structured interviews. Data analysis was supported by Alceste software, emerging three empirical categories: access, work process and reasons for the occurrence of ACSC. **Results:** The results show that the health care organization in São Paulo, fragmented and pyramidal, predisposes to the occurrence of hospitalizations sensitive. In contrast the structure of health care networks, where there is an integration, for example, between primary care and specialized care, you can ensure continuity of care to users with this reducing their occurrence. There is need to review the work of the teams process, and the need to confront the social, converging with the criteria of the National Health Promotion Policy. **Conclusion:** This study found that primary care alone does not account to address the problem these admissions, showing the application limit of the Brazilian List to assess this level of attention.

**Descriptors:** Public Health; Primary Health Care; Health Assessment; Hospitalization.

Tania Cristina Morais Santa  
Barbara Rehem<sup>(1)</sup>  
Emiko Yoshikawa Egry<sup>(2)</sup>  
Suely Itsuko Ciosak<sup>(2)</sup>  
Walterlânia Silva Santos<sup>(1)</sup>

1) Universidade de Brasília - UNB - Brasília (DF) - Brasil

2) Universidade de São Paulo - USP - São Paulo (SP) - Brasil

*Este artigo seguiu as normas e formatação estabelecidas pelo 5º CIAIQ - Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa.*

## INTRODUÇÃO

O conceito de rede tem sido desenvolvido e utilizado em vários campos do conhecimento e na concepção e operacionalização de diversas políticas públicas, dentre as quais a da saúde, onde tem sido utilizado prioritariamente no campo da atenção, nas chamadas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A partir de concepções de autores internacionais, da adotada pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização Panamericana da Saúde, e do Ministério da Saúde. São conteúdos básicos da RAS os seguintes: apresentarem missão e objetivos comuns; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS) e geram valor para a sua população<sup>(1)</sup>.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil vem ocupando um lugar importante nas discussões envolvendo o Ministério da Saúde, estados e municípios, na perspectiva do enfrentamento da fragmentação do sistema de saúde brasileiro<sup>(2)</sup>.

Esta fragmentação tem como consequência, dentre outras, o isolamento das ações, quebra no fluxo das comunicações entre os serviços, falta de unicidade e consenso nas decisões acerca das intervenções do processo saúde-doença, na (des) integralidade do cuidado e fracionamento tanto do cuidado quando da própria pessoa do usuário, ocasionando descontinuidades do sistema para prestar uma atenção contínua à população.

Em contrapartida, as RAS se caracteriza por um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), com responsabilidade sanitária e econômica pela população adscrita<sup>(3)</sup>.

Do ponto de vista operacional, o conceito de APS implica o exercício de sete atributos, divididos entre essenciais e derivados. Entre os essenciais, estão o primeiro contato e a coordenação, sendo que o primeiro, implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde; e o segundo, conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com a função de centro de comunicação das RAS<sup>(4)</sup>.

Dentre as estratégias para se avaliar o acesso e a efetividade da APS, foi adotado pelo Brasil o Indicador

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por meio da Portaria SAS n.º 221, de 17 de abril de 2008, composto por 19 grupos de causas e diagnósticos de acordo com a CID 10<sup>(5)</sup>.

Diante do exposto e considerando a publicação deste indicador (Lista Brasileira de ICSAP), justifica-se a realização de estudos que objetivem identificar o comportamento da ICSAP e seus determinantes para compreender em que medida a lista pode ser utilizada como instrumento para avaliação da APS. Por outro lado, estudos utilizando este indicador poderão contribuir para as discussões realizadas por gestores e profissionais no processo de implementação das redes de atenção à saúde, onde a APS desempenha um papel fundamental, conforme já exposto anteriormente.

Nesse sentido este estudo tem como objetivo compreender as razões que determinam ou influenciam a ocorrência das ICSAP do ponto de vista dos usuários e dos profissionais da APS.

## MÉTODOS

Estudo qualitativo que teve como cenário a microrregião de saúde de Cidade Ademar localizada na região Sul do município de São Paulo que é composta pelos distritos de Pedreira, Cidade Ademar e Campo Grande<sup>(6)</sup>.

Trata-se de uma microrregião densamente povoada, na qual o distrito de administrativo de Cidade Ademar se destaca por apresentar a maior densidade demográfica local e uma das maiores do município. A taxa de crescimento populacional aumentou e a renda per capita média da unidade espacial diminuiu, além do crescimento da pobreza<sup>(7)</sup>.

Quanto aos indicadores socioeconômicos considerando o município de São Paulo, os problemas mais graves estão localizados na região sul, localidade da microrregião de Cidade Ademar, onde predominam também proporções maiores de baixa escolaridade e renda da população<sup>(8)</sup>.

Do ponto de vista epidemiológico, observa-se no município de São Paulo, incluindo aí esta microrregião, aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis com redução da incidência das doenças infecciosas acompanhadas do posterior crescimento das mortes por causas externas<sup>(8)</sup>.

O sistema de atenção à saúde na microrregião de Cidade Ademar é constituído por Ambulatórios de Especialidades, Unidades Básicas de Saúde, Centro de Apoio Psicossocial II, Clínica Odontológica Especializada, Unidade de Referência em Saúde do Idoso, Núcleo Integrado de Reabilitação, e Unidades de Assistência Médica Ambulatorial, distribuídos segundo os distritos<sup>(9)</sup>, conforme Figura 1.

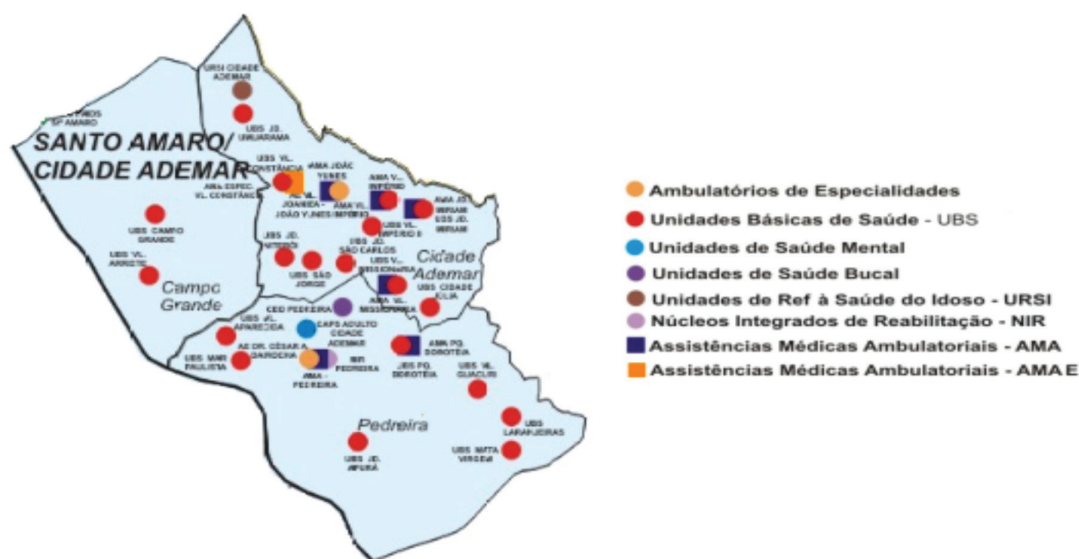


Figura 1 - Distribuição dos estabelecimentos municipais de saúde na microrregião de Cidade Ademar. São Paulo/SP, 2010.

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](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/organizacao/crs_sp_sts_munic.jpg)>.

Além das unidades acima, a região conta, ainda, com o Hospital Geral de Pedreira (HGP)<sup>(10)</sup> localizado no distrito administrativo de Campo Grande, o qual iniciou suas atividades no ano de 1998 atendendo a habitantes dos bairros Pedreira, Campo Grande e Cidade Ademar. Segundo dados de 2008, o hospital conta com 266 leitos, distribuídos conforme tabela I:

Tabela I - 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).

Este estudo faz parte de uma tese de doutorado, onde inicialmente foi realizado um estudo ecológico exploratório, onde foram analisadas as ICSAP que ocorreram no HGP

no período entre 2006 a 2008 totalizando. Como resultado verificou-se que houve uma redução destas internações considerando o ano de 2006 e 2008, tendo como principais grupos de diagnósticos de acordo com a CID 10: pneumonia bacteriana, hipertensão, gastroenterites infecciosas e complicações, doenças cerebrovasculares e diabetes melitus. A faixa etária que mais internou, considerando todos os anos estudados, foi de 65 anos e + seguida da faixa etária menor de 1 ano; com predominância do sexo feminino<sup>(11)</sup>.

Em seguida, continuando a elaboração da tese, foi realizado um segundo estudo, de validação, considerando apenas as internações que ocorreram no HGP no ano 2008, para verificar a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo (VPP), e valor preditivo negativo (VPN), do Sistema de Informação hospitalar (SIH/SUS) para o registro adequado de ICSAP. Como resultado verificou-se, uma sensibilidade de 81,90%, especificidade 95,20%, VPP 77,60% e VPN 96,30%<sup>(12)</sup>.

O terceiro estudo, objeto deste artigo, foi desenvolvido a partir do estudo de validação relatado anteriormente. Para tal foram selecionadas as ICSAP verdadeiras positivas (diagnóstico ICSAP no prontuário e na AIH), que aconteceram no HGP no ano de 2008. 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 atenção primária. 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<sup>(13)</sup>.

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.

Posteriormente, foram selecionadas as UBS para realização de entrevistas com profissionais e usuários que concordassem em participar da pesquisa. Os critérios adotados para a seleção das unidades básicas de saúde se deu em função daquelas que estavam localizadas na área de abrangência onde moravam a maioria dos usuários que foram internados no HGP em 2008, com diagnóstico ICSAP tanto no prontuário quanto na Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Neste sentido participaram do estudo três UBS.

Foram convidados a participar do estudo profissionais da APS, quais sejam, médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), responsáveis pela aplicação da política de APS, os quais realizam ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, entre outras, privilegiando assim os sujeitos sociais que detêm atributos que o investigador pretende conhecer. Além destes participaram usuários. O número de participantes foi determinado considerando o critério de saturação.

As entrevistas dos profissionais ocorreram na UBS, mediante agendamento prévio e dos usuários na residência dos mesmos, pela pesquisadora principal, estudante de doutorado à época, ambas em locais reservados para evitar interferências, com duração média de 20 minutos. Foram realizadas por meio de roteiro semiestruturado, composto por dois blocos de perguntas, sendo o primeiro bloco referente a variáveis sociodemográficas e o segundo bloco contemplando perguntas norteadoras permitindo ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática do estudo. Previamente foi realizado estudo piloto para testagem do instrumento, sendo necessário a realização de alguns ajustes previamente ao início da coleta dos dados (entrevistas).

Contemplou o roteiro para os profissionais as seguintes perguntas 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?

Para os usuários as questões norteadoras foram as seguintes: 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? Em sua maneira de ver havia meios para que o (a) senhor (a) fosse cuidado em casa a fim de evitar a internação?

As entrevistas foram gravadas e depois transcritas. Cada entrevista, foi codificada de acordo com a categoria profissional e características julgadas importantes para o delineamento do estudo. No caso dos profissionais foram adotadas as seguintes variáveis: nome da UBS; ocupação; sexo; idade e tempo de trabalho na equipe. No caso dos usuários: nome da UBS; ocupação; sexo; idade; escolaridade e estado civil.

A análise dos dados foi subsidiada pelo programa Alceste (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto), o qual permite quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas<sup>(14)</sup>.

A escolha da análise lexical nesse estudo justificou-se em função da mesma realizar, em presença de entrevistas abertas, agrupamentos de palavras afins e deletar palavras que apresentaram pouco interesse, até conseguir representar o sentido do texto<sup>(15)</sup>.

Este estudo 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); da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer n.º 144/10-CEP/SMS); e do HGP (registro CEP-HGP:01/1/P), acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram das entrevistas 26 profissionais da APS, envolvendo médico, médico responsável técnico, enfermeiro, enfermeiro responsável técnico, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Considerando as três unidades básicas, predominavam profissionais do sexo feminino, na faixa etária de  $\geq 27$  a  $< 47$  anos, com tempo de trabalho entre um a cinco anos.

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.

Dos sete usuários participantes do estudo, cinco eram do sexo feminino; a maioria era casado, sendo que quatro estavam na faixa etária  $\geq 27$  a  $< 47$  anos, duas na faixa

etária  $\geq 19$  a  $\leq 26$  anos e uma  $\geq 47$  anos. Três usuários trabalhavam como diaristas, um estava desempregado, um estava afastado do trabalho por motivo de doença e dois não trabalhavam. Predominou como nível de escolaridade o fundamental incompleto, sendo apenas uma pessoa com o nível médio completo, uma pessoa com nível fundamental completo e outra com nível médio incompleto.

Ao analisar o conjunto das falas dos profissionais apreendeu-se as categorias empíricas: acesso, processo de trabalho e razões para a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária, enquanto os usuários trataram, fundamentalmente, de questões relacionadas ao acesso.

### Acesso

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

O que caracteriza o discurso dos profissionais é que os serviços de APS 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:

*A unidade básica fornece medicação, médico para atender, exames onde pode ser encaminhado, tem o especialista, oferecemos tudo isso [...]. (médico)*

Muitas vezes se confunde 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 pode criar a falsa impressão de acesso das pessoas aos serviços de saúde. Portanto, enquanto cobertura populacional é um conceito de base coletiva, o acesso refere-se à garantia individual de realmente consumir os serviços de saúde e as ações de saúde produzidos de acordo com suas necessidades.

Para os usuários, contrariamente aos depoimentos dos profissionais, observa-se nos discursos, dificuldades 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)*

*[...] tenho dificuldade para andar, inclusive subir ladeira, essas coisas. Tenho dificuldade de ir na UBS [...]. (usuário)*

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:

*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). Mas a gente pede uma avaliação demora oito meses, nove meses. (médico)*

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. (usuário)*

Nos discursos dos usuários, fica clara a opção deles de ter o hospital ou o Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) como porta de entrada preferencial em detrimento às UBS. O entendimento de alguns é que a UBS é para realização de coisas simples, como pesar e vacinar:

*[...] tem vezes que eu procuro a UBS, procuro mais assim para pesar, para fazer alguma coisa, tem que fazer com eles, vacinação [...]. (usuário)*

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 ocorre 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 encaminha para o hospital. (enfermeira)*

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. Esta integralidade precisa ser trabalhada nas diversas dimensões, devendo ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multidisciplinar, 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<sup>(16)</sup>.

Revisão realizada sobre acesso e utilização de serviços de saúde<sup>(17)</sup> 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. Quanto à terminologia a acessibilidade é preferida pelos autores que a descrevem como uma característica da oferta de serviços de saúde ou do ajuste entre a oferta e a população, seja esta uma característica geral, seja restrita à acessibilidade geográfica. Entretanto, segundo esta revisão, ainda com relação à terminologia, prevalece a ideia de que acesso é uma dimensão do desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta.

A organização do sistema de saúde no município de SP, mais especificamente na microrregião de Cidade Ademar, de forma hierarquizada e piramidal, com conseqüente falta de integração entre os diversos pontos de atenção, pode ser um dos aspectos fundamentais 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.

Esse sistema de atenção à saúde, fragmentado e piramidal, hegemônico no Brasil, adotado pelo município de São Paulo, se caracteriza por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por conseqüência, são incapazes de prestar atenção contínua à população. Em contraposição, existem os sistema integrados de atenção à saúde, ou seja as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são aquelas organizadas por meio de uma rede integrada, poliárquica de pontos de atenção à saúde que prestam assistência contínua e integral a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção à saúde<sup>(18)</sup>.

Nessa concepção de redes de atenção o processo de integração da atenção primária com a atenção ambulatorial especializada é o que garante a continuidade da atenção do usuário portador de condições crônicas<sup>(19)</sup>. Vale ressaltar que várias condições crônicas fazem parte do elenco das ICSAP, a exemplo da hipertensão e diabetes.

Esta integração deve ser operacionalizada em vários momentos e com diferentes métodos, dentre os quais, podemos citar: o ambulatório de especialidade deve ter o cadastro de todas as unidades e equipes da APS dos municípios de sua área de abrangência; a equipe especializada deve conhecer, por nome, os profissionais generalistas das equipes de saúde da família; a vinculação entre os profissionais tende a crescer com o tempo e a se diversificar por meio da utilização de tecnologias como e-mail, chats de discussão, whatsapp, dentre outros<sup>(19)</sup>.

### Processo de trabalho na APS

Ao analisar os discursos, tanto dos profissionais quanto dos usuários, observou-se que o ACS desempenha papel 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:

*Ele pega esse caso do paciente passa para gente na reunião [...] (enfermeira)*

O ACS não é só responsável, 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 o ACS não demanda a equipe e esse acompanhamento não é realizado, pode haver interrupção do tratamento com agravamento do quadro ou até mesmo impossibilidade de diagnóstico precoce, prevenindo, em alguns casos, problemas mais sérios:

*[...] então tem um tempo, fiz quando me operei, estou esperando alguém marcar para mim fazer, que já passou do tempo. (usuário)*

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; não valorização da queixa do paciente; além de questões pessoais que podem estar envolvidas na sua relação com o usuário, considerando que este é morador daquela área.

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:

*[...] 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)*

Um estudo acerca da inversão do modelo technoassistencial 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<sup>(20)</sup>.

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 relato:

*[...] mas ele, como criança, era um bebê tinha que passar com a pediatra que informa tudo direitinho. Aí é mais enfermeira. (usuária)*

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<sup>(21)</sup>.

Para o enfrentamento destas questões, uma das iniciativas do Governo Federal foi a instituição do Programa Mais Médicos, por meio da Lei N. 12871 de 22 de outubro de 2013, que tem como objetivo atuar em três eixos, quais sejam: provimento emergencial para levar médicos para regiões onde há escassez ou ausência deste profissional; educação, com o objetivo de reestruturar a formação médica do país; e infraestrutura por meio de reforma e construção de novas unidades básicas de saúde<sup>(22)</sup>.

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[...] favorece muito a divisão de trabalho e também a forma como você vai planejar a sua assistência. (enfermeira)*

Estudo realizado 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<sup>(23)</sup>.

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<sup>(24)</sup>.

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<sup>(25)</sup>.

O depoimento abaixo ilustra bem essa questão trazida por alguns 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)*

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.

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, requer-se a destruição do núcleo duro de comportamentos estereotipados e estruturados, em geral presentes na memória instituída do trabalho morto<sup>(26)</sup>.

Um dos aspectos fundamentais para a abordagem aos usuários com condições crônicas, considerando que muitas destas fazem parte do elenco de ICSAP, dizem respeito a incorporação da estratégia do autocuidado apoiado no processo de trabalho das equipes objetivando preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada. Para tal se faz necessário, dentre outros aspectos, dar ênfase no papel central das pessoas usuárias no gerenciamento de sua própria saúde; uso de estratégias de apoio para o autocuidado que incluam a avaliação do estado de saúde, a fixação de metas a serem alcançadas, e a elaboração dos planos de cuidados<sup>(18)</sup>.

Os depoimentos dos profissionais relatam ainda que tudo o que pode ser feito pela APS 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)*

No presente estudo, verificou-se que o processo de trabalho das equipes se dá basicamente, de forma individualizada e fragmentada, 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. Visa a uma maior produtividade e rapidez e conta ainda com o agravante da ausência ou rotatividade do profissional médico na equipe. Dessa forma, pode contribuir para a ocorrência de ICSAP.

### **Razões para ocorrência das ICSAP**

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:

*[...] todo mundo está alfabetizado, todo mundo chegou até a oitava série. Sabe ler e escrever? Não vou saber te dizer se isso daí é um fator preponderante [...]. Acho que contribui para estas internações [...]. (médico)*

Estudo realizado utilizando ICSAP como indicador para avaliação da ESF revelou associação significativa entre baixa escolaridade e ICSAP<sup>(24)</sup>.

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.

*[...] idoso têm uma vulnerabilidade maior, acho que tem muito a questão fisiológica, de resposta imunológica [...]. (enfermeira)*

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.

*[...] 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 [...]. (agente comunitária)*

As condições de moradia foram outro fator importante na fala dos profissionais para a ocorrência das ICSAP:

*[...] as condições de habitação, animal, inseto, cachorro, gato, os ambientes são aglomerados, às vezes doenças transmissíveis, não favorece [...]. (médica)*

As questões emocionais e psicológicas também se constituem para os profissionais como fator importante para as ICSAP, conforme os relatos a seguir:

*[...] 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:

*[...] 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<sup>(27)</sup>.

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)*

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 intervenientes, paradoxo que resulta na sua redução à unicausalidade<sup>(28)</sup>.

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.

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<sup>(29)</sup>. 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:

*[...] 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)*

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, conseqüentemente, a busca das alternativas para solução.

O presente estudo leva-nos a pensar que, para intervir no processo de adoecimento e, conseqüentemente, 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<sup>(29)</sup>.

Quanto aos determinantes sociais vale ressaltar a importância da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada na sua versão inicial em 2006, tendo passado por revisões ao longo dos anos seguintes. Como temas prioritários para esta revisão foram elencados, dentre outros: a formação e educação permanente, alimentação saudável e adequada, promoção da mobilidade segura e sustentável, além da promoção da cultura de paz e de direitos humanos<sup>(30)</sup>. Estes temas vem ao encontro do que foi relatado nas falas tanto de profissionais quanto de usuários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar os aspectos que contribuem para a ocorrência das ICSAP na percepção dos profissionais e dos usuários. A organização do sistema de saúde no município de SP, mais especificamente na microrregião de Cidade Ademar, de forma hierarquizada e piramidal, com conseqüente falta de integração entre os diversos pontos de atenção é um dos aspectos fundamentais 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.

Por outro lado este estudo revela que a Lista Brasileira serve apenas, parcialmente, para avaliar a APS, pois de fato ela se mostra melhor para avaliar a rede de atenção à saúde.

Como limitação deste estudo pode-se citar o longo tempo que transcorreu entre a internação e a realização da entrevista, além do tempo transcorrido entre a coleta dos dados e a elaboração do presente artigo.

De todo modo os resultados deste estudo podem contribuir para as discussões atuais porque a conjuntura social, econômica e de organização do sistema de saúde, não sofreu alteração importante nos últimos anos, em que pese o movimento em busca da implantação de redes de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, vol. 15, n.5, p. 2297-2305, 2010.
2. 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 2010; Seção 1:89.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A atenção primária e as redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2015.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil; 2004
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma de 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
6. 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.
7. 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
8. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Diagnóstico sintético da saúde na cidade de São Paulo. São Paulo; 2011. [citado 2011 ago 20]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arqui\\_vos/publicacoes/DiagnosticoSinteticoSaudeCidadeSaoPaulo.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arqui_vos/publicacoes/DiagnosticoSinteticoSaudeCidadeSaoPaulo.pdf)
9. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. AMA especialidades: diretrizes técnicas. São Paulo; 2009. [citado 2011 maio 17]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA\\_especialidades.pdf](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf)

10. São Paulo (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. [homepage na Internet]. São Paulo; 2011. [citado 2011 jul 13]. Disponível em: [http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao\\_basica/esf/index.php?p=17783](http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/esf/index.php?p=17783).
11. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry, EY. Internações por Condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. *Rev Texto e contexto de Enfermagem*, jul-set 2012, 21(3).
12. Rehem TCMSBR, Oliveira MRF, Ciosak SI, Egry EY. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. *Rev. Latino Am. Enfermagem*. 2013;21(5).
13. 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>.
14. 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.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007
16. 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
17. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:S190-198.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-2305.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Inovação na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília, DF: CONASS, 2016. 11p.
20. 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).
21. 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.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745 de 9 de dezembro de 1993 e nº 6.932 de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 out.
23. 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.
24. 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).
25. 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.
26. 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.
27. São Paulo (Município). Secretaria 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: [www.prefeitura.sp.gov.br](http://www.prefeitura.sp.gov.br).
28. Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2000;34(1):9-15.
29. 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.
30. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MM, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1683-94.

**Endereço para correspondência:**

Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem  
Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília  
Centro Metropolitano, Conjunto A, Lote 01  
CEP: 72220-275 - Ceilândia - DF - Brasil  
E-mail: [tania.rehem@gmail.com](mailto:tania.rehem@gmail.com)