

Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE UTILIZANDO O INDICADOR
DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA
(ICSAP) NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E SEUS ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS**

JUIZ DE FORA

2017

Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE UTILIZANDO O INDICADOR
DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA
(ICSAP) NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E SEUS ITINERÁRIOS
TERAPÊUTICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, Gestão e Avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Girlene Alves da Silva.

JUIZ DE FORA

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Lomeu, Ana Cláudia de Faria Alves.

Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na perspectiva dos usuários e seus Itinerários Terapêuticos / Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu. -- 2017.

158 f. : il.

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação dos Serviços de Saúde. 3. Internações por Condições sensíveis à Atenção primária. 4. Itinerários Terapêuticos. I. Silva, Girlene Alves da , orient. II. Título.

ANA CLÁUDIA DE FARIA ALVES LOMEU

“AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE UTILIZANDO O INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP) NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS E SEUS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS”.

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título do Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____/____/____

Girlene Alves da Silva – UFJF

Estela Márcia Saraiva Campos – UFJF

Débora Carvalho Ferreira - UFV

*Dedico ao meu mais verdadeiro amor que me
acompanhou desde o início desta jornada: MEU FILHO
AMADO DAVI!*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu Deus que não deixou que eu desistisse diante de tantas dificuldades encontradas no caminho árduo que percorri até aqui. Somente Ele para me sustentar todos os dias e me dar forças em todos os momentos que precisei.

Ao meu filho Davi que desde sua criação em meu ventre soube o quê a mamãe estava buscando e que seria difícil, assim como foi, mas que hoje, já uma criança linda, entende de alguma maneira que foi necessário todo sacrifício! Tudo será recompensado neste momento de felicidade. Obrigada filho!

Ao meu esposo Daniel por toda a paciência, muita paciência! Obrigada por ser além de pai, a mãe do Davi em muitos momentos, e por ter sido um companheiro maravilhoso em toda esta caminhada, sempre me estimulando, mesmo nos momentos mais difíceis, sempre estive do meu lado! Obrigada meu amor!

Obrigada à minha mãe, que sempre era a mais desesperada e preocupada com tudo acerca do meu mestrado! Obrigada por ser a melhor vovó e babá do Davi, e minha ajudante nas tarefas que tive que me afastar da minha casa! E acima de tudo obrigada por ser um exemplo desde sempre do gosto em estudar!

Obrigada ao meu pai, sempre presente! Além de um super pai, um super vovô que também cuidou e assumiu meu filho em muitos momentos que precisei! Hoje posso dizer que realmente cumpriu o que prometeu em me ajudar neste caminho longo que percorri. E a sua esposa Dulcemar por ter sido tão compreensiva com a ausência de meu pai nos momentos que ele estava me ajudando.

Obrigada a meu irmão Bruno e minha cunhada-irmã Alyne que foram incentivadores desde o início e com seu amor e afeto sempre me deram forças para continuar, além é claro de serem meus motoristas sem precedentes!

Obrigada à minha sogra Ângela e meu sogro Francisco por todo o apoio e principalmente por terem cuidado intermináveis vezes do seu netinho querido! Nunca me esquecerei de toda ajuda, serei eternamente grata por tudo!

A minha cunhada Alice por ter me apoiado sempre, por ter participado de minha banca de qualificação e por ter feito meu resumo em inglês! A minha cunhada Monique, obrigada! Mesmo distante sei que torceu muito por esta minha conquista!

A meu avô Waldir que mesmo com seu jeito calado sempre me apoiou e torceu muito por meu sucesso! Obrigada vó, sei que o senhor se orgulha muito de mim!

A minha tia Rô que também foi babá do Davi algumas vezes, e sei que é uma fã incondicional do meu estudo e dedicação! Obrigada por todo carinho e afeto e pelas palavras de incentivo.

Faço um agradecimento especial aos meus primos Anderson e Mirela que foram muito gentis e em um momento delicado que precisava de motorista para me guiar, me levaram e me ajudaram a não parar! Sou muito grata a vocês! Obrigada!

As minhas primas Brenda e Marina que me emprestaram um “cantinho” no seu apartamento para que pudesse ficar durante o período das aulas! Muito obrigada pela ajuda e compreensão de vocês!

Aos meus colegas de turma, que sempre foram muito gentis comigo, devido a minha barriga “avantajada”, sempre me ajudando naquilo que eu precisava. Em especial agradeço às colegas que estive mais próxima: Fabiana e Angélica! A Angélica um agradecimento especial, pois você me alertou para um novo rumo em meu estudo, muito obrigada por sua contribuição!

A todos os professores, cada um com sua peculiaridade, puderam aumentar meus conhecimentos de maneira inexplicável! Sempre saía das aulas muito satisfeita e agradecida por ter tido a oportunidade de estar ali aprendendo muito sobre o “SUS” que tanto defendo!

A todos os funcionários do Nates, em especial Elisângela, Patrícia e Anderson! Obrigada por toda ajuda!

A minha eterna professora Paloma Rodrigues Salazar por ter sido a primeira pessoa a me dizer que seria capaz de conseguir, aquilo que era um sonho pra mim! Obrigada por me incentivar e por acreditar no meu potencial! Devo muito da minha formação que tenho hoje a você!

A minha orientadora Girlene por ter sido tão compreensiva de tantas formas e em todos os momentos de minha caminhada! Obrigada por me guiar e me ensinar o que precisava, conhecimentos que levarei para o resto de minha vida!

A todos os meus familiares e amigos que direta ou indiretamente me ajudaram com suas palavras de incentivo, orações e carinho! Obrigada a todos!

Agradeço aos participantes da pesquisa, os usuários da nossa saúde, que com suas vivências puderam construir este trabalho junto a mim! Sem vocês o trabalho não existiria.

E por último quero fazer um agradecimento à alguém que verá minha vitória de um ângulo diferente, lá do céu: minha vizinha Noquinha querida! A senhora sempre me incentivou e tenho certeza de que onde está, estará vibrando por esta grande conquista da sua neta que te ama muito!

*“Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo
para a vitória é o desejo de vencer”*

Mahatma Gandhi

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) configura-se como uma das formas mais abrangentes dos serviços de saúde, contemplando a assistência à população por meio de ações de prevenção e promoção da saúde assim como através de cuidados às doenças crônicas mais prevalentes na população; sendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) sua forma de atuação mais próxima da realidade dos usuários. Diante da relevância da APS no cenário de saúde pública atualmente, se fazem presentes muitos estudos que objetivam avaliá-la, sendo abordada neste estudo a avaliação da APS através do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). As ICSAP podem ser definidas como internações por doenças preveníveis através de uma APS eficaz e resolutiva, e os números elevados de ICSAP trazem à tona significados relacionados a problemas pertinentes à APS e como os usuários as vivenciam. Esta vivência dos usuários pelos serviços de APS, abordando as ICSAP torna-se possível através da análise dos caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidados de saúde: os Itinerários Terapêuticos (IT). Diante disto, optou-se por construir um trabalho de pesquisa qualitativa com os objetivos de avaliar a APS baseado no indicador de ICSAP sob a perspectiva do usuário tendo como base os itinerários terapêuticos por eles vivenciados; conhecer os IT percorridos pelos usuários e discutir os fatores relacionados às internações. O cenário do estudo foi o município de Cataguases, Minas Gerais, contemplando trinta participantes que sofreram hospitalizações por CSAP. A partir das histórias ouvidas durante as entrevistas e analisadas através da Análise de Conteúdo de Bardin permitiu-se extrair as seguintes categorias de análise: caracterização dos participantes; a APS na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde; os aspectos relacionados ao processo de internação e a análise da APS embasada nos IT percorridos pelos usuários dos serviços de saúde. Os resultados apontaram que a maioria dos participantes se internou por doenças cerebrovasculares (23,3%). Os usuários relataram algumas dificuldades de acesso, bem como nos serviços de referência a consultas especializadas e aporte de exames. Em relação aos aspectos relacionados ao processo de internação observou-se que os usuários mantinham hábitos de vida não saudáveis como tabagismo, e não possuíam conhecimento e adesão às atividades de prevenção e promoção da saúde desenvolvidas pelas ESF do município. Ao analisar intimamente os IT foi possível compreender que os usuários recorrem em sua maioria ao Pronto Socorro (PS) como principal porta de entrada, sendo este fator significativo para repensarmos as políticas voltadas ao entendimento dos usuários acerca da diferenciação da assistência à saúde, bem como de melhorias empregadas na APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Itinerários Terapêuticos.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) is one of most embracing ways of the health service, contemplating the assistance to population by prevention actions and promotion of health as well as care to the most prevalent chronic diseases in the population; being the Family Health Strategy (FHS) the closest form from user's reality. Given the relevance of PHC in the public health scenario nowadays, there are many studies that aim to evaluate it, being approached in this study the evaluation of PHC through the indicator of Hospitalization Primary Care Sensitivity (HPCS). The HPCS can be defined as the Hospitalizations for preventive diseases through effective and resolute PHC, and the high numbers of HPCS brings up meanings related to relevant issues to PHC and how users experience it. The users experience by PHC services, approaching HPCS becomes possible through the analysis of the paths covered by the users searching for health care: the Therapeutic Itineraries (TI). In light of this, it was decided to do a qualitative research paper work aiming the evaluation of the PHC basing at the HPCS indicator under user's perspective grounded on the therapeutic itineraries they experienced; knowing the TI covered by users and discuss the related factors to hospitalizations. The case scenario was the city of Cataguases, Minas Gerais, embracing thirty participants who had been hospitalized for HPCS. From the stories heard during the interviews and analysed through the Bardin Content Analysis was allow to extract the follow analysis categories: participants characterizations, the PHC under user's perspective; aspects related to the admissions process and PHC analysis based on the TI covered by users. The results indicate that the majority of participants were hospitalized for cerebrovascular diseases (23,3%). Users reported some access difficulties, as well as reference services to specialized consultations and exams fee. Regarding the aspects related to the admissions process, it was observed that the users maintained unhealthy lifestyle habits like smoking, and did not have knowledge and adherence to the prevention and health promotion activities developed by the city's FHS. By analysing TI closely, it was possible to understand that users mostly use the First-Aid Post as the main gateway, being this a significant factor to rethinking the policies aimed the user's understanding about the differentiation of health care, as well as improvements made in PHC.

Key words: Primary Health Care. Evaluation of Health Care. Hospitalization Primary Care Sensitivity. Therapeutic Itineraries.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Quadro com a lista de doenças que contemplam as ICSAP no Brasil..	41
Ilustração 2: Mapa de Cataguases.....	50
Ilustração 3: Quadro com a relação de participantes por ESF.....	52
Ilustração 4: Gráfico de gênero dos participantes.....	57
Ilustração 5: Gráfico com nível de escolaridade dos participantes.....	58
Ilustração 6: Gráfico com idade dos participantes.....	58
Ilustração 7: Gráfico com tempo de vínculo com a ESF.....	59
Ilustração 8: Gráfico com motivo da internação dos participantes.....	60
Ilustração 9: Gráfico com tempo em dias da internação dos participantes.....	61
Ilustração 10: Fluxograma do IT 1.....	90
Ilustração 11: Fluxograma do IT 2.....	92
Ilustração 12: Fluxograma do IT 3.....	94
Ilustração 13: Fluxograma do IT 4.....	95
Ilustração 14: Fluxograma do IT 5.....	97
Ilustração 15: Fluxograma do IT 6.....	98
Ilustração 16: Fluxograma do IT 7.....	99
Ilustração 17: Fluxograma do IT 8.....	100
Ilustração 18: Fluxograma do IT 9.....	102
Ilustração 19: Fluxograma do IT 10.....	104
Ilustração 20: Fluxograma do IT 11.....	105
Ilustração 21: Fluxograma do IT 12.....	106
Ilustração 22: Fluxograma do IT 13.....	107
Ilustração 23: Fluxograma do IT 14.....	108

Ilustração 24: Fluxograma do IT 15.....	109
Ilustração 25: Fluxograma do IT 16.....	110
Ilustração 26: Fluxograma do IT 17.....	112
Ilustração 27: Fluxograma do IT 18.....	114
Ilustração 28: Fluxograma do IT 19.....	116
Ilustração 29: Fluxograma do IT 20.....	117
Ilustração 30: Fluxograma do IT 21.....	118
Ilustração 31: Fluxograma do IT 22.....	119
Ilustração 32: Fluxograma do IT 23.....	120
Ilustração 33: Fluxograma do IT 24.....	121
Ilustração 34: Fluxograma do IT 25.....	122
Ilustração 35: Fluxograma do IT 26.....	123
Ilustração 36: Fluxograma do IT 27.....	124
Ilustração 37: Fluxograma do IT 28.....	126
Ilustração 38: Fluxograma do IT 29.....	127
Ilustração 39: Fluxograma do IT 30.....	129
Ilustração 40: Gráfico de porta de entrada nos serviços de saúde.....	131
Ilustração 41: Quadro síntese das principais características apontadas pelos participantes nos IT percorridos.....	134

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

ACSC - Ambulatory Care Sensitive Conditions

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas

CAPS I - Centro de Atenção Psicossocial I

CEO - Centro Especializado Odontológico

CEP - Comitê de Ética e Pesquisa

CID 10 - Classificação Internacional de doenças

CISUM – Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

DAB - Departamento de Atenção Básica

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IRC – Insuficiência Renal Crônica

IT - Itinerários Terapêuticos

ITU – Infecção do Trato Urinário

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NATES – Núcleo de Assessoria, Treinamentos e Estudos em Saúde

NOB 96 – Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCA Tool – Primary Care Assessment Tool

PCPC - Primary Care Policy Center

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PROESF - Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família

PS – Pronto Socorro

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMU - Unidade Móvel de nível Pré-Hospitalar Urgência/Emergência

SBMFC - Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade

SEMAE - Serviço Municipal de Atendimento Especializado

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SIH-SUS - Sistema de Informações de Hospitalizações do SUS

SUS - Sistema Único de Saúde

UFJF - Universidade Federal de Juiz de Fora

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	15
2- REVISÃO DE LITERATURA	21
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	21
2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	28
2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	34
2.4 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP).....	39
2.5 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....	46
3. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	49
3.1 O MÉTODO.....	49
3.2 CENÁRIO.....	50
3.3 PARTICIPANTES.....	51
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS.....	53
3.6 ANÁLISE DE DADOS.....	54
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	56
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	56
4.2 A APS NA VISÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	62
4.2.1 Avaliando a assistência prestada	62
4.2.2 Como os usuários entendem e vivenciam a APS	70
4.3 OS ASPECTOS QUE INFLUENCIARAM NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	78
4.3.1 Inerentes à atuação da APS: orientações prévias e atividades de prevenção e promoção à saúde	78
4.3.2 Inerentes à história de vida dos participantes	84
4.4 ANALISANDO A APS ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: OS CAMINHOS DE CADA USUÁRIO ATÉ A SUA INTERNAÇÃO.....	89
4.4.1 Os caminhos de cada usuário até a sua internação	89
4.4.2 Tecendo análises sobre a APS baseada nos caminhos percorridos pelos usuários	130
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA	149
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO	151
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	153
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	154

1. INTRODUÇÃO

Na atualidade do cenário de saúde brasileira, a Atenção Primária à Saúde (APS) vem sendo considerada como prioridade no Sistema Único de Saúde (SUS), com especial atenção às unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF); no sentido de promover o fortalecimento da atenção básica. A modalidade de APS é sustentada pelos ideais da promoção à saúde, e encontram-se ratificadas nos pilares do Pacto pela Saúde, publicado no ano de 2006 (BRASIL, 2006a).

Para Starfield (2002) se faz urgente trazer à tona a temática de APS, haja vista a necessidade de fortalecê-la diante de seu papel no escopo dos serviços de saúde, devido às crescentes ameaças à qualidade da atenção, assim como nas disparidades sociais que afastam a população destes serviços. A atenção primária seria uma forma de melhorar a efetividade e equidade dos serviços de saúde.

Historicamente, o modelo de APS começou a ganhar destaque mundial, surgindo como um novo paradigma nos campos de atuação em saúde com a Declaração de Alma-Ata em 1978, e foi se consolidando nos anos subseqüentes através da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde em 1986 (WHO, 1978).

Aleixo (2002) salienta que na declaração de Alma-Ata, a APS (ou cuidados primários, ou cuidados básicos de saúde) deveria compor-se de algumas atividades ou ações básicas de saúde, tais como: educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção da doença; atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate às enfermidades endêmicas locais; tratamento das doenças e traumatismos comuns e a provisão dos medicamentos essenciais.

O compartilhamento das vivências e experiências da população com os serviços de saúde, com diferencial destaque para as atividades desempenhadas pelos serviços de APS, teve um grande destaque a partir da incorporação do Programa Saúde da Família (PSF) no ano de 1994. O PSF tinha como objetivo primordial a reorientação dos modelos assistenciais de saúde, pautados nos princípios e diretrizes norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), porém, com um objeto diferenciado, sendo a família o eixo central da assistência, assim como as relações da mesma com o ambiente em que vive (BRASIL, 1997).

Para Aleixo (2002), o PSF traduz-se em um primeiro contato da população com a assistência à saúde, oferecendo portanto, um grande potencial de acessibilidade e resolubilidade, ampliando o leque de atuação das unidades de saúde.

O autor acima citado afirma ainda que o PSF configura-se como uma estratégia de reorganização da atenção básica, aglutinando, otimizando e articulando todos os programas e ações pertinentes à APS.

Embora tenha sido rotulado por suas características peculiares de assistência, este modelo de atuação desvincula-se dos demais modelos concebidos pelo Ministério da Saúde, devido ao fato de não orientar-se por intervenções verticais e paralelas às atividades dos serviços de saúde. Tem sua atuação marcada por uma forma estratégica de possibilitar a integração e a organização das atividades dentro de um território definido, com os objetivos de promover o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997).

Starfield (2002) faz uma importante consideração no sentido de reflexão sobre o atual papel da APS brasileira; pois afirma que ela vem sendo considerada como um aspecto crítico dos modelos de saúde vigentes, sofrendo de uma falta de apreciação de suas características e contribuições, sendo que as suas funções e atividades sofrem de constante banalização nos setores de saúde, relacionado a fatores econômicos, no sentido de economizar em saúde. Mas apesar desta reflexão que considera distorcida, a autora salienta que uma APS forte é essencial para um sistema de saúde consolidado.

Para os usuários dos serviços de saúde de forma em geral, é essencial que estes serviços sejam oferecidos com qualidade, sendo que este termo em especial, traduz-se na obtenção dos benefícios esperados de acordo com as demandas apresentadas, assim como as expectativas e necessidades de saúde (CAMPOS, 2005).

O autor ratifica ainda que a avaliação da APS deve priorizar a avaliação de critérios que estejam relacionados à estrutura e aos processos; e os resultados provenientes desta avaliação permitem o julgamento sobre o nível de qualidade que se alcançou, os problemas e falhas encontrados, e com isso, trazendo à tona a necessidade da busca constante de estratégias para a sua correção e melhorias.

A avaliação dos serviços de saúde, e em especial dos serviços de APS tem na atualidade um reconhecimento evidenciada na existência de múltiplas iniciativas

que vão de encontro à sua implementação nas diversas dimensões do SUS, como um componente da gestão em saúde. O processo de avaliação tem como premissa fundamental dar suporte aos processos decisórios no que se refere aos sistemas de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliando também a incorporação de novas práticas sanitárias no cotidiano dos profissionais assim como mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas referentes ao estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Neste contexto de melhorias da APS, pode-se inferir que a maior capacidade de atuação destes serviços deveria implicar em uma acentuada diminuição das internações hospitalares, haja visto que as expectativas empregadas na APS tem levado a crescentes responsabilidades desta modalidade de assistência à saúde, sendo a APS considerada a alternativa mais efetiva e de custo mais razoável para redução dos atendimentos hospitalares (RODRIGUES-BASTOS et al, 2014).

Para Ceccon, Meneghel e Viecili (2014) as políticas públicas voltadas para a APS nos estados brasileiros nos últimos anos, quando empregadas de maneira atuante, conseguem reduzir consideravelmente o número de internações decorrentes de agravos preveníveis.

Nesta temática de internações evitáveis pelo papel desempenhado pela APS, surge a terminologia de condições sensíveis à atenção básica, primeiramente utilizada por John Billings em 1990, caracterizando-a como toda e qualquer condição na qual as internações poderiam ser evitadas se os serviços de atenção básica fossem acessíveis à população e apresentassem resultados efetivos (STARFIELD, 2002).

As condições sensíveis à APS surgem neste panorama de avaliação das formas de atenção à saúde, no sentido de reforçar a qualidade na prestação dos serviços ofertados. Devido à relevância deste assunto foi elaborada pelo Ministério da Saúde a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, que define a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e ainda ratifica que a mesma deverá ser utilizada como um instrumento de avaliação, com o intuito de avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008).

Para Elias e Magajewski (2008) as ICSAP ganham magnitude, pois revelam a qualidade da atenção prestada assim como as linhas de cuidados oferecidas à

população, avaliando elementos estruturais e relativos a processos das unidades de saúde e equipes de saúde associadas com essa atenção.

Ceccon, Meneghel e Viecili (2014) ratificam ainda que uma baixa cobertura de APS (com ênfase nas unidades de ESF) acarreta reduzido acesso aos serviços de saúde, e conseqüentemente diminui as potencialidades das ações de promoção e prevenção, que repercutem diretamente no aumento das ICSAP. A hospitalização seria a representação do desfecho de itinerários onde não ocorreram a resolução dos problemas de saúde ao nível de APS.

Starfield (2002) enfatiza a questão das “portas de entrada” na ideia dos itinerários terapêuticos (IT), afirmando que esta porta de entrada seja de fácil acesso e inerente à organização dos serviços de saúde por níveis de atenção, seja ela primária, secundária ou terciária, sendo claramente denominada como primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde; e esclarece ainda que a ausência de um ponto de entrada facilmente acessível faz com que a atenção adequada possa não ser obtida ou seja adiada, acarretando muitos danos ao usuário, assim como gastos adicionais ao sistema.

Há que se ressaltar que a lista de ICSAP pode e deve ser utilizada não somente para avaliação dos serviços prestados condizentes com a APS, mas também no que se refere à assistência hospitalar, haja vista que são avaliadas as internações hospitalares. As doenças elencadas na lista brasileira de ICSAP são agrupadas por causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão de Classificação Internacional de doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

Para elaboração da lista, foram realizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) oficinas durante o ano 2005, no qual após validações feitas pela Sociedade Brasileira de Medicina da Família e Comunidade (SBMFC) foi descrita a lista de ICSAP. Constituem a lista de doenças classificadas em grupos a saber: Doenças Imunizáveis; Condições Evitáveis; Gastroenterites infecciosas e complicações; Anemia, Deficiências nutricionais; Infecções de ouvido, nariz e garganta; Pneumonias bacterianas; Asma; Doenças das vias aéreas inferiores; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Angina pectoris; Insuficiência cardíaca; Doenças cérebro-vasculares; Diabetes Mellitus; Epilepsias; Infecções do rim e trato urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal; Doenças relacionadas ao Pré-natal e Parto (ALFRADIQUE et al, 2009).

Neste contexto a justificativa da elaboração deste trabalho advém da motivação embasada em experiências por mim vivenciadas em APS desde os primeiros anos de minha formação acadêmica em Enfermagem, e foram se intensificando com o passar dos anos e de acordo com o percurso profissional ao qual trilhei. Em todos os meus vínculos profissionais a APS estava presente até mesmo na área de ensino, no qual fui preceptora de estágio em unidades de ESF.

O cuidar em APS para mim, como defensora do modelo, possibilita um olhar diferenciado sobre o usuário, pois permite conhecê-lo e tomá-lo como membro de uma grande família assistencial que se importa, questiona, corrige e aconselha em todos os momentos da vivência de seu intermitente processo de saúde e adoecimento.

A APS foi se desenhando em meu cotidiano de prática profissional como um verdadeiro símbolo, tradução de um modelo que deveria ser seguido e que fosse de grande alcance e resolutividade para a população, condizente com os princípios doutrinários do SUS, tais como a Universalidade, Integralidade e Equidade.

Porém na rotina dos serviços, a inquietude se fazia presente quando estes princípios doutrinários não eram levados em consideração, trazendo à tona os grandes entraves para a atuação de uma APS de qualidade.

Há desta forma, o desejo em querer contribuir com os serviços que abrangem o universo da APS e que se fazem valer como “porta de entrada” em nosso sistema de saúde, para que seja resolutivo e que garanta a assistência aos usuários que dele necessitam, independentemente de qualquer obstáculo estrutural ou organizacional que possa surgir em meio à esta assistência. O fato é que em muitos momentos, minhas vivências me conduziram à respostas que não eram a realidade daquilo que eu estava presenciando, promovendo uma inquietação que originou o “pensar” deste estudo, no qual busco compreender melhor, através de uma avaliação mais próxima dos usuários em qual momento a APS deixou de ser resolutiva.

O foco sendo nas respostas dos usuários, haverá uma possibilidade de compreensão da avaliação da APS além de meu horizonte, no qual consigo enxergar sob a ótica de profissional que tem o conhecimento de cunho técnico e científico, porém não o possuo quanto receptor da assistência.

Diante das observações de caráter epidemiológico das ICSAP, e das indagações acerca da minha vivência profissional, tentando direcionar melhor em um contexto epidemiológico condizente com a realidade vivenciada em nosso país,

o trabalho abordará as doenças que apresentam-se mais prevalentes no Brasil e em Minas Gerais tais como: Insuficiência Cardíaca, Angina Pectoris, Doenças Cerebrovasculares, Gastroenterites, Asma, Pneumonias Bacterianas e Infecções do Trato Urinário (ITU). Além do fator de prevalência epidemiológica, o que buscou-se avaliar na escolha e delimitação das doenças, foi o fato do grande aporte de atendimentos prestados pelos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus, fator este crucial, que determina a inclusão da avaliação destas doenças no estudo.

Este cotidiano me levou a elaborar as seguintes questões norteadoras: Quais e de que maneira são empregadas as formas de avaliação da APS? Como acontecem as abordagens aos usuários da APS? A APS funciona como uma porta de entrada eficaz e resolutive? Como se dão os processos de itinerários terapêuticos dos usuários de APS? Quais as lacunas/motivos que levam os usuários de APS a se internarem por CSAP?

Diante da exposição acerca da temática de avaliação da APS através do instrumento de ICSAP embutida no cenário dos IT, evidenciou-se **o objeto** deste trabalho como sendo **Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o indicador de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde através dos itinerários terapêuticos por eles percorridos.**

Objetivo Geral

- Avaliar a APS baseado no indicador de ICSAP sob a perspectiva do usuário tendo como base os IT por eles vivenciados.

Objetivos Específicos

- Conhecer os IT dos usuários internados por condições sensíveis à APS;
- Discutir os fatores relacionados ao processo de internação destes usuários no contexto dos atendimentos da APS.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define que a APS é a assistência sanitária essencial e acessível por todos os indivíduos e por todas as famílias de uma comunidade com plena participação e a um custo acessível para as mesmas. Este núcleo de sistema de saúde forma a parte integral do desenvolvimento socioeconômico geral da população de um país (WHO, 2015).

A APS configura-se como o nível de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e/ou problemas, fornecendo atenção sobre o paciente, não condicionada para a enfermidade, no decorrer do tempo, sendo capaz de fornecer atenção para todas as condições, com exceção às muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

O termo APS tem adquirido historicamente diversas finalidades, interpretações e concepções, assumindo papéis diferenciados no que se refere à proteção social e nos sistemas nacionais de saúde, sendo que os assuntos que permeiam o universo da APS ocupam cada vez mais espaço nos debates sobre as políticas de saúde (SILVEIRA, MACHADO E MATTA, 2015).

A Constituição Federal de 1988 e a criação das Leis Orgânicas de Saúde, 8.080/90 e 8.142/90 promoveram significativas transformações na Política Nacional de Saúde, principalmente no que se refere à expansão da APS. Neste cenário, destaca-se a implementação da descentralização da gestão do SUS, o que impulsionou forte municipalização do sistema, favorecendo a ampliação da atenção primária, lançando-se como agente solucionador diante do princípio fundamental e constitucional da universalidade do acesso. A APS busca essencialmente a longitudinalidade do cuidado, a partir da compreensão das necessidades de saúde das populações, através da responsabilidade sanitária ressaltada em determinada área de abrangência (FERNANDES JÚNIOR, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ressalta em síntese a função essencial dos serviços de APS ao afirmar que:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a

principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A APS pode ser diferenciada da atenção secundária que caracteriza-se por consultas de curta duração e da atenção terciária que lida com a enfermidade a longo prazo, no sentido de lidar com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e lares nos quais os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos (STARFIELD, 2002).

Ainda segundo o autor, a APS compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde tais como a responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, tratamento e à reabilitação e o trabalho em equipe.

O PNAB aponta como características da APS: ser um conjunto de ações de saúde, seja individual ou coletiva, que inclua a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde cujo objetivo seja o desenvolvimento de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

As ações básicas de saúde desempenhadas pela APS podem ser descritas tais como: educação para a saúde e sobre os métodos de prevenção de doença; atendimento dos problemas relacionados à alimentação, abastecimento de água e saneamento básico; imunização; combate às enfermidades locais endêmicas; tratamento de doenças e traumatismos comuns e provisão de medicamentos essenciais (ALEIXO, 2002).

O PNAB salienta que a APS deva ser desenvolvida através do exercício de práticas de cuidado e gestão, participativas e democráticas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade e pluralidade existentes no território em que vivem essas populações. Utiliza-se ainda de tecnologias de cuidado complexas e variadas que auxiliam no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e importância em seu território, observando critérios de

risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012).

Este tipo de sistema de saúde possui uma abordagem que tem como característica formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde; exercendo o seu papel direcionando-se aos problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar de sua população. Ela integra a atenção quando existem diversos problemas de saúde ao lidar com o contexto no qual a doença se faz presente e ao influenciar a reação das pessoas a seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Historicamente, a APS é embasada por fatos históricos relevantes que foram emoldurando a sua ascensão nos cenários de saúde coletiva de todo o mundo. Em 1920, Winslow, pela primeira vez, definiu saúde coletiva e relacionou a promoção da saúde a condições de vida do indivíduo. A história registra uma seqüência encadeada de acontecimentos internacionais e nacionais discursivos, documentais e intencionais sobre Promoção em Saúde; sendo em 1974, o termo promoção da saúde colocado no contexto de planejamento estratégico no Informe de Lalonde. Este documento exhibe quatro determinantes de saúde, sendo eles: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, que passaram a ser os pilares para o trabalho epidemiológico das doenças crônicas não transmissíveis (OLINDA E SILVA, 2007 *apud* WINSLOW, 1920).

Em seqüência, a Declaração de Alma-Ata, documento ímpar para o fortalecimento da APS, expressa que a mesma é a chave para que as pessoas possam ter um nível de saúde que lhes permitam manter o desenvolvimento econômico e social, assim como uma melhor qualidade de vida para população, e no sentido mais amplificado, a promoção da paz no mundo (WHO, 1978).

Em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, promovida pela OMS, estabelecia a seguinte meta: “Saúde para todos no ano 2000”, sendo que para atingir tal meta buscava-se o desenvolvimento de uma APS bem implementada no setor saúde (ALEIXO, 2002).

No próprio texto síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, a APS é definida como uma atenção sanitária essencial, baseada na prática, na evidência científica, e na metodologia e a tecnologia socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente aos indivíduos e famílias das

comunidades através de ampla participação, a um custo que as comunidades e o país podem suportar, com o intuito de manter um nível de desenvolvimento, um espírito de auto dependência e auto determinação (WHO, 1978).

A Declaração de Alma-Ata faz importantes considerações em relação aos cuidados primários de saúde, ao compará-los a uma chave que permitirá que as pessoas atinjam um nível de saúde que possa permitir que elas tenham uma vida social e economicamente produtiva, sendo que estes cuidados primários representam o primeiro nível de contato da comunidade com o sistema nacional de saúde, proporcionando a proteção, prevenção, cura e reabilitação. Ratifica que a saúde é um direito humano fundamental, e que a busca pelo mais alto nível possível de saúde deve ser considerada a meta social mais importante do mundo (BRASIL, 2002).

Mendes (2012) aborda pontos importantes para a APS ressaltados na Declaração Alma-Ata tais como: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares e essencialmente aponta para a saúde como expressão de direito humano.

Após 1978, alguns anos mais tarde ocorreu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, que teve como destaque especial a estratégia de APS, através da promulgação da Carta de Ottawa. Nesta conferência foram destacados alguns compromissos essenciais: atuação no campo das políticas públicas saudáveis, a favor de um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores; ação contra a produção de produtos prejudiciais à saúde, bem como a degradação de recursos naturais, condições ambientais e de vida não-saudáveis e má nutrição; atuação pela diminuição das desigualdades de condições de saúde entre as diferentes sociedades e grupos sociais; reconhecimento das pessoas como atores principais para seus recursos de saúde, apoiando-as e capacitando-as para que permaneçam saudáveis; reorientação dos serviços de saúde e dos recursos disponíveis para a promoção da saúde; reconhecimento por parte do governo da saúde como maior desafio e principal investimento; e por fim, a Conferência conclamou a todos que se interessassem pelo tema que reunissem esforços em prol

de um compromisso por uma forte aliança em torno da saúde pública (BRASIL, 2002).

Décadas mais tarde, a OMS realizou profundas avaliações no contexto da saúde em atenção básica na década de 1990, com o objetivo de se avaliar quais eram os possíveis problemas enfrentados pelos países para a consolidação da APS e por conseguinte da meta: “Saúde para todos no ano 2000”. Dentre os pontos apresentados nesta avaliação destaca-se a questão da participação comunitária, no qual foram apontados diversos graus e tipos de envolvimento das comunidades, abrangendo o trabalho de voluntários e participação organizada em planejamento e decisão (ALEIXO, 2002).

Ainda segundo o autor, na pesquisa da OMS observou-se ainda que inexistia uma preocupação com planos setoriais específicos para os profissionais de saúde; houve um incremento de ensino de saúde pública nas universidades e em relação à educação continuada em APS houve uma boa disponibilidade de ações voltadas aos profissionais de saúde; os relatórios avaliativos feitos pela OMS em 1999 apontam ainda altas coberturas de imunização, melhorias na esperança de vidas ao nascer, quedas nas taxas de mortalidade infantil e por doenças transmissíveis e alguns incrementos na oferta de água e saneamento básico.

No Brasil, o fortalecimento da APS foi um dos compromissos assumidos dentro do Pacto pela Saúde em 2006, entendendo-se que a atenção básica de saúde apresenta-se como prioridade por apresentar forte impacto através de suas ações na situação de saúde da população brasileira (BRASIL, 2006a).

Dentre os objetivos elencados no Pacto pela Saúde com relação ao fortalecimento da atenção básica destaca-se: a ESF como prioritária, considerando o seu desenvolvimento através das diferenças loco-regionais, consolidando sua extensão nos pequenos e médios municípios e ampliando-os nos grandes centros urbanos, garantindo a infra-estrutura necessária para o funcionamento das unidades; o desenvolvimento de ações que visam a qualificação dos profissionais que atuam na atenção básica através de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família e favorecer os vínculos de trabalho para melhor fixação dos profissionais; e garantir o financiamento da atenção básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006a).

Um modelo de APS que seja abrangente e fortalecedor configura-se como uma estratégia necessária para a garantia e consolidação do direito à saúde, e por conseguinte promovendo níveis mais elevados de qualidade de vida (SILVEIRA, MACHADO E MATTA, 2015).

O Pacto pela Saúde consubstanciou-se como um documento atual que contempla a Promoção da Saúde como prática integrante da APS tendo como objetivos a articulação e criação de projetos e atividades que tem o poder de promover mudanças de comportamento da população brasileira, interiorizando a responsabilidade individual em atividades que abordem como exemplos a prática de exercícios físicos regulares, alimentação saudável e combate ao tabagismo, atividades estas impulsionadas e vivenciadas no cotidiano das unidades de Atenção Primária (BRASIL, 2006a).

Mendes (2012) faz um importante destaque no que tange à busca de uma melhor APS, através da ótica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) ao referenciá-la como cumpridora de três principais funções que lhe permitem configurar-se como uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde tais como: função resolutiva, atendendo 85% dos problemas mais comuns de saúde; função ordenadora, ao coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações presentes nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população adscrita e usuária dos serviços de cuidados primários. A organização do SUS em RAS acontecerá se a APS estiver preparada a desempenhar adequadamente essas três funções.

A força de um sistema de APS de um país está associada à melhoria dos resultados de saúde para a população, aferidos de acordo com os números de mortalidade por todas as causas, mortalidade prematura por todas as causas e mortalidade prematura causada especificamente pelas principais doenças respiratórias e cardiovasculares (BRASIL, 2006b).

No que tange às vantagens da expansão da APS, Starfield (2002) faz uma importante comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes, no qual aponta que os países com uma orientação mais forte para a APS possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde a custos mais baixos.

O aumento da disponibilidade de APS pode ser associado também à maior satisfação do paciente e à redução do gasto agregado com a assistência à saúde. Estudos de países desenvolvidos demonstram que um sistema de saúde baseado

na atenção especializada reforça as desigualdades de acesso, e em contrapartida sistemas de saúde com predominância da APS, como encontrado nos países de baixa renda, tendem a ser mais equitativos e acessíveis à população (BRASIL, 2006b).

A APS representa uma fonte de inspiração e esperança para toda a comunidade e grande parte dos profissionais de saúde, e sua renovação é uma premissa constante para o desenvolvimento de um sistema de saúde equânime. Deve-se dar uma atenção especial às necessidades estruturais e operacionais como acesso, financiamento apropriado, adequação e sustentabilidade de recursos, compromisso político e o desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de saúde de alta qualidade para a população (OPAS/OMS, 2007).

Na busca por serviços de alta qualidade em APS para a população, o Ministério da Saúde lança mão de um valioso programa que anos mais tarde iria se consolidar como um dos pilares da APS brasileira: a Estratégia Saúde da Família.

2.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da década de 90, baseadas nas mudanças legais recém-ocorridas, assim como diante do desafio da implementação de um sistema público de saúde fortemente influenciado pelo modelo de APS, começa a adotar em sua agenda a expansão desta instância do sistema; e em 1994 a proposta de APS enquanto modificadora da lógica de assistência do SUS, passa a ser operacionalizada pelo Programa Saúde da Família, que trouxe para o seu formato a experiência bem sucedida do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (FERNANDES JÚNIOR, 2012).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu com um propósito de promover a reversão do modelo assistencial vigente, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios, elegendo a família como objeto central da atenção, compreendida no contexto do ambiente em que vive. Neste modelo de assistência é que são construídas as relações intra e extrafamiliares, no qual apropria-se da luta pela melhoria das condições de vida, permitindo ainda uma compreensão mais difundida do processo saúde doença (BRASIL, 1997).

Neste sentido, pode-se considerar que o PSF avançou de programa para estratégia em parte devido ao acúmulo subjacente ao debate e experiências em torno destes referenciais. Segundo Gil (2006) a ESF deve apoiar-se mais nos referenciais da Vigilância à Saúde como organização das ações a partir do território e problemas de saúde, intersetorialidade, discriminação positiva de saúde, paradigma da produção social da saúde capazes de sustentar a Saúde da Família como estratégia de organização da APS, negando as implicações de que o PSF seria um arranjo contemporâneo da medicina simplificada, um programa, apenas favorecendo a medicina familiar e atenção materno-infantil. Diante da relevância da terminologia ESF em detrimento de PSF, para melhor compreensão do rearranjo da Saúde da Família, neste estudo será descrita a Saúde da Família deste ponto para frente como ESF.

Para Costa et al (2009) a ESF é uma estratégia que envolve a comunidade, através do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e permite a atuação das equipes multiprofissionais de forma mais próxima dos domicílios, das famílias e das comunidades.

Esta equipe multiprofissional deve ser composta, no mínimo pelos seguintes profissionais: 1 Médico generalista (com conhecimento de clínica geral), 1 Enfermeiro, 1 Auxiliar de enfermagem, e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde; todos trabalhando 8 horas por dia, 40 horas por semana, para garantir a efetividade do trabalho através do vínculo com a comunidade. Cada equipe de Saúde da Família é responsável por uma população adscrita de 600 a 1.000 famílias e não ultrapassando o limite máximo de 4.500 pessoas (BRASIL, 2001).

A ESF em sua constituição abarca algumas diretrizes operacionais que vão de encontro aos princípios e diretrizes do SUS. Dentre estas diretrizes destaca-se o caráter substitutivo, a complementariedade e a hierarquização. As unidades de Saúde da Família constituem-se como o primeiro contato da população com o serviço de saúde, e esta deverá assegurar a referência e contra-referência para diferenciados níveis do sistema, no qual seja apontada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas de saúde identificados (BRASIL, 1997).

Para Rosa e Labate (2005) a ESF se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, focando a assistência na família e não somente no indivíduo doente, introduzindo uma nova visão do processo de intervir em saúde no tocante ao fato de não esperar que a população busque ser atendida, mas sim com ações preventivas sobre esta população a partir de um novo modelo de atenção.

A criação da ESF em 1994 caracterizou-se como um marco importante na atenção básica, tendo iniciado suas primeiras atividades nas regiões do Nordeste e em alguns municípios do Sudeste, contendo um potencial para estruturar de forma consistente a APS no Brasil (ALEIXO, 2002).

De acordo com os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) referente à cobertura por ESF no Brasil no mês de agosto de 2015 destaca-se que 63,4% da população encontra-se coberta, perfazendo um total de 122 milhões de pessoas cobertas. No estado de Minas Gerais a cobertura no mesmo período foi maior do que a encontrada nacionalmente com um total de 78,5% e aproximadamente 16 milhões de pessoas cobertas. Para compreender a ascensão do programa buscou-se os dados de 2005, e observou-se um crescimento expressivo, no qual o Brasil apresentava uma cobertura de 42% e Minas Gerais de 52% (BRASIL, 2015a).

Esta ascensão do programa se deveu ao fato de que a ESF foi eleito como uma prioridade política de governo, e com rápida expansão no território nacional, mas isso não significou a priorização de um debate em torno do modelo, como se previa em 1996 devido a Norma Operacional Básica (NOB 96). No entanto a expansão da ESF e a sua melhor distribuição no território nacional, com a mobilização de milhares de gestores e profissionais de saúde, levaram em pouco tempo ao debate sobre o modelo (BORGES E BAPTISTA, 2010).

Nesse contexto, a partir de 2003, o Ministério da Saúde dá início à primeira fase do Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), com apoio do Banco Mundial. O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) é uma iniciativa do Ministério da Saúde com o apoio do Banco Mundial, que visa a organização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no Brasil, contribuindo com a implantação e consolidação da ESF em municípios com população acima de 100 mil habitantes e objetiva a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, promovendo a otimização e efetividade para todos os municípios brasileiros. (BRASIL, 2003).

O PROESF apresenta três componentes, sendo eles: a expansão da estratégia em municípios de grande porte; desenvolvimento de recursos humanos; e monitoramento e avaliação. A ESF já havia adquirido relativa importância em municípios pequenos, porém ao ser adotado pelo Ministério da Saúde como estratégia prioritária de conversão do modelo de atenção, deveria ter um alcance populacional mais significativo. A maioria da população brasileira reside nos grandes centros urbanos, e apropriando-se disto o PROESF adquiriu essa direção, sendo mantida ainda na atualidade. Ao apostar nos municípios de grande porte, o Ministério da Saúde assumia uma prioridade que, de fato, trouxe ainda mais críticas (BORGES E BAPTISTA, 2010).

Um ponto fundamental para a atuação da ESF é o cadastramento das famílias, realizado através de visitas domiciliares, segundo a área territorial já estabelecida para a adscrição. Neste processo de cadastramento são identificados os componentes familiares, as morbidades, as condições de moradia, saneamento e condições ambientais nos quais as famílias estão inseridas. Neste momento é que inicia-se o vínculo da unidade de saúde com a comunidade, fator preponderante para a garantia da saúde desta população (BRASIL, 1997).

A função primordial da ESF é prestar assistência contínua à comunidade, acompanhando de forma integral a saúde da criança, adulto, da mulher, dos idosos, e de todas as pessoas que habitam em seu território de responsabilidade, assumindo algumas responsabilidades tidas como prioritárias de acordo com grupos específicos de atendimento, tais como: saúde da criança, saúde da mulher, controle da Hipertensão, controle do Diabetes Mellitus, controle da Tuberculose, eliminação da Hanseníase e Saúde Bucal (BRASIL, 2001).

Em relação às atividades desempenhadas na saúde da criança, A ESF realiza ações de vigilância nutricional, imunização, assistência às doenças prevalentes na infância e assistência e prevenção de patologias bucais na infância. As ações voltadas à Saúde da Mulher contemplam o pré-natal, prevenção do câncer de colo do útero, planejamento familiar e prevenção dos problemas odontológicos nas gestantes. O controle da Hipertensão e do Diabetes Mellitus configura-se como importante responsabilidade da ESF no qual estão incluídos os diagnósticos dos casos, cadastramento dos portadores, busca ativa e tratamento dos casos, diagnóstico precoce das complicações, primeiro atendimento de urgência, atendimento à saúde bucal, medidas preventivas. Ainda conta com os serviços de controle de tuberculose, eliminação de hanseníase e ações de saúde bucal para toda a população adscrita. (BRASIL, 2001).

Para Rosa e Labate (2005) a ESF se concentra em uma nova dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, promovendo uma relação mais próxima dos profissionais de saúde com seu objeto de trabalho, assumindo um compromisso de prestar uma assistência integral e resolutiva a toda população, que tem o acesso garantido através do empenho de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que identifica e intervém nos fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta.

Schimith e Lima (2004) afirmam que a sigla ESF não significa necessariamente mudanças no sistema de saúde. A organização dos serviços de saúde que contemplam a saúde da família deve se pautar por ações programáticas e através de vigilância em saúde favorecendo a proposta do território delimitado e sua respectiva população adscrita.

A ESF assume um papel de transformação na comunidade a qual atua também através de outras iniciativas que promovem a integração sistêmica do modelo de atenção básica; como por exemplo os Núcleos de Apoio à Saúde da

Família (NASF) e ações intersetoriais como o Programa Saúde na Escola (PSE) (BORGES E BAPTISTA, 2010).

Ocorre porém, que as práticas de saúde vivenciadas no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família ainda preservam um tradicional paradigma flexneriano, no qual a saúde é desenhada como ausência de doença, dor e morte, definindo-se a organização dos serviços de forma medicalizada. E estas práticas de saúde são tidas como ponto estratégico de reformulação do modelo, sendo importante força para alavancar o modelo (COSTA et al, 2011).

Rosa e Labate (2005) acreditam que um grande desafio do sistema de saúde atualmente no Brasil é a diminuição da internação hospitalar e um atendimento à população eficaz e equilibrado principalmente através dos atendimentos domiciliares. Mas ressaltam que este tipo de atendimento realizado pelas equipes de ESF carece ainda de uma mudança cultural da população e dos profissionais de saúde para melhor aceitação e aproveitamento. A ESF apresenta ainda um grande entrave de ordem política, pois a cada quatro anos com a troca de prefeitos, em grande parte, troca-se também as equipes, comprometendo assim o trabalho que foi anteriormente implementado. Esta troca de equipes por motivos meramente políticos impede o estabelecimento de vínculos, assim como o alavancar das ações entre equipe, família e comunidade, o que remete ao fato de que a política municipal não reconhece os princípios que orientam a ESF, desconsiderando a população local como foco de atenção, e utilizando-se dos ideais do programa como uma estratégia de arrecadação e fortalecimento das campanhas eleitoreiras.

Quando a ESF é implantada de maneira adequada, a unidade é capaz de solucionar em torno de 85% dos casos de saúde de sua área de abrangência, sendo responsável pelo esvaziamento dos prontos-socorros e ambulatórios dos hospitais ligados à rede pública de saúde (BRASIL, 2001).

Um novo enfoque na questão do acesso dos usuários na APS vem sendo dado na atualidade com o advento de estudos de acesso avançado. Vidal (2013) *apud* Murray e Tantau (2000) definem o acesso avançado em APS, ou acesso aberto ou agendamento para o mesmo dia como a capacidade de agendamentos de consultas permitirem ao usuário que ele seja atendido no mesmo dia, diminuindo o número de consultas pré-agendadas e aumentando o espaço da agenda para as demandas do paciente daquele dia. Utiliza-se da máxima: “Faça o trabalho de hoje,

hoje”. Esse sistema permite as pessoas buscarem seu médico de referência por quaisquer problemas de saúde, seja ela urgente, de rotina ou atividade preventiva.

Esta efetividade das ações desempenhadas pela ESF, inseridas no contexto de atendimentos da APS são mensuradas através de processos avaliativos, tornando-se cada vez mais essenciais as abordagens que remetem a esta temática em saúde pública, sendo este o foco do capítulo da seguir.

2.3 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O ato de avaliar é uma atividade inerente ao ser humano, e é colocada em prática durante toda a trajetória de vida, realizada de forma rotineira com a utilização dos sentidos, intelecto e subjetividades; podendo ser comparado ao ato de emitir um juízo de valor, no qual são utilizados critérios explícitos, com bases de informações já existentes ou construídas, que buscam a tomada de decisão (FURTADO, 2009).

A avaliação deve ser entendida como uma atividade intrínseca ao planejamento e gestão, e como um instrumento de suporte para a formulação de políticas, no processo decisório e na formação dos atores envolvidos tais como os gestores, usuários, profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa (FELISBERTO, 2004).

Há que se destacar dois aspectos que caracterizam a avaliação: julgamento de valor e o processo de tomada de decisão. No primeiro quesito pressupõe-se que o ato de avaliar significa julgar a qualidade de um objeto qualquer, sendo que os critérios para este julgamento devem estar explícitos e pautados com os envolvidos no processo avaliativo. No segundo quesito, argumenta-se que avaliar é intervir sobre dada realidade a partir dos resultados da avaliação, no qual a avaliação esteja provocando mudanças e caso ocorra o contrário não será um processo avaliativo, mas um mero diagnóstico (BRASIL, 2010a).

Para avaliar os sistemas de serviços de saúde, é preciso anteriormente ter conhecimento da diferença entre as definições de sistema de saúde, dos sistemas de serviços de saúde; no qual o sistema de saúde apresenta uma definição mais amplificada, sendo a realidade das condições de saúde de uma determinada população, amparada nas ações intersetoriais de diferentes sistemas de saúde, com complexidades diversificadas. Já os sistemas de serviços de saúde integram os sistemas de saúde, e suas ações são efetuadas nas instituições prestadoras de serviços, internas ao setor, sofrendo influência de elementos externos tais como as instituições que geram recursos, conhecimentos e tecnologias (VIACAVA et al, 2004).

Para Felisberto (2004) integram a avaliação dos sistemas de serviços de saúde, as avaliações da situação de saúde, do trabalho de saúde e dos resultados das ações dos serviços de saúde, e que decorrem na maioria das vezes das

atividades de monitoramento que são realizadas baseadas nas informações apresentadas no cotidiano da atenção. Mesmo sendo insuficientes para operar todas as modificações almeçadas, estas atividades são importantíssimas para a orientação dos processos de implantação, consolidação e reformulação das práticas de saúde.

O ato de avaliar é uma atividade complexa, porém necessária e necessita de um investimento consistente e cuidadoso para a formulação de consensos, no qual é necessária a pactuação do objeto e objetivos da avaliação, sendo compreendida a avaliação como uma atividade que deve ser negociada entre os diferentes membros do sistema de saúde. “Sem esta premissa, torna-se inviável deflagrar qualquer ação que efetivamente esteja comprometida com o processo decisório e com o compromisso da mudança na direção de uma maior equidade e efetividade dos serviços de saúde.” (BRASIL, 2005).

Na década de 80, alguns gestores dos sistemas de serviços de saúde de todo o mundo puseram-se de frente com o grande desafio de reformular a organização e o funcionamento destes sistemas de saúde, objetivando transparecer melhor os gastos públicos em saúde diante da redução dos recursos disponíveis que se apresentavam para o setor saúde e setores sociais de uma forma em geral, além dos fatores relacionados ao aumento das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos das populações. Somase ainda a busca por alternativas que aumentem a equidade e proporcionem serviços de melhor qualidade diante do aumento das desigualdades e da piora das condições de vida e saúde das populações; e mesmo que as reformas dos setores de saúde tenham sido diferenciadas nos países, a onda de reforma foi se espalhando por todas as regiões do planeta, sendo orientada por uma agenda bem homogênea (VIACAVA et al, 2004).

De acordo com Sawyer, Leite e Alexandrino (2002), é importante ter o conhecimento do padrão de utilização dos serviços de saúde, para que as respostas advindas das demandas da população possam refletir em decisões equânimes e efetivas, principalmente em relação aos gastos em saúde.

Furtado (2009) faz uma proposição de como deveria ser a condução de um processo avaliativo em sete passos: identificação dos grupos de interesse, definição dos propósitos de avaliação, descrição dos programas, definição das questões da avaliação, coleta e análise de dados, comunicação dos resultados e utilização dos resultados. Apesar de defender esta proposta de avaliação, o autor ratifica que não

há nenhum roteiro que tenha sucesso garantido, pois o processo de avaliação dependerá de diversos fatores, sendo que a própria avaliação poderá ser avaliada, chamada de meta-avaliação.

Brasil (2010a) destaca dois tipos de avaliação, sendo elas: a avaliação normativa que “consiste em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes”; e a Pesquisa avaliativa que “trata-se de fazer um julgamento de valor a partir de métodos científicos. Analisa “a pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos, rendimento e relações entre a intervenção e o contexto”.

Furtado (2009) relaciona alguns critérios para determinar um bom estudo avaliativo baseado em um comitê misto constituído nos Estados Unidos nos anos 80:

Em síntese, uma boa avaliação deveria preencher os critérios de 1) utilidade (gerar informações necessárias e críveis para os grupos de interesse); viabilidade (propor caminho exequível do ponto de vista político, de recursos e de prazos); 3) pertinência (também traduzida como "propriedade", sugere que a avaliação deva assegurar o atendimento das necessidades dos grupos envolvidos e seus direitos, conduzindo o processo dentro do âmbito legal e ético); 4) precisão (procedência das técnicas e dos recortes realizados) (FURTADO,2009. pág. 722)

A avaliação tem na atualidade um reconhecimento evidenciadas na existência de múltiplas iniciativas que vão de encontro à sua implementação nas diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS), como um componente da gestão em saúde. O processo de avaliação tem como premissa fundamental dar suporte aos processos decisórios no que se refere aos sistemas de saúde, subsidiando a identificação de problemas e a reorientação das ações e serviços desenvolvidos, avaliando também a incorporação de novas práticas sanitárias no cotidiano dos profissionais assim como mensurando o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas referentes ao estado de saúde da população (BRASIL, 2005).

Felisberto (2004) faz uma relevante observação no que tange à institucionalização da avaliação dos sistemas de saúde ao afirmar que:

Investir na institucionalização da avaliação deve ser entendido aqui como contribuição decisiva como objetivo de qualificar a atenção básica, promovendo-se a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade) e, abrangentes em suas várias

dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004).

Em relação ao processo avaliativo na atenção básica, pode-se afirmar que o mesmo torna-se mais trabalhoso devido à complexidade relacionada aos fatores intervenientes no desenvolvimento da atenção básica diante das características municipais e populacionais relacionados a mentalidade voltada ou não para o processo de reestruturação dos sistemas de assistência a saúde local (LEITE, 2009).

De acordo com Felisberto (2004), em relação à avaliação da atenção básica, há um movimento na atualidade que busca pactuar os aspectos importantes a serem monitorados e avaliados, a partir de uma mobilização de gestores, técnicos e pesquisadores, buscando-se manter o debate sobre a necessidade do estabelecimento de padrões de qualidade na atenção básica, com o ponto crucial fundamentado na ESF. A articulação dos diversos projetos e ações propostos em execução como aliados no monitoramento e avaliação da APS constituem atualmente “o estado da arte da construção de uma política de avaliação para a atenção básica no Brasil”.

O primeiro instrumento de avaliação da Atenção Básica no Brasil foi o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, através do Datasus no ano de 1998. O SIAB é um software que agrega, armazena e processa as informações relacionadas à Atenção Básica, e contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe, bem como os resultados sócio-sanitários alcançados, sendo de grande relevância para avaliação das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2015b).

Dentro desta perspectiva de avaliação da atenção básica, é proposto por Starfield e colaboradores em 2000 na Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC) o Primary Care Assessment Tool (PCA Tool), que caracteriza-se como um instrumento com questionários autoaplicáveis em três versões: PCA Tool versão criança; PCA Tool versão adulto para maiores de 18 anos e o PCA Tool destinado a profissionais de saúde e aos coordenadores e gerentes dos serviços de saúde. O PCA Tool mensura a presença e extensão dos atributos essenciais da APS propostos por Starfield: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e dos atributos

derivados: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural (BRASIL, 2010b).

O PCA Tool é baseado nos modelos de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian no qual mensura-se os aspectos da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

Outro instrumento incorporado na temática de avaliações dos serviços de saúde, com ênfase na atenção básica é o PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, que se apresenta como fruto dos esforços da expansão da cobertura e da ampliação do acesso que evidenciou-se nos últimos anos na atenção básica no Brasil. O PMAQ é um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, que se faz presente nos três níveis do governo, cujo objetivo é mensurar os possíveis efeitos da política de saúde, visando apoiar a tomada de decisão, assim como garantir a idoneidade dos processos de gestão do SUS, gerando visibilidade aos resultados alcançados, fortalecendo o controle social com o foco voltado para o sistema de saúde para os usuários que dele dependem (BRASIL, 2013).

Atualmente, surge no cenário das avaliações em saúde o que Alfradique et al (2009) apresenta como as ICSAP, que são relacionadas às CSAP caracterizados como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Essas atividades incluem ações como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o ideal controle e acompanhamento de patologias crônicas, tendo como consequência a redução das internações hospitalares relacionadas a estas patologias.

A Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, define a Lista Brasileira de Internações por CSAP e ainda ratifica que a mesma deverá ser utilizada como um instrumento de avaliação, com o intuito de avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008).

2.4 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP)

Billings et al (1993) que descreveram inicialmente na década de 90 em sua pesquisa na cidade de New York, o que denominavam de Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), as CSAP. Nesta pesquisa avaliaram o impacto da má qualidade nos atendimentos de nível primário de saúde sobre as taxas de hospitalização, com ênfase na população de baixa renda.

Diante da relevância do campo de estudo das avaliações da APS, o Ministério da Saúde lança em 2008 a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008, que estabelece a criação da lista brasileira de ICSAP, impulsionados pelo fato da existência de listas em outros países; levando-se em conta as diversidades das condições de saúde e de processo de adoecimento da nossa população (BRASIL, 2008).

Alfradique et al (2009) caracteriza as CSAP, como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Essas atividades incluem ações como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o ideal controle e acompanhamento de patologias crônicas, tendo como consequência a redução das internações hospitalares relacionadas a estas patologias.

As ICSAP representam o único indicador com base em dados secundários, ou seja, com dados provenientes do Sistema de Informações de Hospitalizações do SUS (SIH-SUS), que possibilita a avaliação do impacto das ações da APS no sistema de saúde brasileiro (ALFRADIQUE et al, 2009); e para realização destas avaliações, pode-se contar com os dados do SIH-SUS que contemplam 70% das internações realizadas no Brasil, pois só computam as internações do SUS (PERPÉTUO E WONG, 2007; CAMPOS E THEME-FILHA, 2012).

Quando as taxas de ICSAP estão maiores em uma determinada área ou subgrupo populacional, pode ser um indicativo forte da presença de sérios problemas no acesso e desempenho dos sistemas de saúde (BILLINGS, ANDERSON E NEWMAN, 1996). Este excesso de internações sinaliza um alerta, que justifica o emprego de mecanismos de análise e busca de justificativas para a sua ocorrência (ALFRADIQUE et al, 2009).

De acordo com Ceccon, Meneghel e Viecili (2014) *apud* Alfradique et al (2009) as taxas de internações no Brasil são próximas a 525 por 10.000 habitantes,

sendo que 27% destas internações acontecem devido às CSAP, nas quais prevalecem as doenças imunizáveis, as doenças transmissíveis, as patologias cardíacas e respiratórias, do aparelho circulatório e relacionadas ao pré-natal e parto.

A Portaria estabelece no artigo nº 2 que a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) deverá ser utilizada como uma ferramenta de avaliação da APS e/ou da atenção hospitalar, auxiliando nas avaliações de desempenho dos sistemas de saúde nas esferas municipais, estaduais e nacionais (BRASIL, 2008).

Abaixo está descrita a lista de ICSAP brasileira com seus respectivos grupos, diagnósticos e números de CID-10:

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	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	J14

	Haemophilus influenzae	
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças 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, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	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

Quadro 1 – Lista brasileira de CSAP

Fonte: Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

As CSAP são listadas em grupos de causas de internações com seus respectivos diagnósticos, embasados na Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008). Os estudos sobre as CSAP configuram-se como uma ferramenta de extrema importância na atualidade. Através

destes estudos torna-se possível identificar os problemas de acesso aos serviços; levantamento de falhas decorrentes à qualidade dos serviços prestados; desenvolvimento e priorização de programas específicos para determinadas áreas ou setores dos serviços de saúde; avaliação de políticas e reformas específicas dos sistemas de saúde, com peculiar atenção da expansão do Programa Saúde da Família, e o monitoramento da efetividade e desempenho dos sistemas de atenção básica (STARFIELD, 2002).

A lista de doenças que perfazem as ICSAP já vem sendo utilizada como instrumento avaliativo em diversos países; sendo que a criação da lista brasileira e sua conseqüente utilização deverá estar direcionada às realidades e contextos diferenciados de situações de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2008).

Boing et al (2012) apresenta em seu estudo descritivo, a prevalência destas doenças no período de 1998 a 2009 no Brasil, classificando-as na seguinte ordem: Gastroenterites, Insuficiência Cardíaca e Asma. No estado de Minas Gerais, um estudo realizado por Rodrigues-Bastos et al (2014) nos moldes de um estudo ecológico, no qual buscava-se associar a presença das ICSAP com as taxas de cobertura de ESFs, observou-se a seguinte classificação: Gastroenterites, Infecções do rim e trato urinário, Doenças cerebrovasculares, Pneumonia Bacteriana Pulmonar, Angina Pectoris, Diabetes Melitus e Asma.

No mesmo estudo realizado pelos autores acima citados, foram comparadas as taxas de ICSAP nas diversas microrregiões de saúde de Minas Gerais, no qual destaca-se as microrregiões pertencentes à Macrorregião Sudeste. Esta macrorregião compreende as seguintes microrregiões: Além Paraíba, Carangola, Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim Minas, Leopoldina/Cataguases, Santos Dumont, Muriaé, São João Nepomuceno/Bicas e Ubá. Neste estudo, os autores optaram por fazer um arranjo das microrregiões e o que observou-se em seus resultados que no ano de 2010 as maiores taxas de ICSAP em mil habitantes eram provenientes da microrregião de Ubá com 26,73, seguido por Leopoldina/Cataguases com 23,88. A microrregião de Juiz de Fora apresentou-se em sétimo lugar (18,69) dentre as vinte e oito microrregiões analisadas.

Alfradique et al (2009) afirmam que as ICSAP têm como premissa ser uma ferramenta que auxilia na avaliação da APS ao mesmo tempo que compara o seu desempenho; servindo como forma de aprimoramento da gestão e planejamento dos serviços de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Para Billings, Anderson e Newman (1996), os estudos com ICSAP no início eram muito incipientes, sendo realizados somente em áreas metropolitanas dos Estados Unidos da América; e com o tempo estes estudos foram se tornando presentes em municípios menores. A incorporação das pesquisas de ICSAP em municípios de pequeno porte é importante para que se façam comparações dos resultados e das alterações das taxas de acordo com as diferenças das políticas de APS implementadas nestas diferentes populações.

Alfradique et al (2009) recomenda que as avaliações que utilizarem o indicador de ICSAP deve levar em conta as taxas ajustadas por idade, as coberturas de planos de saúde e deve-se excluir os partos do total das internações, devido ao fato de afetar somente uma parte da população feminina e não se caracterizar como uma patologia.

Os estudos com a temática de ICSAP são ainda incipientes na realidade brasileira, havendo um consenso entre vários estudiosos quanto à necessidade de mais estudos que aprofundem o assunto (CECCON, MENEGHELE E VIECILI, 2014; CAMPOS E THEME-FILHA, 2012; CALDEIRA et al (2011).

Para Boing et al (2012) *apud* Caminal-Homar e Casanova-Matutano (2003) as ICSAP podem e devem ser diminuídas por ações específicas da APS; como por exemplo nas doenças imunizáveis ou que permitem diagnóstico e tratamento anteriores como o tétano e a febre reumática. Em problemas crônicos como o coma diabético e a Insuficiência Cardíaca, através de melhorias no manejo e acompanhamento do usuário, evitando as possíveis complicações, reduzindo consequentemente as reincidências das internações.

Como explicitado, as ICSAP são o desfecho negativo da APS, sendo que este usuário, anteriormente à sua internação, em muitos momentos percorreu caminhos em busca de cuidados: desenhando os seus itinerários terapêuticos, sendo este o tópico abordado no próximo capítulo.

2.5 INTINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Os Itinerários Terapêuticos (ITs) são um conceito muito utilizado em Saúde Coletiva, e refere-se a busca de cuidados terapêuticos, procurando descrever e analisar as práticas individuais e sócio-culturais de saúde em relação aos caminhos percorridos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde (GERHARDT (2006) *apud* Massé (1995)).

Ferreira e Espírito Santo (2012) fazem uma importante reflexão acerca das características presentes nos IT ao afirmar que:

Às dificuldades de acesso econômico e geográfico acrescenta-se o contexto cultural. As consequências da situação econômica, espacial e ambiental em um mesmo local não são as mesmas para todos os indivíduos, pois os conhecimentos e as práticas deles são construídos em experiências diversas e por estas, em situações biográficas determinadas. Somente se considerando o indivíduo em sua rede de interações se podem compreender as decisões por ele tomadas, isto é, a tentativa de solucionar seus problemas de saúde inscreve-se no cotidiano, uma vez que o enfrentamento da doença dele faz parte. (pág.194).

Alves e Souza (1999) afirmam que: “os itinerários terapêuticos têm como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento”.

Segundo os autores acima citados, as primeiras concepções de IT levam em consideração que os indivíduos em sua busca por cuidados de saúde, orientavam racionalmente a sua conduta para a satisfação de suas necessidades.

As primeiras discussões sobre IT originaram-se de estudos socioantropológicos em meados de 1960, no qual havia o anseio de compreender como as pessoas orientavam as suas escolhas de tratamento de saúde; sendo os primeiros estudos originais de Mechanic e Volkart (1960), Geertz (1978) e Kleinman (1978), no qual buscou-se de forma incipiente investigar como as pessoas e as sociedades enxergavam as concepções médicas sobre causas, sintomas, diagnósticos e tratamentos das doenças, bem como as formas de busca de resoluções de seus adoecimentos e maneiras de se comportarem nesses momentos (FERREIRA, 2011).

Em 1984, o antropólogo francês Augé definiu os IT como sendo o caminho percorrido pelos usuários dos serviços de saúde na busca por soluções para os seus problemas de saúde, diante da diversificada gama de recursos disponíveis (FERREIRA E ESPÍRITO SANTO, 2012).

Para Mattosinho e Silva (2007) os trabalhos sobre IT desempenham papel importante na compreensão de como as pessoas constroem seus próprios caminhos no enfrentamento das exigências e consequências diante da cronicidade de algumas patologias.

Os estudos sobre IT no Brasil são ainda incipientes em grande parte destes estudos os IT são descritos como o trânsito de sujeitos pelos serviços de saúde, sendo ainda relacionado a um “perambular” de usuários nas instituições de saúde. Esta visão dos IT é relevante para futuros apontamentos e melhorias no que se refere às políticas públicas de saúde, porém não deve se esgotar o sentido das IT somente sob esta perspectiva. Os IT devem conter toda a travessia percorrida pelos usuários, sendo maior e mais complexa do que a que se apresenta normalmente no eixo biomédico, ao apontar os caminhos percorridos pelos usuários em busca dos cuidados e tratamentos de saúde (PINHO E PEREIRA, 2012).

Os trabalhos que utilizam dos IT como plano de fundo, traduzem-se em uma prática potencialmente reveladora e eficaz na busca da compreensão do cuidado, assim como a avaliação dos sistemas de saúde, com ênfase nos aspectos profissionais, considerando o aspecto subjetivo, dificilmente interpretado nas complexas atividades cotidianas desempenhadas pelas equipes de saúde (BURILLE E GERHARDT, 2014).

Segundo Gerhardt (2006) os IT envolvem processos de escolha, avaliação e aderência a diferentes formas de tratamento, que em muitos casos se apresentam de formas complexas e difíceis de serem compreendidas, a não ser que sejam considerados o contexto dentro do qual o usuário encontra-se inserido.

A temática de IT expressam a escolha de estratégias de tratamentos por parte dos usuários dos serviços de saúde, tendo como finalidade a garantia de acesso no tempo oportuno e de forma contínua, auxiliando no vínculo com a equipe de profissionais de saúde, e conseqüentemente melhorando a adesão aos tratamentos (CABRAL et al, 2011).

Para Pinho e Pereira (2012), os IT apresentam-se como os caminhos na busca por cuidados; ou podendo ser definidos como trajetórias na tentativa para solucionar problemas de doença; seja no sentido de preservar ou no sentido de recuperar a saúde. Portanto, configura-se como um conjunto de planos e ações que se sucedem, fundem-se ou se sobrepõem para lidar com os diferentes aspectos da

enfermidade; nos IT “a questão não é optar entre uma e outra, mas fluir, movimentar-se entre os espaços e concepções, transformando-as.”

Como já mencionado anteriormente pelos autores os IT traduzem-se como experiências vivenciadas pelos usuários na busca por acesso aos serviços de saúde; e para Sisson et al (2011), as experiências vividas pelos usuários dos serviços de saúde através de suas narrativas, podem exercer um papel crucial na identificação de muitos aspectos envolvidos nas questões de qualidade da atenção, consubstanciando como um argumento ímpar na implementação de políticas e programas que estejam relacionados com a promoção da saúde, bem como com as melhorias estruturais e efetividade dos serviços de saúde.

Os diferenciados enfoques observados nos IT podem além de auxiliar na tomada de decisão nos processos de gestão e planejamento, mas também possibilitar a reconstrução da visão de práticas assistenciais mais compreensivas e integradas num contexto mais abrangente de resolutividade dos serviços de saúde (CABRAL, 2010).

Ainda segundo o autor, os conhecimentos adquiridos ao abarcar a temática dos IT agregam um olhar peculiar em relação aos comportamentos dos usuários no que tange ao processo de saúde-doença-atenção; e escutar o “outro lado” da história permitir a compreensão da forma como as pessoas percebem a gama de possibilidade que se colocam à frente para a resolução e enfrentamento dos seus problemas de saúde.

Os IT são a tradução do desenho dos indivíduos através de suas escolhas, “emolduradas pelas suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais - os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial” (FERREIRA e SILVA, 2012).

3. A TRAJETÓRIA MÉTODICA DO ESTUDO

3.1 O MÉTODO

O estudo foi elaborado utilizando-se a pesquisa qualitativa como processo metodológico, objetivando analisar da forma mais subjetiva e próxima à realidade as peculiaridades da assistência da APS na ótica dos usuários dos serviços de saúde e seus itinerários terapêuticos.

A pesquisa qualitativa tem sua relevância no estudo das relações sociais, principalmente no tocante à “pluralização das esferas de vida” (FLICK, 2004). Para Minayo (2000) *apud* Gurvitch a pesquisa qualitativa caminha rumo ao “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores”; analisando de forma subjetiva as realidades estudadas.

Gerriero (2006) afirma ainda que as pesquisas qualitativas têm sua relevância histórica nos ramos das Ciências Sociais, e vem cada vez mais sendo utilizada nas áreas de Saúde Pública, no qual se apresenta de diferentes formas interdisciplinares.

Minayo (2000) afirma que o método de pesquisa qualitativa possibilita à incorporação das questões de Significado e Intencionalidade como relevantes e associadas aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo que as últimas são analisadas tanto no advento quanto em sua transformação, como construções humanas significativas.

A pesquisa qualitativa deve conter aspectos essenciais descritos por Flick (2004) como: a apropriabilidade de métodos e teorias, as perspectivas dos participantes e suas diversidades, a reflexividade do pesquisador e da pesquisa e a variedade das abordagens e métodos.

De acordo com as características acima ressaltadas, faz-se possível compreender a escolha da utilização da pesquisa qualitativa neste trabalho, haja vista a possibilidade de ressaltar as impressões e vivências dos usuários na busca por cuidados de saúde, sendo marcante a presença da descrição e análise dos itinerários terapêuticos, para conseqüente possibilidade de avaliação da APS na ótica dos usuários dos serviços de saúde.

3.2 CENÁRIO

O estudo foi realizado no município de Cataguases, no estado de Minas Gerais. Cataguases configura-se como um município mineiro que contava com uma população de 69.757 pessoas de acordo com os dados do último Censo de 2010 e população estimada em 2015 de 74.171 pessoas; e faz parte da Microrregional Sudeste de saúde, e Microrregional de saúde de Leopoldina. O município serve de referência hospitalar para vários municípios vizinhos e menores como Astolfo Dutra, Dona Euzébia, Mirai, Recreio e Itamarati de Minas (IBGE, 2016).



Ilustração 2: Mapa de Cataguases.

Fonte: IBGE (2016)

Em relação à rede de serviços de saúde de âmbito do SUS, o município conta com a atuação de 19 Unidades de ESF distribuídas nos bairros da cidade sendo elas (ESF Bandeirantes, ESF Haideê, ESF Thomé, ESF Sol Nascente, ESF Pampulha, ESF Granjaria, ESF Guanabara, ESF Centro, ESF Vila Reis, ESF Justino, ESF Taquara Preta, ESF Beira Rio, ESF Bom Pastor/Dico Leite, ESF Cataguarino/Aracati/Vista Alegre, ESF Sereno/Glória, ESF Leonardo, ESF Santa Clara, ESF Primavera e ESF Paraíso) 1 Serviço Municipal de Atendimento Especializado (SEMAE), 1 Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I), 1 Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS AD), 1 Hospital Geral (Santa

Casa de Misericórdia de Cataguases) e 1 Unidade Móvel de nível Pré-Hospitalar Urgência/Emergência (SAMU) (DATASUS, 2016).

De acordo com os dados do Datasus de dezembro de 2015, o município contava com o cadastro ativo de 56.800 pessoas nas unidades de ESF em Cataguases, perfazendo uma cobertura de 81,4%.

A relevância do estudo no município de Cataguases reside no fato de o mesmo apresentar-se com os números elevados de ICSAP de acordo com pesquisa de Rodrigues-Bastos (2014), apresentado o segundo lugar em número de ICSAP no ano de 2010 representado pelo conjunto de municípios da microrregião de Leopoldina/Cataguases, quando comparados com as outras microrregiões de saúde da Macrorregião Sudeste de Saúde do estado de Minas Gerais.

Outro aspecto relacionado à escolha deste local para a realização do trabalho reside no fato da aproximação e facilidade no acesso aos participantes do estudo, haja vista que a pesquisadora reside e trabalha como enfermeira lotada no quadro de funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

3.3 PARTICIPANTES

Os participantes do estudo foram os próprios usuários da APS do município de Cataguases que passaram por hospitalização recente com CID-10 pertencente ao grupo de doenças pré-selecionados na lista de ICSAP, sendo elas: Insuficiência Cardíaca, Angina Pectoris, Doenças Cerebrovasculares, Gastroenterites, Asma, Pneumonias Bacterianas, Infecções do Trato Urinário, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, de acordo com relevância e perfil epidemiológico do município.

Além do critério de inclusão do CID-10 da internação pertencente ao grupo de doenças da lista de ICSAP brasileira, foram solicitados somente participantes da faixa etária adulta (de 18 a 59 anos), internação recente (período posterior a janeiro de 2014) e cadastro familiar na unidade de saúde. Os participantes que tivessem alguma alteração neurológica e/ou psiquiátrica que dificultasse a compreensão das perguntas e respostas das entrevistas seriam excluídos da pesquisa. A escolha pelos participantes da faixa etária adulta nesta pesquisa é justificada pelo fato deste grupo ser o que procura com maior frequência as unidades de ESF de acordo com levantamento prévio com os enfermeiros do município.

Foi solicitado aos enfermeiros (as) que fizessem uma seleção em prontuários, registros, livros de ocorrência e reuniões com a equipe para que fossem repassados à pesquisadora, os participantes elegíveis à pesquisa; sendo solicitado o nome, endereço, telefone, motivo da internação e data da internação dos participantes.

Seriam selecionados inicialmente 2 usuários de cada ESF, perfazendo um total de 38 participantes, porém algumas unidades não repassaram os participantes elegíveis e após várias tentativas de abordagens optou-se por não mais incluir participantes e o estudo contemplou um total 30 participantes. Além do fato de algumas ESF não repassarem os participante elegíveis, após vasta e extenuante leitura das entrevistas transcritas observou-se reincidência dos dados e este foi o fator crucial para que o estudo fosse fechado com este número de participantes. Abaixo encontra-se listado os participantes por ESF.

QUADRO DE PARTICIPANTES POR ESF	
HAIDEÊ	2
BEIRA RIO	2
CATAGUARINO, VISTA ALEGRE E ARACATI	1
JUSTINO	0
SANTA CLARA	2
SOL NASCENTE	2
PAMPULHA	2
THOMÉ	2
CENTRO	0
BOM PASTOR/DICO LEITE	1
PRIMAVERA	2
PARAÍSO	2
SERENO E GLÓRIA	2
TAQUARA PRETA	2
VILA REIS	1
BANDEIRANTES	2
LEONARDO	2
GRANJARIA	2
GUANABARA	1

Ilustração 3: Quadro com os Participantes por ESF

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa somente foi realizada após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) pelo participante, no qual versa sobre o tipo de pesquisa e os objetivos, esclarecendo sobre a participação voluntária. No termo fica explícito que tanto a participação, quanto a não-concordância em participar do estudo não acarretará prejuízo de qualquer natureza aos entrevistados. Ficará assegurado aos participantes do estudo todo apoio necessário, devido ao fato de tratar-se de um estudo no qual a exposição aos riscos é possível.

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e seguiu as normas da Resolução N. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas com seres humanos. O trabalho foi aprovado em 29 de novembro de 2016 com o parecer número: 1.840.880 pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF/Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde (NATES) (PARECER EM ANEXO).

A pesquisa teve autorização prévia para sua execução junto à Secretaria Municipal de Saúde de Cataguases, através da assinatura dos dois gestores municipais de saúde através da Declaração de Infraestrutura que encontra-se anexada como Apêndice A.

3.5 ESTRATÉGIA DE COLETA DE DADOS

Para a confecção desta pesquisa optou-se pela utilização da entrevista semi-estruturada. De acordo com Flick (2004), as entrevistas semi-estruturadas conseguem apontar de forma mais amplificada as visões dos sujeitos entrevistados, no sentido de propiciar um planejamento relativamente aberto em comparação à uma entrevista padronizada ou um questionário por exemplo.

Para Minayo (2000) as entrevistas semi-estruturadas aproximam-se das não-estruturadas, pois nenhuma pesquisa se coloca de forma totalmente aberta, necessitando para a sua aplicação de um roteiro norteador. Na entrevista semi-estruturada faz necessário enumerar as questões que serão abordadas em campo, porém a ordem dos assuntos abordados não deverá obedecer uma sequência

rígida, e sim ser determinada pelas preocupações e ênfase que os entrevistados determinam no decorrer das entrevistas.

Anteriormente à coleta de dados, foi assinado pelo gestor municipal de saúde do município estudado um termo de consentimento para realização da abordagem inicial com os profissionais gestores das unidades de ESF (enfermeiros). Após o consentimento do gestor municipal de saúde, foi realizada um contato via telefone e e-mail com os Enfermeiros (as) das ESF do município para explicação do estudo, bem como da importância da seleção correta dos participantes elegíveis para a pesquisa.

Não foi possível estabelecer contato telefônico com os participantes da pesquisa para agendamento das entrevistas como havia sido previsto, pois as ESF não tinham os números dos telefones, diante disto as abordagens das entrevistas foram feitas diretamente no primeiro contato no domicílio dos participantes. As entrevistas com os usuários pré-selecionados foram feitas no período compreendido entre os meses de janeiro a abril de 2017, nas suas residências e após o consentimento dos mesmos com a participação na pesquisa.

O modelo de entrevista encontra-se no Apêndice C, sendo que os questionamentos visam identificar na ótica dos usuários como discorreram seus itinerários terapêuticos e quais os fatores levaram aos desfechos de ICSAP, avaliando desta maneira a identidade da APS no município em estudo.

Todas as entrevistas foram transcritas e após a transcrição os participantes da pesquisa foram nomeados de acordo com um código, no qual foi utilizada a letra P para participante, o número correspondente à transcrição da entrevista, a letra M para atribuir gênero Masculino, e F para gênero Feminino, e a idade do participante.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição e nomeação dos participantes da pesquisa, os dados foram trabalhados exaustivamente de forma manual, extraindo-se os temas de acordo com a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977), que contempla três fases: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e a interpretação.

3.4.1 Pré-Análise: é a fase inicial, que tem como objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias, conduzindo a um esquema preciso do desenvolvimento das

operações futuras. Contempla a leitura flutuante, que consiste em um primeiro contato com os documentos, a escolha dos documentos propriamente dita, a formulação das hipóteses e objetivos, a referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, e a preparação do material.

3.4.2 Exploração do Material: consiste em uma fase longa, no qual são feitas as operações de codificações, decomposição ou enumeração do vasto material selecionado para extrair os significados.

3.4.3 Tratamento dos dados obtidos e interpretação: é a fase que entram as operações estatísticas, e são feitas as sínteses e seleção dos resultados, levando às inferências e interpretações pertinentes à relevância do estudo.

De acordo com análise temática dos achados da pesquisa definiu-se as seguintes categorias:

- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES;
- A APS NA VISÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE;
Avaliando a assistência prestada;
Como os usuários entendem e vivenciam a APS
- OS ASPECTOS QUE INFLUENCIARAM NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO DOS PARTICIPANTES;
Inerentes à atuação da APS: orientações prévias e atividades de prevenção e promoção à saúde;
Inerentes à história de vida dos participantes;
- ANALISANDO A APS ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS;
- Os caminhos de cada usuário até a sua internação;
- Tecendo análises sobre a APS baseada nos caminhos percorridos pelos usuários.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diante de uma pesquisa qualitativa abrangente, com tantos perfis diferenciados de vivências dos usuários pelos serviços de saúde, surgem muitos temas através da análise minuciosa das falas dos participantes; porém há um compromisso de se ater àqueles pontos elucidados nos objetivos do estudo visando principalmente avaliar a APS utilizando como meio os Itinerários Terapêuticos vivenciados pelos participantes durante seu processo de internação por CSAP.

Os participantes serão caracterizados inicialmente quanto aos seus perfis sociodemográficos, assim como em relação ao perfil de internação e doença condicionante à classificação em uma ICSAP. Em seguida serão analisadas as formas como os usuários percebem e vivenciam as ações da APS de maneira a permitir avaliações primitivas e não referenciadas diretamente como avaliações, porém significativas para compreensão da realidade da APS demonstrada no estudo.

Alguns fatores relacionados à internação dos participantes emergiram das falas e foram divididos em: fatores diretamente relacionados à atuação da APS e fatores intrínsecos à história de vida dos usuários. E por fim será descrito de forma sucinta e esclarecedora os IT individuais de cada participante fazendo-se uma análise destes IT no contexto da avaliação da APS.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Com base nos dados preliminares das entrevistas, foi possível traçar um perfil social e epidemiológico dos participantes através de perguntas iniciais. Estes dados tornam-se relevantes, pois nos justificam contextos essenciais apresentados nas falas dos participantes. Todos os dados de caracterização dos participantes serão apresentados em gráficos para melhor ilustração e entendimento.

Foram incluídos no estudo um total de 30 participantes selecionados pelos Enfermeiros (as) das unidades de ESF do município de Cataguases. Todos os participantes apresentam-se devidamente cadastrados em suas respectivas unidades de ESF. Os participantes foram entrevistados em suas residências e uma participante preferiu ser entrevistada em seu trabalho. Todos os participantes se mostraram muito receptivos, porém a maioria demonstrou certo constrangimento nas

abordagens iniciais. Mas ao decorrer das entrevistas, o constrangimento foi substituído pelo envolvimento com o estudo e a maioria apresentou sentimento de gratidão por ter contribuído significativamente. Em relação ao gênero, observou-se predomínio do gênero feminino com 63%, enquanto os participantes do gênero masculino foram representados por 37%. Rehem et al (2013) em seu estudo ecológico sobre ICSAP também tiveram prevalência maior de interações no gênero feminino; assim como Sousa et al (2016) em seu estudo descritivo na cidade de Brasília. A predominância do gênero feminino pode ser explicada pelo fato de que as mulheres recorrem mais aos serviços de saúde do que os homens, pois é sabido que culturalmente a procura pelos homens para os cuidados com saúde no Brasil é deficiente, sendo uma preocupação recorrente o emprego de políticas públicas mais eficazes voltadas para a saúde do homem.

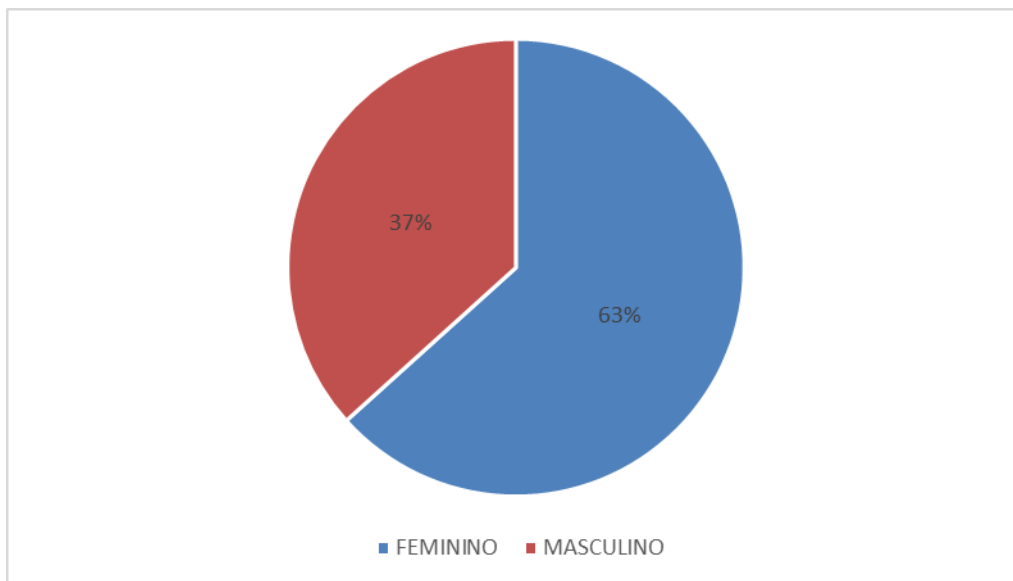


Ilustração 4. Gráfico de Gênero dos Participantes

Em relação ao nível de escolaridade observou-se um predomínio de participantes com ensino fundamental incompleto, perfazendo um total de 46,6%. Da faixa etária incluída no estudo inicialmente de 18 a 59 anos, o participante com menor idade foi de 26 anos e de maior idade 59 anos, sendo que a maioria dos entrevistados pertencia à faixa etária de 51 a 55 anos, com um total de 9 participantes, representados em 30%. A média de idade dos participantes foi de 47 anos.

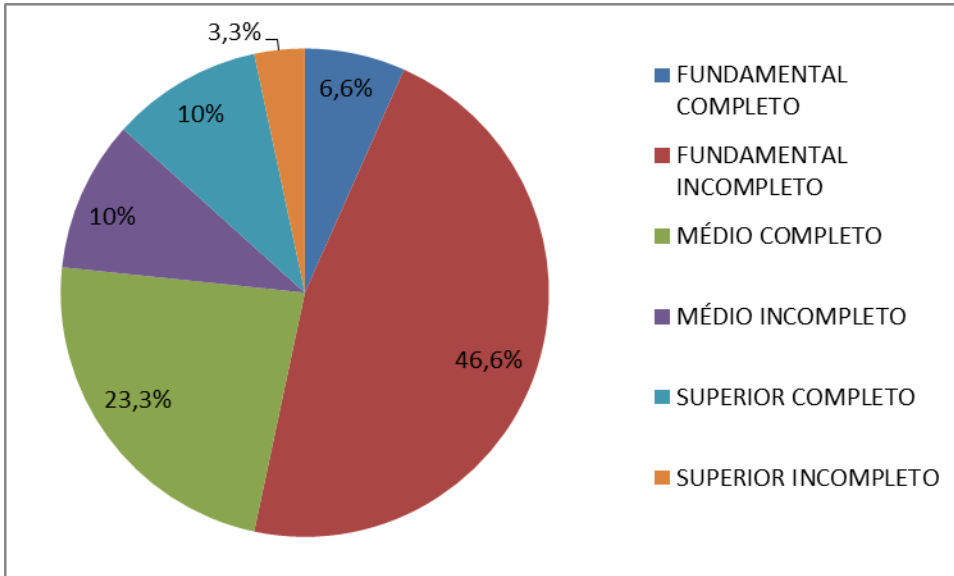


Ilustração 5. Gráfico de Nível de Escolaridade dos participantes

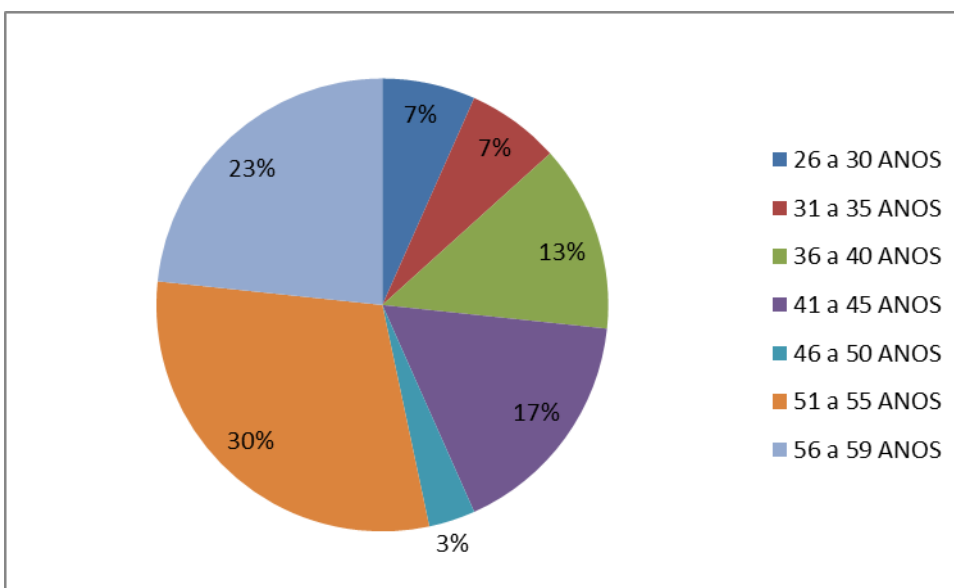


Ilustração 6. Gráfico de Idade dos participantes

O tempo de vínculo com a ESF dos participantes teve predomínio de longos anos, sendo que a maioria dos entrevistados (34%) residia e frequentava a ESF entre 11 e 20 anos. O fato de o vínculo dos participantes com a ESF ser de predomínio longo, não mostrou relação com o conhecimento dos participantes quanto às ações e funções executadas pela ESF, sendo que este tema será melhor explorado no capítulo sobre o Conhecimento dos participantes das ações desempenhadas pela ESF.

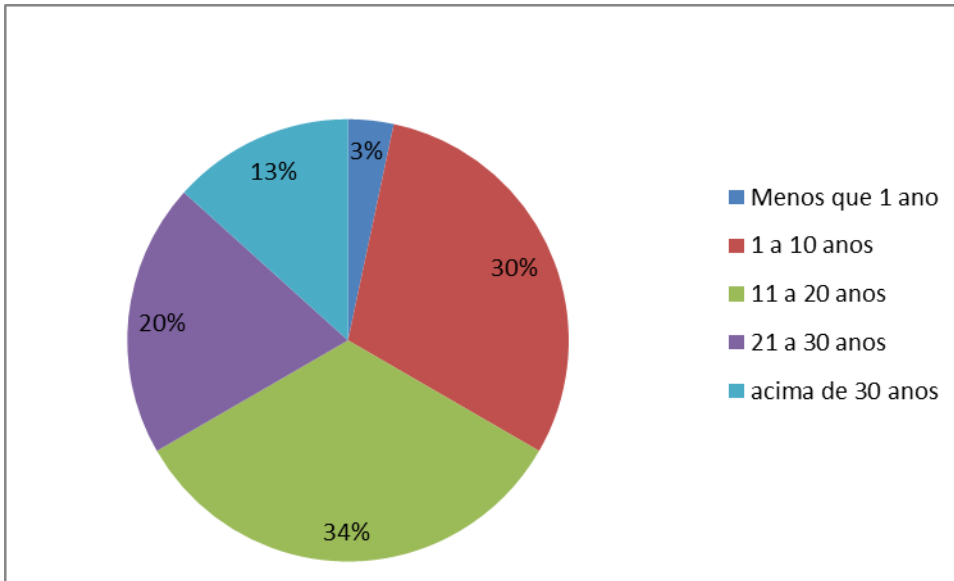


Ilustração 7. Gráfico de Vínculo com a ESF dos participantes

Em relação aos motivos das internações, os participantes em sua quase totalidade (com exceção de um participante) não tinham o sumário de alta constando o CID da internação, e portanto foi levado em consideração somente o relato do participante como forma de caracterizar as doenças que os levaram à internação condizentes com a lista brasileira de CSAP. Em alguns participantes os motivos das internações foram duas ou mais doenças, porém optou-se por classificar o motivo da internação com a comorbidade com maior impacto sobre os processos de saúde e adoecimento dos entrevistados.

O grupo de doenças com maior prevalência no estudo foi o das Doenças Cerebrovasculares, nos quais os participantes descreveram como “Acidente Vascular Cerebral (AVC)” e “derrame”, com um total de 7 participantes correspondendo a 23,3%; seguido pelo grupo de doenças de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Infecção do Trato Urinário correspondendo a 16,6%; as Insuficiências Cardíacas apresentaram-se agudas neste estudo associadas a episódios de Infarto Agudo do Miocárdio representando um total de 13,3%; as Pneumonias estiveram presentes em 6,66% dos entrevistados, e somente um participante relatou internação por Asma (3,33%) e outro participante por Angina Pectoris (3,33%). Na avaliação inicial com os Enfermeiros não foi repassado nenhum caso de internação por Gastroenterites.

Torres e Ciosack (2014) e Rodrigues-Bastos (2013) encontram dados de ICSAP semelhantes ao deste estudo em Cotia, São Paulo e Juiz de Fora, Minas Gerais respectivamente, nos quais a prevalência das doenças cerebrovasculares foi acentuada em comparação com as demais CSAP.

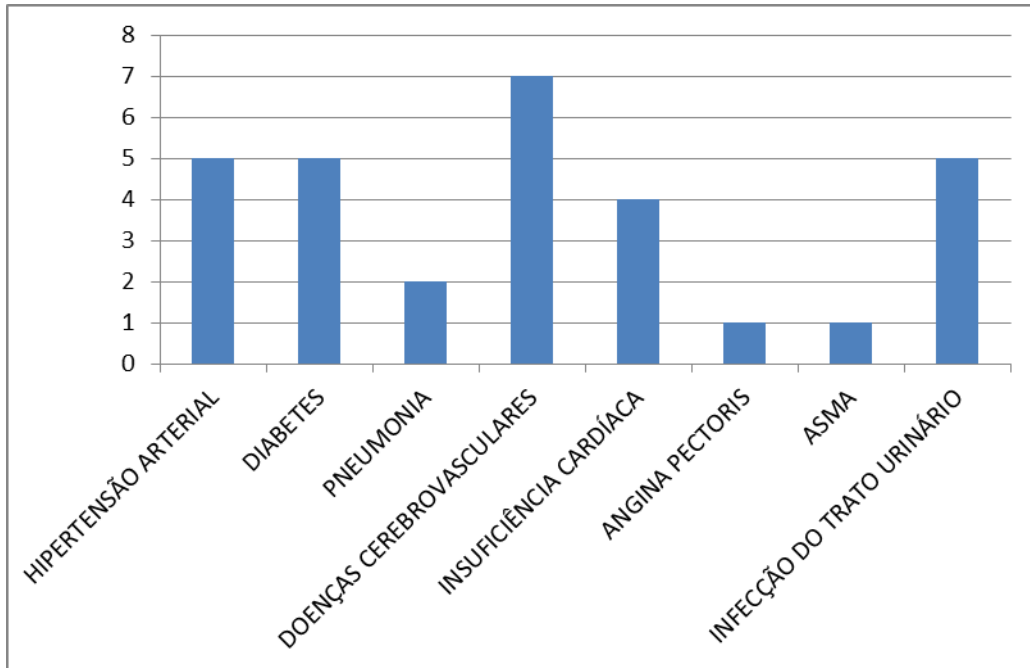


Ilustração 8. Gráfico de Motivos das Internações dos participantes

Na abordagem inicial da entrevista o último aspecto questionado diz respeito ao tempo em dias da internação, no qual observou-se que a maioria dos participantes (40%) ficaram entre 6 e 10 dias internados, e uma parcela significativa (13%) ficaram entre 26 e 30 dias hospitalizados; a média de tempo em dias de internação dos participantes foi de 11 dias.

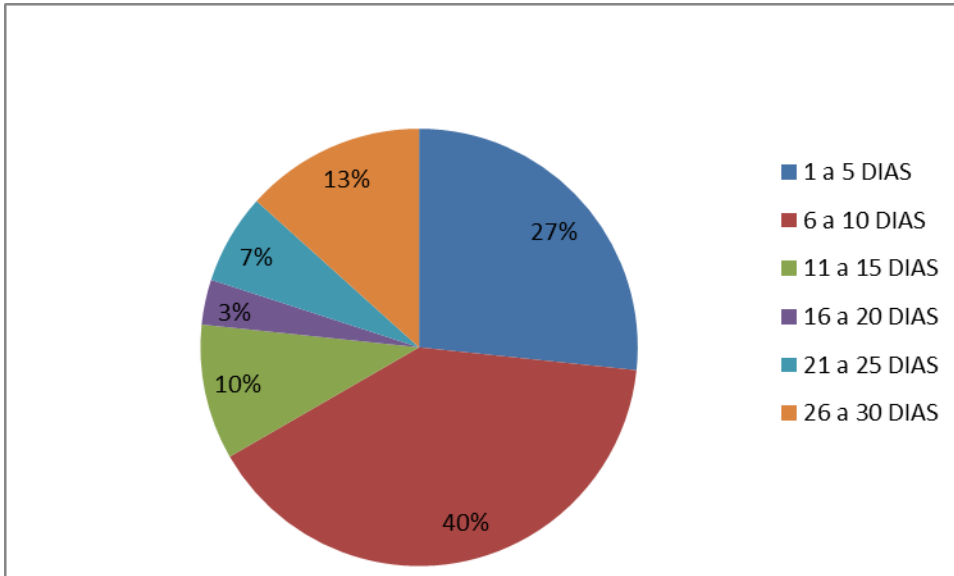


Ilustração 9. Gráfico de Tempo em dias da internação dos participantes

4.2 A APS NA VISÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Neste estudo para se conseguir obter respostas frente a uma avaliação da APS sobre a ótica dos usuários não foi tarefa fácil, pois em muitas abordagens os participantes mesmo sendo entrevistados em seu domicílio, não poderiam se sentir incitados a falarem “bem” ou “mal” da ESF que frequentam. Em seus pensamentos não poderiam pairar o medo das repercussões em seus futuros atendimentos que o estudo poderia trazer, mesmo resguardando o sigilo durante toda a pesquisa. As respostas que traziam avaliações em seu significado não partiram essencialmente da pergunta norteadora sobre a assistência prestada pela ESF; elas surgiam através de relatos simplificados de como estes usuários percebem e enfrentam seus problemas de saúde, utilizando ou não a ESF como apoio para este enfrentamento.

4.2.1 Avaliando a assistência prestada

As falas dos participantes remetem a muitas impressões vivenciadas por eles nos cotidianos de atendimentos nas unidades de ESF do município. Em alguns momentos as experiências de atendimentos apresentam-se exitosas, e os participantes em grande parte atribuem esses atendimentos positivos à empatia e bom trabalho executado pela equipe atuante.

“Sempre, sempre necessária, sempre bem recebida, sempre bem acolhida, na hipertensão, ou em qualquer crise” (P6F54).

“Eu agradeço primeiro a Deus né, depois a doutora C (médica da ESF), que se não fosse ela, não tinha operado não” (P8F40).

“Sou muito bem atendida, não tenho o que reclamar. Tudo que eu preciso lá eles me ajudam, pra trocar receita, pra olhar minha pressão, e tudo” (P1F36).

“Olha eu não posso reclamar não, eu fui muito bem atendido tanto no posto de saúde, nas primeiras consultas minhas preliminares, no início do meu tratamento, até a chegada da UTI (...)” (P3M55).

“É eu acho que sim, pelo menos o pessoal do posto foi muito bem, veio, não veio na hora, mas vieram, e conseguiram fazer o pedido pra internação (P14M57)”.

“(...) foram muito atenciosos, quando eu vim pra casa o pessoal do posto fez o curativo” (P16M56).

“(...) eles atendem a gente bem, me recebe bem, tudo o que preciso eles me dão, no possível que eles possam fazer eles me ajudam, quando não pode não tem jeito, eles falam eu procuro outro jeito, mas eu sempre fui bem recebida no meu posto”. (P25F41).

“Eu fui muito bem cuidada, tanto no posto quanto lá no hospital” (P23F44).

“(...) mas o atendimento foi ótimo. As meninas foram muito atenciosas” (P24F52).

Porém, mesmo nas falas que caracterizam a assistência como de qualidade observa-se que apesar da boa receptividade e eficiência dos funcionários da ESF, este fator por si só não basta para determinar a satisfação dos atendimentos prestados. Os usuários apontam algumas falhas que comprometem fortemente a assistência, como nas falas abaixo que caracterizam a dificuldade de acesso como “parte burocrática”, fazendo uma crítica pertinente ao sistema de saúde, e não da equipe de ESF ao qual está vinculada:

“(...) muito bem atendida. Muito bem cuidada, todos são muito atenciosos, eu acho que a parte burocrática que realmente deixa a desejar, não funciona. Não por parte dos profissionais...por parte do sistema” (P11F37).

“(...) o problema todo é a dificuldade ao acesso, o que o posto tem ele cede, mas o que o posto não tem, que a gente fica deficiente, entendeu,” (P2M28).

Um ponto de grande diferenciação para os usuários no que se refere a um atendimento resolutivo de APS é a questão das referências para os serviços especializados. Em algumas falas fica marcante que a demora na marcação destes atendimentos acaba sendo o grande entrave na resolutividade da APS, haja vista que a APS tem sua limitação em sua área de atuação, justificado pelas premissas básicas de atendimento que ela deve prestar, sendo em muitos momentos necessário as referências para os serviços especializados.

“O posto nem assistência me deu. Falou pra mim procurar um médico particular, porque se eu fosse consultar com o doutor, como é que o nome do doutor ali, é o doutor, doutor L, doutor L ia me encaminhar para o urologista, só daí a dois meses que ele ia poder me atender” (P7M51).

“(....) não consegui urologista, e não consegui é...fazer a cirurgia pelo SUS, aí eu tive que arrumar dinheiro emprestado com agiota, pra mim fazer a cirurgia, que não é uma cirurgia barata...não tinha urologista, que foi assim na meada de janeiro, que tava em transição da troca de prefeito, e que não tinha, a única coisa que eu consegui pelo posto de saúde foi os exames pré cirúrgicos, os de sangue, aí eu fiz hemograma, fiz coagulação, e fiz o de urina, só isso”. (P10F35)

“Eu fui muitíssimo bem atendido, mas os recursos, muito limitados, porque ele é meu Deus, clínico geral, e o posto, é... ele prioriza assim pessoas mais humildes, doenças como curativos de erisipelas e essas coisas assim, mede muito a pressão das pessoas, porque tem muitas pessoas idosas aqui, mas no geral ... a infraestrutura é limitada, bem, bem, bem limitada” (P17M59).

“A maioria das coisas é ali né. Porque é daqui que sai tudo (...) às vezes demora um pouquinho, mas consigo (...) assim, não é culpa deles, mas tá um pouco lento. Mas a gente consegue” (P12F29).

“(....) cardiologista aqui é muito difícil, posto de saúde não tem. E pra pagar, você ir no cardiologista é duzentos, quase trezentos reais, então às vezes a gente não tem dinheiro também. Aí não tem nem como fazer o negócio é só pagando mesmo”. (P19F56).

Em relação à deficiência da autorização de exames, Shimith e Lima (2004) elencam como uma grande dificuldade na continuidade da assistência, ficando os usuários numa posição inerte ao aguardarem por meses ou até mesmo por anos para realizarem seus exames, quer sejam laboratoriais ou exames mais complexos; sendo que em muitos casos os usuários acabam tendo que pagar por um exame que o SUS garante como seu direito. E esta situação gera sentimentos de revolta e impotência diante daquilo que os usuários necessitam.

“(...) ué , igualzinho esses dias pra trás mesmo eu fui lá consultar com o doutor R de S, eu peguei um exame pra fazer, tem mais de 2 (meses), eu internei depois eu já fiz mais exames, e meus

exames até hoje não chegou. Não chegou pedido até hoje pra mim” (P13F51).

“Ah eu pra mim não tenho que reclamar não. Pra mim tá tudo bem, quando que vou lá, eles me atendem, igual o que eu te falei, a única reclamação que eu tô te falando é só com isso, dos exames, atraso dos exames, mas tirando disso eles me recebem bem” (P13F51).

“(…) às vezes também a gente marca, igual eu marquei uma colonoscopia, ó já tem mais de três anos, nunca saiu, fica ali, o papel some no posto, eles não marcam pra gente. Igualzinho coisa de ultrassom, uma vez também eu tive que pagar porque tava difícil de sair, eles não conseguem, que não tem como, que tem exame que demora muito, fica mais de ano, dois anos, quando você consegue, você já morreu já, não consegue, entendeu?” (P19F56).

Estes achados relativos à dificuldade de acesso a serviços especializados e exames corroboram com os achados de Rehem (2016) em seu estudo qualitativo sobre ICSAP em uma área de abrangência da metrópole São Paulo. A pesquisa aborda tanto os usuários dos serviços de saúde quanto os profissionais de saúde que trabalham diretamente na assistência aos usuários entrevistados. Nas falas de ambos os grupos a não marcação de exames e consultas especializadas são um motivo de grande inquietude, pois como mencionado anteriormente a APS não deve ser responsabilizada pela ineficiência destes serviços que estão em outro nível de atenção; e o que se observa é um crescente número de usuários direcionando estes exames e consultas especializadas às redes particulares, seguindo a direção contrária dos princípios do SUS de universalidade e regionalização dos serviços.

Os municípios devem contar com uma rede de referências estruturada para dar seguimento às ações da APS, mas o que observou-se neste estudo é que esta rede encontra-se deficiente.

No relatório da 12^a Conferência Nacional de Saúde, fica explicitada a questão da organização e responsabilidade do município em prover e gerir os sistemas de referências e contra-referências, garantindo o acesso aos serviços de média e alta complexidade, promovendo a resolução dos problemas de saúde apresentados pela população (BRASIL, 2004).

Em alguns relatos a predominância da não assistência dos encaminhamentos e exames classifica toda a assistência como aquém das necessidades apresentadas pelos usuários dos serviços de saúde:

“(....) e posto também daqui é muito ruim, desde quando que vim de Juiz de Fora que eu tô com um encaminhamento pra Neurologista e eu não consigo marcar pelo posto, ai eu tenho que ficar pagando, eu não tenho dinheiro, eu já paguei Cardiologista, já fui uma vez na Endocrinologista, eu não tenho dinheiro pra ficar pagando sempre, você vai lá e eles não resolvem (P28F43)”.

“(...) porque tá uma bagunça mesmo, eu acho que não é nem tanto por troca de gestão não. Porque a minha menina, eu tenho gêmeas, e uma das minhas meninas operou o coração quando nasceu, e quando foi em julho ou agosto não sei de 2016, ela fez um eletro que a médica do posto, como ela tava obesa, pediu pra fazer um acompanhamento pra ver se ela pode fazer uma caminhada, uma esteira, até hoje, ela fez o eletro, e até hoje ela não conseguiu cardiologista pra olhar o eletro dela, já passou da validade o eletro” (P10F35).

Dentro desta questão da demora nos encaminhamentos uma única participante fez uma colocação generalista sobre as prioridades que devem existir nas marcações dos exames e encaminhamentos. Este ponto é de extrema importância para conhecimento dos usuários que utilizam dos serviços da ESF, pois muitos questionamentos e julgamentos da assistência emergem da falta de conhecimento das prioridades que são destacadas na marcação dos exames e das referências de serviços especializados.

“Sempre que preciso eu procuro. E ali eu tenho conseguido tudo o que eu necessito. Assim pro meus filhos, igual o meu filho teve problema de saúde, já, não vou falar porque o problema é o meu, não é o dele, não tem segredo, mas então, quer dizer, já consegui, consigo exames, consigo é como o que fala que muda receita né, quando vem de Juiz de Fora do meu filho, eu troco a receita ali, tudo, o pessoal são super ótimos, ali pra mim eu não vejo burocracia nenhuma, agora eu acho que outros exames pode ser até mais difícil, porque geralmente a saúde tá difícil pra todo mundo né, e eu acredito que no hospital tudo o que você consegue, consiga, aquelas pessoas que tão mais carentes,

mais necessitadas, entendeu? Porque tá necessitada, tá precisando. Então pra gente que tá aqui fora e pode esperar mais um pouco, então os que tão na frente, é igual o caso de negócio de implante de rins essas coisas, os mais necessitados passa na frente não é isso? E os outros que pode esperar mais um pouquinho vão esperando, acho que é onde o povo fica reclamando que a assistência tá ruim, eu entendo assim, porque eu sei que tem gente que tá com situação pior que a gente né” (P24F52).

Nas falas dos participantes abaixo destaca-se os exemplos de atendimentos negativos, não condizentes com os princípios do SUS, e que nos fazem refletir sobre algumas precariedades na assistência:

“Porque a gente procura uma assistência no bairro, no posto, né, se tiver passando mal na hora que você é atendida, se você não tiver passando mal você vai ficar, deixar seu nome lá, e lá você, até esquece” (P26F0)

“(...) não, não lá no posto não. Só fui uma vez só, levar a B, mas não voltei mais não (...) que essa doutora I, que eu tive dificuldade com ela pra entender ela, eu não voltei mais não” (P21F58).

Há ainda aqueles usuários que assumem não recorrer à ESF como sua primeira porta de entrada de atendimento, apoiado na justificativa da baixa resolutividade e por questões individuais e extrínsecas ao atendimento, perpetuando que a busca por cuidados de saúde não acontece de maneira preventiva e sim curativista. A burocratização que dificulta o acesso aos procedimentos e atendimentos mostrou-se como um entrave na fala abaixo, e é descrita também por Gomes (2012) em seu estudo sobre IT, no qual afirma que a lógica da organização dos serviços de saúde atualmente não é centrada no usuário e sim na burocracia da organização.

“É o seguinte, eu vou no posto de saúde também, mas não é minha primeira opção, é (...) não sei se é porque eu tenho contato maior né, lá no hospital, então eu já vou direto lá. Pra falar a verdade mesmo, porque pela demora de resolver a situação, então a minha visão é assim, não só minha, acredito que de muitas pessoas, que não vão até o PSF, até a unidade

básica de saúde porque passa pela triagem, chega lá, tem uma burocracia grande, então, é, quando a gente vai, no hospital, não é o indicado, a gente tem que ir no bairro, mas quando a gente vai lá a gente resolve mais rápido, a gente consegue resolver mais rápido” (P11F37).

Esta impressão ilustrada no depoimento acima de que o hospital, o pronto atendimento traz uma implicação de resolutividade rápida e eficaz é apontada por Schimith e Lima (2004) no qual o pronto atendimento é relacionado no imaginário popular como o local onde são resolvidos todos os problemas agudos de saúde da população.

Transparecem nas falas alguns exemplos de não procura sistemática às unidades de ESF, nos quais os participantes mostram alguma indiferença e até falta de conhecimento da localização da unidade ao qual deveria estar cadastrado; sendo este um fato precursor do não entendimento das ações desenvolvidas pela APS. Este achado corrobora com os achados de Lima et al (2014), que realizou uma pesquisa com os profissionais de saúde atuantes na ESF no estado do Paraná, no qual observou que o desconhecimento da relevância das ações promovidas pela APS por parte dos usuários, era considerado um ponto negativo para a satisfação dos profissionais de saúde em sua prática de trabalho.

“Ah muito difícil porque, se eu não tiver precisando eu não vou. Vou mais lá assim pra poder pegar uma receita pra mim, pegar uma receita pro meu filho entendeu” (P20F57).

“(...) eu frequento. Mas assim só em último caso mesmo. Não sou muito de ficar indo em posto não (P23F44).

“(...) moro aqui no bairro C há 10 anos, nunca fui ao posto de saúde, eu acho que faz parte da G, um bairro ao lado, mas eu nunca fui lá, não sei nem onde fica” (P9M31).

Outro ponto levantado é a **falta de humanização** nos relacionamentos entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais de saúde da ESF com ênfase do profissional Médico que pode ser destacado em alguns depoimentos:

“(...) eu sim, só que de um tempo pra cá o posto de saúde é bom, mas eu acho que deveria ter mais socorro, que nem você passa mal e o médico tá estressado, não quer atender, e tem hora que você precisa. Se você vai procurar um posto de saúde não é por boniteza não é, é porque você tá precisando” (P29F45).

“Olha, o que eu acho é o seguinte, eu acho que eles teriam que atender bem, as pessoas, que quem vai lá são as pessoas mais humildes, que vai em posto de saúde, que as pessoas que tem dinheiro não vai, vai procurar particular, vai na clínica, vai pra São Paulo, vai pra tudo enquanto é lugar melhor, então quer dizer, eu acho que eles teriam que ser mais humano, atender as pessoas melhor, principalmente o médico do posto, porque os médicos de posto trata o pessoal mal” (P7M51).

Esse dado da insatisfação diante da falta de humanização com os usuários dos serviços de saúde corrobora com os achados de Barbosa, Dantas e Oliveira (2011) em sua pesquisa qualitativa na cidade de Crato (CE) no qual os usuários apontam ser importante o estabelecimento de uma relação sujeito-sujeito, sem diferenciações nos atendimentos.

Ainda neste tópico levantado de humanização, há que se ressaltar que a Política Nacional de Humanização estabelece para os serviços de atenção básica pontos fundamentais para uma assistência igualitária e de qualidade, sendo eles o estabelecimento de formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema, apoiados nos princípios de valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização (BRASIL, 2004b).

Outro ponto explicitado nas falas, foi a falta de estruturas físicas adequadas para melhor atendimento sendo evidenciada por uma única participante, ao referir que não conseguiu atendimento odontológico para o pai na unidade de ESF devido a presença de mofo nas paredes do consultório odontológico, tendo que se deslocar para um Centro Especializado Odontológico (CEO), mais distante de sua casa para conseguir atendimento. Souza e Roncalli (2007) em sua pesquisa no estado do Rio Grande do Norte evidenciaram problemas estruturais nos serviços de Odontologia

inseridos nas unidades de ESF, configurando este fator redundante no território nacional.

*“(...) na parte odontológica lá é péssima, porque meu pai por ter diabetes, tava bambeando os dentes da boca tudo, aí teve que extrair todos os dentes, eu não, a gente não teve condição de se quer meu pai tratar dos dentes dele aqui no posto. Eu tive que ir na policlínica pra arrancar dente... aqui não tá fazendo extração porque tá **mofado**, a sala do dentista. Aí não faz, nem ponto tirou do meu pai”. (P10F35)*

4.2.2 Como os usuários entendem e vivenciam a APS

A visão que os usuários da APS têm sobre quais os tipos de atendimentos que podem realizar nas unidades de ESF apresentou-se neste estudo de forma vaga e incompleta em muitos relatos. Grande parte dos entrevistados não soube relatar nenhuma ação ou função desempenhada pela ESF. Estes achados nos fazem refletir que a falta de conhecimento por parte da população das atividades nas quais ela pode confiar a sua unidade de saúde mais próxima, refletirá de maneira negativa na resolutividade dos problemas de saúde desta população, pois o usuário bem esclarecido acerca dos atendimentos de saúde que pode obter de sua ESF, terá um empoderamento que fará a diferença em sua adesão às atividades preventivas e em seus cuidados de saúde.

“Se eu saiba de cada um...ah não sei não” (P4M44).

“Ih, isso tá danado né, porque isso aí eu não sei não”. (P8F40).

“Ah menina, sabe que eu não sei. Eu sei que tem uma lá que é enfermeira, e não sei explicar não”. (P13F51)

Alguns participantes relataram conhecer somente a função do profissional **médico**, e outros essencialmente caracterizaram toda a assistência prestada dentro da ESF em favorecimento do momento crucial da **consulta médica**, perpetuando assim o estigma de que os atendimentos de saúde devem ser basicamente voltados à consulta médica, de cunho curativista não havendo conhecimento e envolvimento com outras atividades e outros profissionais de saúde.

“É, só médico”. (P16M56)

“Mais ou menos, eu não sou totalmente leigo, eu sei posso até descrever se for o caso, tem o clínico geral né, a gente passa por uma triagem, da triagem, vai pra ser monitorado pressão, essa coisa toda, daí então, quando tem esses dados, que a gente passa, é passado pra mão dele, pra avaliar diante daquilo ali, vai fazer as perguntas dele, vai juntar os dados todos, pra tirar a conclusão dele, logicamente, entendeu, pra dar o parecer dele”. (P17M59)

“Hum sei...eu sei que assim eles agora, antes, eles tavam assim, agora você vai lá eles vem e passa pra poder marcar consulta, mas às vezes eles passava aqui também não tinha ninguém em casa porque trabalhava o dia inteiro, meu marido também não ficava em casa e quando a gente ia lá era mais difícil de marcar consulta”. (P19F56)

“Tem, tem consulta, a menina que marca né (...) só aquele lugar mesmo que a gente vai e marca a ficha, a gente fica esperando o médico chegar e só isso”. (P22F59)

Nesta temática de super valorização das consultas médicas dentro das unidades de ESF, Faria (2011) encontrou achados semelhantes em sua pesquisa qualitativa na cidade de Juiz de Fora, analisando a questão na ótica dos outros profissionais de saúde que atuam nas unidades de ESF, ao perceber que os usuários tem uma visão muito pontual sobre a assistência prestada, valorizando somente a atenção dada pelo médico, favorecendo à desvalorização dos outros profissionais lá inseridos; bem como as outras ações desenvolvidas no âmbito da APS.

Este modo de vivenciar as ações da APS no qual o evento mais importante dentro das unidades é a consulta médica pode ser sustentada pelas formas de trabalho do médico na realidade das ESF brasileiras. Em relação à este tópico da centralização em torno do trabalho do profissional médico, Merhy (1998) afirma que o modo atual do médico trabalhar é marcado principalmente pelo distanciamento que ele apresenta pelos interesses dos usuários; devido ao isolamento que produz na sua relação com os outros trabalhadores de Saúde assim como pelo desconhecimento da relevância das práticas de Saúde dos outros profissionais e

pelo predomínio das modalidades de intervenção pautadas nas tecnologias duras, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos.

Nesta lógica que se estabelece entre os usuários e a APS, no qual o ápice dos atendimentos dentro da ESF configura-se no momento da consulta médica e em todos os procedimentos solicitados através dela, é possível fazer uma reflexão de que quaisquer fatores que dificultam ou impedem este momento será visto pelos usuários como uma falha sem precedentes e excluirá outras atividades desenvolvidas pelas ESF, ressaltando a vigência do modelo biomédico e centralizador que descaracteriza os moldes de atendimento em prol da promoção da saúde que devem ser colocados em prática na APS atual. O usuário fará sempre uma associação dos seus cuidados de saúde com a condicionalidade dos atendimentos médicos, tornando esta situação como um dos grandes entraves para as melhorias buscadas para a APS. O entendimento deste usuário sobre sua autonomia acerca de seus processos de saúde adoecimento, bem como a aceitação das práticas exercidas por outros profissionais de saúde se faz de extrema importância para uma ESF estruturada e eficiente.

Um ponto ressaltado de importância para os usuários leva em consideração as **visitas domiciliares**. Eles pontuam esta atividade de forma diferenciada das demais atividades inseridas no contexto de serviços de saúde, com ênfase na abordagem dos ACS.

“Sei...que é a saúde da família, que é a visita aos acamados, né, que é a assistência aos exames, aos encaminhamentos, tudo correto”. (P6F54).

“Ah eu conheço, tem vários lá né, que ali cada uma é pra uma rua do bairro entendeu, então uma vai pra uma rua, outro vai pra outra né, pra dar assistência às pessoas”. (P20F57)

“Tem fisioterapeuta, eu chamo a médica se eu sentir alguma coisa ela vem em casa, a enfermeira também (...)” (P28F43).

“Veio o médico, veio essa menina de Cataguases, as outras aí, acho que elas é mais atendente, pra atender assim, vai nas casas das pessoas pra atender, pra saber como que tá a saúde, quando tem que entregar uma consulta, umas coisas assim,

acho que elas faz, mas mede uma pressão, igual vacina, eu tomei uma vacina lá, aqui da febre amarela”. (P14M57)

“Lá tem um tal de visitante nas casas dos idosos, que eles tem no posto de saúde (...)”. (P26F40)

“(...) tem as agentes também comunitárias né, que fazem também avaliação nas casas, embora pra esse aspecto também, tá um pouco defasado, falta, uma época eu sei que é por falta de agente, por n motivos né, ou é motivo da política que virou, o agente tal foi direcionado para outra unidade, ou é um motivo que tem um agente de férias e não tem ninguém cobrindo, aí o agente tal teve que pegar mais tantas famílias pra poder olhar, tantas áreas, então acaba defasando um pouco, o tempo que eles passam na casa da gente tá muito longo, quando passa”. (P11F37)

Neste trecho citado acima pode-se inferir uma certa precariedade nos atuais processos de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) condizentes com a realidade brasileira. As formas de contratação, a alta rotatividade e os deslocamentos entre estes trabalhadores para outras unidades e por fim a falta deles em determinadas áreas de abrangência limitam a realização de um trabalho comprometido com os princípios de adscrição e vínculo entre os ACS e os usuários junto às unidades de ESF.

A precarização dos processos de trabalho dos ACS foi encontrada no trabalho qualiquantitativo de Santos et al (2011) no qual evidenciou que dos 38 ACS entrevistados, 47% atuava a menos de um ano nas unidades de ESF.

Estes dados confirmam os prejuízos advindos com a falta de vínculo estabelecido entre as partes, tornando-se este um ponto de muito embate nas discussões em torno da avaliação da APS, pois sem um trabalho de ligação do ACS-usuário com as demais profissões dentro das unidades de ESF não é possível favorecer as práticas de saúde preconizadas por uma APS de qualidade.

Outra forma de elucidar esta precariedade neste estudo foi a denominação na qual os ACS são descritos em algumas falas como “atendentes”. Os participantes apresentam certa dificuldade de entender qual o real papel do ACS, pois no município estes exercem também funções administrativas, ficando um tempo

considerável nas unidades, não exercendo sua função essencial de prestar cuidados à população através das visitas domiciliares.

O papel executado pela **equipe de enfermagem** mostrou-se presente em algumas falas, demonstrando que os usuários percebem a presença destes profissionais dentro das unidades como essencial para o estabelecimento de rotinas já conhecidas mesmo que não vivenciadas pelos usuários como curativos e vacinação. Há que se ressaltar que a responsabilidade de gerência do enfermeiro foi evidenciada em algumas falas, porém observou-se que alguns usuários ainda não conseguem distinguir a hierarquia dentro das unidades entre o Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem e ACS.

“Sei. Sei sim que tem enfermeira, sei que tem as, é...como o que fala, é...não é enfermeira é...auxiliar de enfermagem, sei que tem a médica, sei que tem, sei todos os profissionais que tem lá” (P1F36).

“Eu sei que tem enfermeiros, agentes comunitários, sei que quem comanda o posto é o enfermeiro, que é o responsável, tem um médico, mas são só estas três funções que eu tenho conhecimento. O enfermeiro, o médico e o profissional de assistência, o agente comunitário”. (P9M31)

“(...) quem olhou minha pressão foi a enfermeira, a enfermeira que olhou minha pressão. E o médico que tava lá. A enfermeira chefe, eu não sei, não me lembro se ela tava lá, que eu tava passando mal, a enfermeira chefe, a enfermeira ali, tem agente comunitário”. (P12F29)

“(...) é um pouco confuso. Porque eu chego lá e vejo todo mundo assim trabalhando e se tratando mais ou menos da mesma forma, porque assim não fica aquela hierarquia clara como tem na militar. Tem uma hierarquia clara, você chega você sabe quem que tá mandando em quem, ou quem que está fazendo o que, que é muito claro, muito aparente, no posto ali, não fica tão claro assim não, mas eu chego lá e elas me atendem bem e o que eu tô precisando elas resolvem, sempre tem alguém pra me atender, então, eu acho que nem se faz tão necessário, não sei”. (P2M28)

Especificamente no tocante ao trabalho desempenhado pelo profissional enfermeiro de nível superior, observa-se que os usuários o destacam como sendo

executado de forma a promover o diálogo, o vínculo e a escuta como premissas do atendimento, facilitando e orientando os caminhos por onde o usuário deve seguir, sendo encontrado achado semelhante na pesquisa de Santos et al (2016) com usuários avaliando a satisfação dos atendimentos prestados pelos enfermeiros.

“Se eu sei. Eu sei. Aliás sei não, eu sei mais ou menos, eu sei que a enfermeira chefe vê os problemas mais difíceis de se solucionar porque ali no posto do G, aquela enfermeira chefe é um amor, já me ajudou muito quando precisou fui lá ver negócio de exame do meu filho, raio x, ela ligou, arrumou vaga pro meu filho, ela me auxiliou o que devia fazer, onde que eu ia, entendeu? Tem as enfermeira lá que fica só pegando o nome das consultas, tem outra que ficam ali aplicando injeções no pessoal que eu já vi, e ali tem uma que só fica, faz a parte da glicose, né, um pouco, que eu não vou muito no posto de saúde, né. Às vezes, poucas vezes que eu já fui que eu já reparei e tem umas também que eu já vi que fica lá na mesa, acho que fazendo as anotações, colocando as coisas em ordem ali, né. Não sei, se eu perguntar quem é cada uma, eu não sei”.
(P24F52)

Observou-se ainda que poucos usuários (somente dois) referiram os atendimentos prestados pela odontologia, confirmando o pensamento da não vinculação das equipes de Saúde Bucal à ESF, resultado de dificuldades encontradas nos trabalhos em equipe, justificados pela falta de diálogo e sinergia entre as partes, afetando significativamente no conhecimento dos usuários sobre os serviços da saúde bucal vinculados às ações oferecidas na ESF.

“É a S que é a coordenadora né, e tem a ... eu esqueci o nome dela, uma pititinha, eu chamo ela de pititinha, a I... a I que faz os curativos, e tem um outro moço lá que eu esqueci o nome dele ...inclusive na parte odontológica lá é péssima... tem as meninas da recepção, e tem a doutora... a médica, que ela é muito rigorosa, muito rígida, eu não tenho nada a reclamar do pessoal, não tenho nada a reclamar da S, não tenho que reclamar do pessoal que trabalha lá não. É mesmo que eu acho que isso é questão da prefeitura, não sei”. (P10F35)

“Lá tem dentista, tem o médico, tem os atendentes... tem enfermeiras que aplicam vacina, fazem curativos... a L passa atendendo nas casas... a E né que é a, é do, ela é enfermeira, tem o G, que é enfermeiro também”. (P5M57).

Sobre este assunto, Matos et al (2014) em sua pesquisa sobre as dificuldades e avanços da saúde bucal inserida na ESF em Minas Gerais, pondera que a falta de aproximação dos profissionais da odontologia com os demais profissionais de saúde, e vice-versa, configura-se como importante entrave para a melhoria da qualidade dos atendimentos prestados no seio da APS brasileira

Em relação aos profissionais atuantes do **NASF**, somente quatro participantes os citaram, reforçando o desconhecimento da população quanto ao trabalho executado pelas equipes de NASF no município.

*“(...) tem o enfermeiro né, que ele vai gerir, vai delegar funções, tem os técnicos, que as funções deles são as que a gente conhece né, que é aferir pressão, fazer uma triagem pra passar pelo médico, tem o médico que vai consultar, que vai atender a gente, é nós temos ali também, acredito que se não mudou né, psicólogo, nós tínhamos uma **psicóloga**, tem aqui o nosso posto, ele é muito bom, ele tem um diferencial que ele tem a sala de vacina, não são todos que tem, então isso também dá uma demanda maior ali, e no geral a gente é muito bem atendido(...)”(P11F37)*

*“Sei, no meu bairro de saúde, no meu bairro aqui, no meu posto de saúde do meu bairro tem ali começando com a doutora, as enfermeira, tem uma enfermeira que faz curativo, tem as outras que são auxiliares que ajudam na aferição de pressão, curativos, orientação dentro do posto, e assim por diante...tem **psicóloga, nutricionista**” (P3M55).*

*“(...) em questão de alimentação, aqui tem **nutricionista**, a gente vai com a nutricionista, a gente vai na nutricionista, a gente volta. (P6F54)*

“(...) deu assistência, fui em fonoaudióloga, fui na fisioterapia (...)”(P5M57)

A falta de conhecimento dos usuários sobre o NASF corroboram com os achados na pesquisa de Souza et al (2013), no qual avaliava a percepção dos usuários acerca das atividades desenvolvidas pela equipes de NASF no município de Franca, São Paulo, no qual evidenciaram que as próprias usuárias das atividades de ginástica e alongamento promovidas pelo NASF desconheciam a sigla e os significados do programa. Os autores ressaltam que não há divulgação suficiente

das atividades promovidas pelo NASF no município estudado, justificando o não conhecimento da população sobre as atividades de prevenção e promoção à saúde desenvolvidas por eles. O que nos faz refletir que deva haver esforços para que sejam melhor aproveitadas destas atividades, haja vista a alta capacidade de prevenção de agravos diante da frequência de atividades preventivas pelos usuários que aderem ao programa.

4.3 OS ASPECTOS QUE INFLUENCIARAM NO PROCESSO DE INTERNAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Durante a análise das falas, foram sendo elucidados alguns fatores relevantes para o entendimento do processo de internação dos usuários. Grande parte dos entrevistados nunca havia sido orientado por profissionais de saúde, quer sejam de saúde pública, ou de saúde privada sobre complicações de suas doenças de base ou mesmo orientações gerais de saúde que pudessem de alguma maneira servir de alerta para uma possível complicação que levaria a um agravante que culminaria na internação. Ressalta-se que as CSAP são doenças totalmente passíveis de prevenção dentro do seio da APS não necessitando de muitas tecnologias para a sua prevenção. Orientações em forma de atividades de educação em saúde individuais ou coletivas conseguem afetar significativamente de forma a modificar hábitos e padrões de vida, com possibilidade de diminuição efetiva das internações. Assim sendo, os fatores que afetaram no processo de internação neste estudo foram divididos em: fatores inerentes à atuação da APS com vistas às orientações prévias e atividades de prevenção e promoção à saúde; e os fatores relacionados à história de vida dos participantes.

4.3.1 Inerentes à atuação da APS: orientações prévias e atividades de prevenção e promoção à saúde

As histórias dos usuários de orientações em saúde relativas aos cuidados preventivos que afetariam em seu processo de internação, oriundas dos profissionais de saúde inseridos na ESF foram escassas no estudo. Alguns participantes destacavam suas próprias experiências de vida ou experiências profissionais prévias para embasar seus conhecimentos sobre suas doenças de base.

“Sim, fui orientado sim no próprio posto de saúde pela doutora F que eu tomasse cuidado com a minha creatinina e com a minha ureia que poderia ocasionar sérios problemas futuramente. Eu já tava ciente mas não sabia quando e como isso poderia acontecer, devido ao descuido na minha questão

alimentar, veio a ocasionar essa, esse transtorno todo na minha vida”. (P3M55).

“Bom, eu fui orientada ali no posto, a médica conversou comigo, conversei com ela de manhã, a médica conversou, a enfermeira chefe conversou comigo, me explicou, falou tudo direitinho, inclusive mandou eu fazer uma coisa que eu não fiz: dona R a senhora volta aqui pra poder fazer o controle. Marcar tá, vem dia sim e dia não, mas como eu sou muito espertinha, é porque minha mãe já teve, minha família tem, quê que eu fiz, meu marido comprou o aparelhinho de medição, então daquele de caneta, o meu eu meço em casa, então assim eu tô controlando (...) (P24F52).

“Sim, eu fui bem orientada, depois do surto e o susto foi grande, em relação a um AVC, a um infarto, né, um risco grande; orientaram, mas existe assim uma certa resistência, né (...) a partir do momento que você leva o susto, você toma a consciência, entendeu?” (P6F54)

“(...) então foi assim...meus amigos mesmo falaram, minha mãe e no posto de saúde”. (P23F44)

“Ó, minha orientação que eu tenho, pelo problema que eu tive, que a pessoa tem que beber muito líquido, entendeu, e eu bebo, agora eu bebo muito líquido, depois que eu passei por essa, mas antes eu não levava isso em conta não, bebia água normal, mas hoje o médico falou comigo, tem que beber ao menos dois litros de água por dia, e eu tô tomando”. (P7M51).

“A orientação que eu tenho, como eu sou técnica de enfermagem, a orientação que eu tenho assim do meu dia a dia, da minha rotina mesmo, do meu estudo, mas assim de algum profissional, alguma coisa não”. (P11F37).

Quando questionados sobre a participação ativa em **atividades de prevenção e promoção à saúde** como grupos, reuniões ou palestras educativas na ESF do bairro ao qual eram cadastrados observou-se que muitos usuários desconheciam o acontecimento de tais atividades e afirmavam nunca terem sido

convidados. Algumas justificativas da não participação destas atividades são a falta de tempo e a incompatibilidade de horários.

“Nunca participei, tenho até vontade, mas nunca participei.” (P9M31).

“Nunca participei. Não bate os horários. Não tenho tempo não.” (P21F58).

“Não, nunca fui convidada também não.” (P22F59).

“Não, nunca fui informada.” (P28F43).

“(...) agora eu fico parado né, é difícil de sair (...) eu viajava bastante (...) falta de tempo.” (P5M57).

“Não. Nunca participei (...) eu que não quis, porque tipo assim, igual eu cuido da minha mãe e fica difícil pra mim, eu vou cedo pra casa da minha mãe, eu não tenho muito tempo.” (P23F44).

“Eu sei que a semana da campanha contra não sei o que, aí como que é essa semana, tem um cartaz lá na porta do posto, mas é só isso. Não vejo falar não... de saúde pública não, de chamar a comunidade não, o pessoal do bairro assim, nunca (...)” (P2M28).

A questão da falta de tempo é uma fala recorrente que ouvimos dos usuários de serviços de APS quando se trata de adesão e participação em atividades diferenciadas daquelas que os usuários já procuram frequentemente, e não devem ser tomadas como justificativas totalmente aceitáveis pelas equipes de ESF, pois havendo esforços no sentido de ampliar o leque de horários, assim como na rotatividade e maior oferta destas atividades, em algum momento estes usuários

conseguirão participar e serem empoderados sobre seus cuidados de saúde. Este aspecto de não adesão às atividades de promoção da saúde devido à falta de tempo foram encontrados no estudo de Santos et al (2012) na cidade de Belo Horizonte, MG, com 499 participantes no qual 27,5% referiram esta justificativa.

Alguns participantes referem a não participação explicitamente de forma a não compreenderem a relevância de tais atividades como forma de aumentar o conhecimento dos mesmos sobre sua situação de saúde.

“Eles passam avisando, mas eu não vou não (...) Às vezes eu tenho preguiça de descer o morro. Eles avisam, a gente que não vai mesmo.” (P12F29).

“Já fui convidada, só que eu não fui não, pra fazer negócio de vigilantes do peso né, que eles falam em S, só que eu não fui. Eu que não quis ir mesmo.” (P13F51).

A população ainda faz uma associação de prevenção somente com a ida ao consultório médico, e não tem ainda a percepção de que a prevenção pode extrapolar os muros dos consultórios assim como ser proferida por outras vozes que não sejam exclusivamente dos profissionais médicos. Esse achado pode ser comparado com os achados de Horta et al (2009), que através de seu estudo qualitativo nas cidades de Belo Horizonte e Contagem com os profissionais de saúde atuantes na ESF pode-se constatar nos discursos apreendidos que o modelo curativista hegemônico que ainda prevalece em nosso cotidiano de atendimento da APS pode ser considerado como um grande entrave para a aceitação da população das práticas de promoção da saúde.

“Não, não participo. Eu assim, eu faço minha prevenção, minha prioridade é o coração, então minha prevenção é essa, ir ao cardiologista.” (P17M59).

“(...) o médico falou comigo: ó quem tem pressão alta, que a pressão alta é assim, tem vez que eu não sinto nada, igualzinho quando eu pus sangue no nariz, eu não tava sentindo dor de cabeça, eu não tava sentindo dor na nuca,

porque tem gente que assim às vezes dói a nuca, dói muito a cabeça, mas eu não senti nada, eu acordei e simplesmente meu nariz começou a sair sangue do nada, aí o médico virou e falou comigo: ó pressão alta é um perigo, você tem que prevenir porque do nada você tá andando, você cai na rua, você pode morrer de repente, tem que tá sempre indo procurar um médico(...)"(P19F56).

Apesar da maioria dos participantes desconhecerem tais atividades de prevenção e promoção da saúde promovidas pela APS, identificou-se nos relatos de quatro usuários a participação ativa destas atividades, assim como a satisfação em fazer parte destes momentos de orientação, e em uma história um anseio de uma participante em fazer parte destas ações preventivas em saúde, reforçando a necessidade de maiores implementos na articulação destas ações nas práticas de saúde dentro das unidades de ESF.

"(...) na medida do possível, porque eu sou professora, trabalho, eu não tenho muito tempo disponível, porque essas reuniões sempre acontecem na parte da manhã, mas sempre quando é possível, eu vou, a enfermeira orienta, a médica orienta, entendeu? É quando coincide e se é uma reunião mais específica às vezes a gente troca até o horário pra poder ir". (P6F54).

"Eu faço parte do grupo que faz a ginástica duas vezes por semana, que é lá do posto, que até é o R que dá aula pra gente, nossa muito bacana, é uma aula muito legal, faço hidrogenástica na praça Esporte (...) isso tudo eu faço." (P10F35).

"Já, já fui convidado pra fazer caminhada, e aqui também teve uma palestra que eu fui, mas uma só. Lá em S eu fui em umas três, já fui algumas vezes. É quando chama eu vou, mas caso contrário não chamar eu não vou não (...) fala alguma coisa bem importante pra gente, às vezes alguma coisa que a gente não sabe né (...) e praticamente de diabetes eu acho que já sei quase tudo." (P14M57).

“Sempre quando tem palestra eu participo, e agora também veio diabetes junto com esses problemas, até o diabetes surgiu, então eu tô sempre, quando tem palestra eu participo.” (P29F45).

“Não, ainda não, e aliás, eu nem sei se tem, porque igual eu vou falar pra você, nessa parte eu sou novata (...) então eu não sei até onde que eu posso participar e o quê e onde? Não procurei ainda não. Mas eu creio que deve ter alguma coisa, porque eles fazem caminhada não fazem? Porque um dia que a gente vai lá, ela falou assim hoje não, a gente vai fazer não sei o quê uma palestra, no horto florestal, elas tavam até falando amanhã a gente não vai estar aqui, isso! No dia a gente vai fazer palestra no horto florestal. Mas eu não sei se é só pro diabetes, se é só pros idosos, aí eu também não sei. (P24F52).

Diante das posições assumidas pelos participantes acerca das atividades de prevenção e promoção da saúde, observou-se que elas acontecem no município, mesmo que de forma não uniformizada e às vezes incipiente, porém estão presentes em algumas unidades de ESF; porém o que se revela é a falta de estímulos e adesão destes usuários na participação de tais atividades. Estratégias que visem a maior procura e aceitação dos usuários em ações preventivas devem ser prioridade para a saúde pública atualmente. Vale ressaltar que as CSAP são embasadas por doenças totalmente passíveis de acompanhamento e resolutividade nas unidades de ESF, e as atividades preventivas em saúde sejam individuais ou coletivas podem ser utilizadas como importantes ferramentas que valorizam a autonomia e cuidado dos usuários sendo capazes de modificar seus hábitos de vida, e assim diminuir de alguma maneira as taxas de ICSAP.

Ainda se faz necessário discutir a questão de novos enfoques que devem ser dados para a Promoção da Saúde, pois segundo Teixeira et al (2014), a tendência do modelo biomédico hegemônico predominante nas unidades de APS tem como aspecto articular de forma higienista e autoritária a responsabilização e culpa aos usuários dos serviços de saúde de forma isolada por seus comportamentos de risco, que os colocam vulneráveis às doenças. Portanto julga-se aqui relevante, que tanto o chamado empoderamento individual como o reforço da ação comunitária ou

empoderamento comunitário devem ser vistos como estratégias válidas para problematizar e promover saúde e que necessitam ser apropriadas pelos profissionais e incentivadas no seio da APS.

4.3.2 Inerentes à história de vida dos participantes

Além dos fatores de prevenção e promoção da saúde, estudados anteriormente, pode-se inferir alguns fatores intrínsecos aos históricos de vida dos usuários, que guardaram estreita ligação com os episódios de doença desencadeante das ICSAP. Doenças de ordem congênitas e de fator hereditário, históricos de doenças após gestações, hábitos já conhecidamente não saudáveis como tabagismo, uso de drogas e etilismo, estresse e problemas de ordem pessoal como morte de entes queridos, e problemas familiares foram alguns dos itens que puderam ser descritos nas falas a seguir:

*“Quando eu descobri de fato na adolescência, com 15 anos, foi um trauma muito grande, foi desesperador, um adolescente, jogava bola todos os dias, de repente eu me vi limitado, foi muito difícil. Na segunda vez eu mesmo procurei estudar um pouco mais sobre a síndrome, o que eu poderia e não poderia fazer, me orientei, então quando eu fui conversar com o médico eu demonstrei um conhecimento mínimo porém suficiente pra entender como funcionaria aquele procedimento, então, é lidei melhor com essa situação, e hoje eu sei que eu posso ter uma vida normal, porém com algumas restrições mínimas e isso me deixa mais confortável. Nunca tive, nem imaginei que eu fosse cardiopata, nunca imaginei que eu pudesse ter esse problema. Como eu disse, eu jogava futebol todos os dias e tinha uma vida de atividade física muito ativa mesmo e quando eu tomei conhecimento do problema, o médico mesmo disse: Ó, é uma síndrome que você nasce, é **congênita**, e ela se manifesta na adolescência, em algum momento, então antes disso, nem imaginava que pudesse ter nada”. (P9M31).*

“(...) porque eu já tenho essa pressão alta, os meus pais já tem, então a gente sempre escuta o quê fazer, o que não pode fazer,(...) tô tentando...tô fazendo. (P12F29).

*“Eu com 16 anos, fui no posto, aí no posto eles olham a pressão da gente antes de ir no médico, e minha pressão, acho que se não me engano, tava por volta de 15, 16, uma coisa assim, aí o médico do posto me passou Captopril e Furosemida, e eu por muitos anos eu continuei usando Captopril e Furosemida, minha pressão subia, mas quando subia ia 17, 18, no máximo 19, foi o pico que ela teve, até eu engravidar. quando eu engravidei, minha pressão subiu muito, durante a **gravidez** ela ficou 14 por 9, 14 por 10, que eu sei que já alta, eu tomava o remédio de 3, de 4 em 4 horas se não me engano, de 3 em 3 horas, 4 em 4 horas, e no parto meu marido contou que foi a 30. A minha pressão não baixou mais, daí ela ficou a 18, 20, vinte e tantos, e que começou o meu problema”. (P1F36)*

*“A minha pressão ficou alta desde a segunda vez que eu **ganhei neném**, que eu tive criança, aí ela subiu e depois ela nunca mais controlou, desde então eu venho tomando remédio. Só que às vezes o remédio ficava fraco e eu ia no médico, eles aumentava de novo a dose, mas aí eu acho que a gente vai tomando muito tempo remédio aí ele perde o efeito né, você tem que ficar indo no médico mas é muito cara a consulta, às vezes a gente ia no posto e não conseguia a consulta,(...) foi quando eu tive a minha segunda filha que ela subiu na mesa de operação que eu nem tinha pressão alta. Daí que ela subiu e nunca mais ficou controlada, ela ficou descontrolada”. (P19F56)*

Dentre os hábitos de vida não saudáveis apresentados pelos participantes nesta pesquisa salienta-se o tabagismo como um fator recorrente e associado às ICSAP por doenças pulmonares e doenças cerebrovasculares. Já são de conhecimento os malefícios que cigarro agrega, porém são escassos os estudos que relacionam o tabagismo às ICSAP. Portes et al (2013) traz esta relação em seu estudo sobre ICSAP tabaco-relacionadas na cidade de Juiz de Fora, no ano de 2008, no qual observou que das 6516 ICSAP analisadas, 44,8% apresentavam CID 10 com doenças tabaco relacionadas; sendo que destas doenças tabaco relacionadas encontradas, 81,6% eram pertencentes ao grupo de CID 10 das

doenças cerebrovasculares, e 18,4% relacionadas aos CID 10 de doenças respiratórias.

*“Ah, através da mídia né, eu **fumava, bebia**, depois tive um problema particular, **perdi uma filhinha**, aí enveredei nas **drogas**, aí entendeu (...)”(P17M59).*

*“É, eu já tinha ido várias vezes já nesse meu médico lá, né, mas, sempre ele falava em **fumar** e tal, que eu fumava né, mas aí, deu o que aconteceu né”. (P16M56).*

*“Nesse daqui eu procurei assim porque minha pressão tava muito alta, aí eu fui na doutora, aí como eu disse, eu tava me sentindo mal há vários, há uns meses, porém eu achava que era, primeiro, eu acho que tem tudo a relação, peso, tô acima né, eu **fumo**, entendeu? Então eu tava me sentindo mal mesmo. Aí eu procurei ela, ela me passou uma bateria de exames, e pra mim fazer e tal, porém ela falou que meus exames estavam bons, entendeu?” (P18F47).*

*“(...) eu tava muito tensa também, tinha descobrido que meu **filho** estava no mundo das **drogas**, então, aí uma coisa gerou a outra”. (P29F45)*

*“(...) aquela semana mesmo, enjoô, tonteira, a semana inteira, até na sexta, depois foi vômito com sangue, aí que onde eu fui, porque senão eu não ia não. Porque eu tava até acostumada, tipo um **estresse** já...foi...pra mim era um estresse, eu não sabia que na sexta eu ia ficar tão mal, que eu ia piorar né. Não, eu tava tranquila, só que a pressão tava alta e eu pedi a menina, eu falei com ela, se você for medir ela vai dar um pouquinho alta, mas é porque eu já tava com tensão, eu tava já apreensiva já, tava nervosa, aí eu sabia que a minha pressão tava alta”. (P21F58)*

Em outras histórias o que sobressaiu foram afirmações de descuido da saúde. Os participantes assumem uma postura de culpa por não terem dado importância à sua saúde previamente, dando significância a outros aspectos de suas vidas como citado de exemplo o trabalho:

“Ah é assim...é igual eu sou muito abusado de friagem, você entendeu, igual época de chuva, igual aquele tambor ali, eu tava vendo televisão, aí eu coloco ele na bica aqui, aí ele enchia, o que eu fazia, eu ia lá dentro com o corpo quente, pegar pneumonia, é friagem, eu pego muito, eu andava muito na noitada entendeu, aí sabe como é que é, aí eu pego vou lavar aqui, saio debaixo de chuva, você entendeu. Ah falar minha mãe é uma né, sempre falava, e também a gente sabe, a gente que é abusado mesmo né, durmo sem camisa, água gelada que tem que ser com gelo, entendeu, aí vai, levanta da cama com o corpo quente, já abre geladeira, isso aí já é uma friagem, mas eu acho que a pneumonia é um resfriado né, mal curado, me parece né”. (P4M44).

“Bom, eu há muito anos atrás eu tinha feito um exame, o médico falou pra mim que eu tava com uma pedra nos rins, só que tem que eu falei que eu fui imprudente, que eu falei com o médico que eu não tava sentindo dor nenhuma, que eu não ia procurar médico de rins não. Aí foi nesse negócio aí, ela só agravou, a pedra ficou muito grande”. (P8F40).

*“Eu já tive sim, mas como se diz foi um descuido meu né, eu devia ter cuidado disso há muitos anos atrás, deixei a pedra, o que que tem que fazer, crescer né, aí vai prejudicando, não dei importância às vezes dá mais valor ao serviço, igual eu **trabalhei** 23 anos fora, não tava nem aí né, que não tava prejudicando nada, mas o médico me orientou, o W, eu não posso falar nada não, ele me orientou. (P22F59).*

*“Não, porque eu nem procurava posto de saúde muito, porque eu **trabalhava** fora, aí eu sempre tive minha pressão descontrolada mesmo, desde os dezoito anos eu tenho pressão alta. Não ia nos postos, então não tinha nem como(...) (P29F45)*

“Já, o primeiro médico foi doutor J, eu internei com ele, ele já tinha me avisado sobre isso, só que eu não dei importância, não cuidei quando era preciso cuidar, eu não cuidei, eu não liguei, agora que eu tô vendo a consequência”. (P25F41).

“Já tinha sido orientada, porque quando eu ia ao médico ele falava que a minha pressão era muito alta, que eu podia de uma hora pra outra dar um AVC. Eu tomava os remédios, mas eu tomava no horário que eu queria, e não no horário que tinha que ser”. (P28F43).

No estudo um participante teve como peculiaridade um caso raro, pois segundo sua fala, ele não apresentava fatores de risco para o grave problema de Insuficiência Cardíaca que o levou a ter um Infarto Agudo do Miocárdio aos 27 anos.

*“(...) e é até engraçado porque até hoje ninguém descobriu o motivo do meu mal súbito, porque o que todos os médicos disseram, eu tô no meu vigésimo quarto cardiologista, cardiologista, tô no vigésimo quarto, contando desde lá o pronto socorro, é, até hoje, todos os cardiologistas batem na minha mãe e me dizem: é **você é raro!** Uma pela idade por eu ter passado por isso, outra pelo fato de não provocar, eu **não tinha fator de risco**, tem isso na família, tem problema de coração, mas não tinha o problema que eu tinha, é...não sou sedentário, comida regrada, não sou de perder noite de sono, não sou de balada, zuada e não sei mais o quê, sempre fazendo exercício, não sou sedentário, então né assim, até hoje não houve descoberta pelo motivo, mas eu fui esclarecido e de certa forma indiretamente eu me prevenia, por conhecimento externo ao posto de saúde, não foi por área da saúde pública não”. (P2M28).*

4.4 ANALISANDO A APS ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Os IT dos participantes serão descritos a seguir em forma de fluxogramas, no qual serão descritos inicialmente um histórico com informações relevantes dos usuários, e após a colocação do IT, será feita uma discussão pertinente ao caminho trilhado por cada um dos participantes. Para melhor compreensão dos fluxogramas, serão dispostas algumas configurações: os sintomas iniciais estão inseridos em um círculo, as “portas de entradas” nos serviços de saúde estão marcadas com um sublinhado, a internação está destaca em negrito e a sequência dos locais de atendimentos nos quais os usuários percorreram estão sinalizadas por números.

4.4.1 Os caminhos de cada usuário até a sua internação

A seguir apresentaremos os caminhos tecidos por cada usuário em busca do cuidado a saúde.

Itinerário 1

A.D.B; gênero: feminino; idade: 36 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 10 anos, motivo da internação: Doenças Cerebrovasculares (denominada pela participante como AVC); tempo em dias da internação: 11 dias; e a internação foi em maio de 2016.

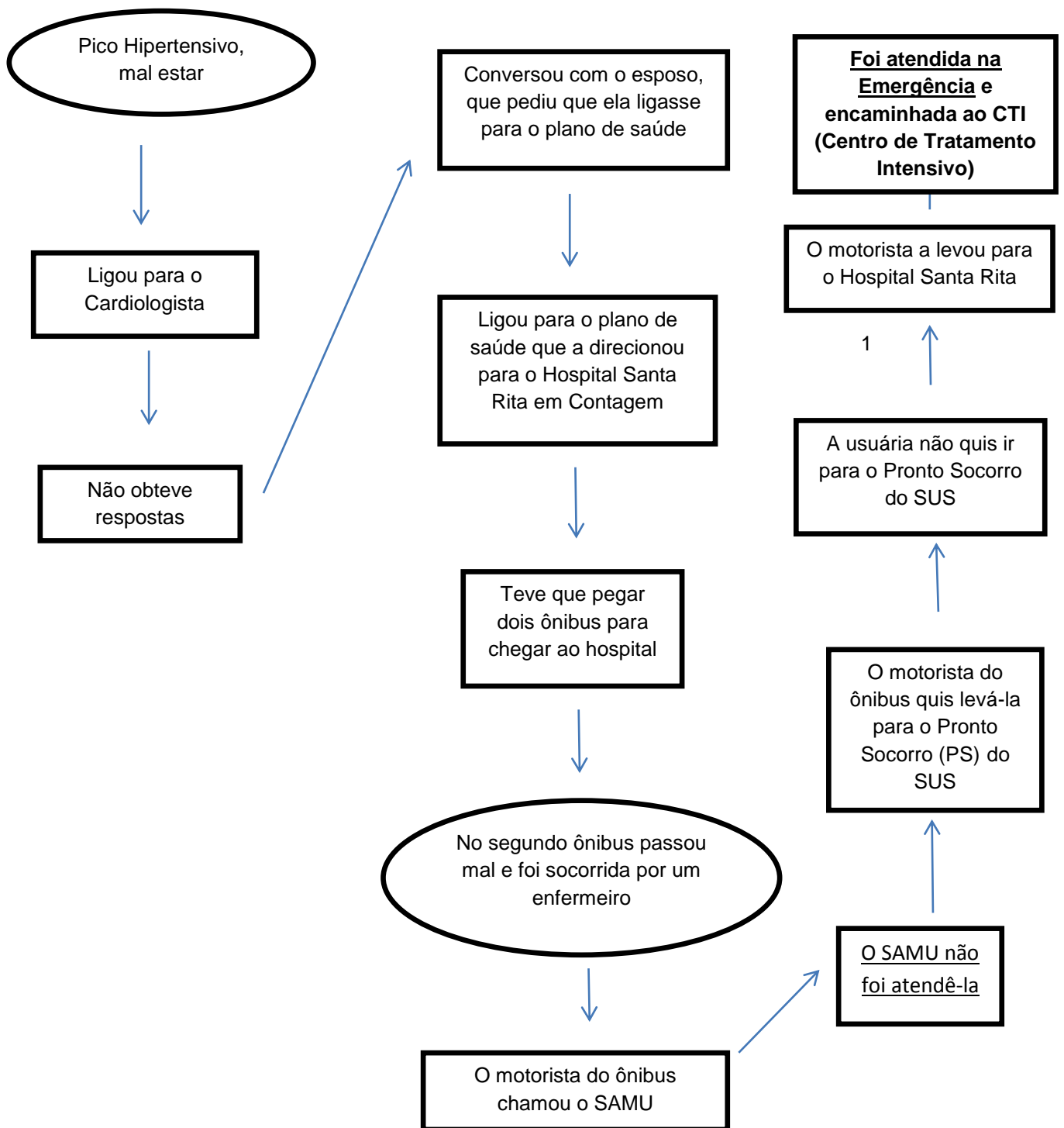


Ilustração 10: Fluxograma do IT 1

Neste primeiro itinerário a ser analisado, observa-se que a usuária teve algumas dificuldades até conseguir acesso em uma porta de entrada de serviço de saúde. Nota-se que a usuária não estava no município do estudo (Cataguases); pois afirmou na entrevista residir em Cataguases, mas o esposo reside e trabalha em C, e por vezes costuma ir até a cidade de C para visitá-lo. Na ocasião em que começou

a passar mal, sua primeira busca foi por telefone com seu médico Cardiologista que a acompanha em Cataguases; porém como não conseguiu respostas, decidiu em consenso com o esposo de procurar ajuda hospitalar. A participante afirmou ter plano privado de saúde, porém o plano de saúde que direciona os atendimentos por telefone e diante disto, a usuária entrou em contato com o plano de saúde que a direcionou para um hospital distante do lugar onde estava, sendo necessário percorrer um caminho longo, no qual os seus sintomas se agravaram e necessitou de ajuda de desconhecidos para conseguir chegar ao hospital, mobilizando o motorista do ônibus para que desviasse sua rota para ajudá-la. A participante não usou a ESF como meio de acesso, pois afirmou que seu cadastro era somente em Cataguases, não tendo cadastro em C; e como unidade de saúde só passou pelo hospital, mas o que ficou marcante em seu itinerário foi a peculiaridade da distância que os municípios maiores proporcionam aos seus usuários na busca por serviços de saúde, assim como da solidariedade de pessoas desconhecidas para ajudar a usuária que estava em uma condição extrema e sozinha.

Itinerário 2

A.O.J.N; gênero: masculino; idade: 28 anos; nível de escolaridade: ensino superior completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 13 anos, motivo da internação: Insuficiência Cardíaca seguida de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM); tempo em dias da internação: 15 dias na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e 14 dias na clínica médica, no município de Muriaé, MG e a data da internação foi 13 de agosto de 2015.

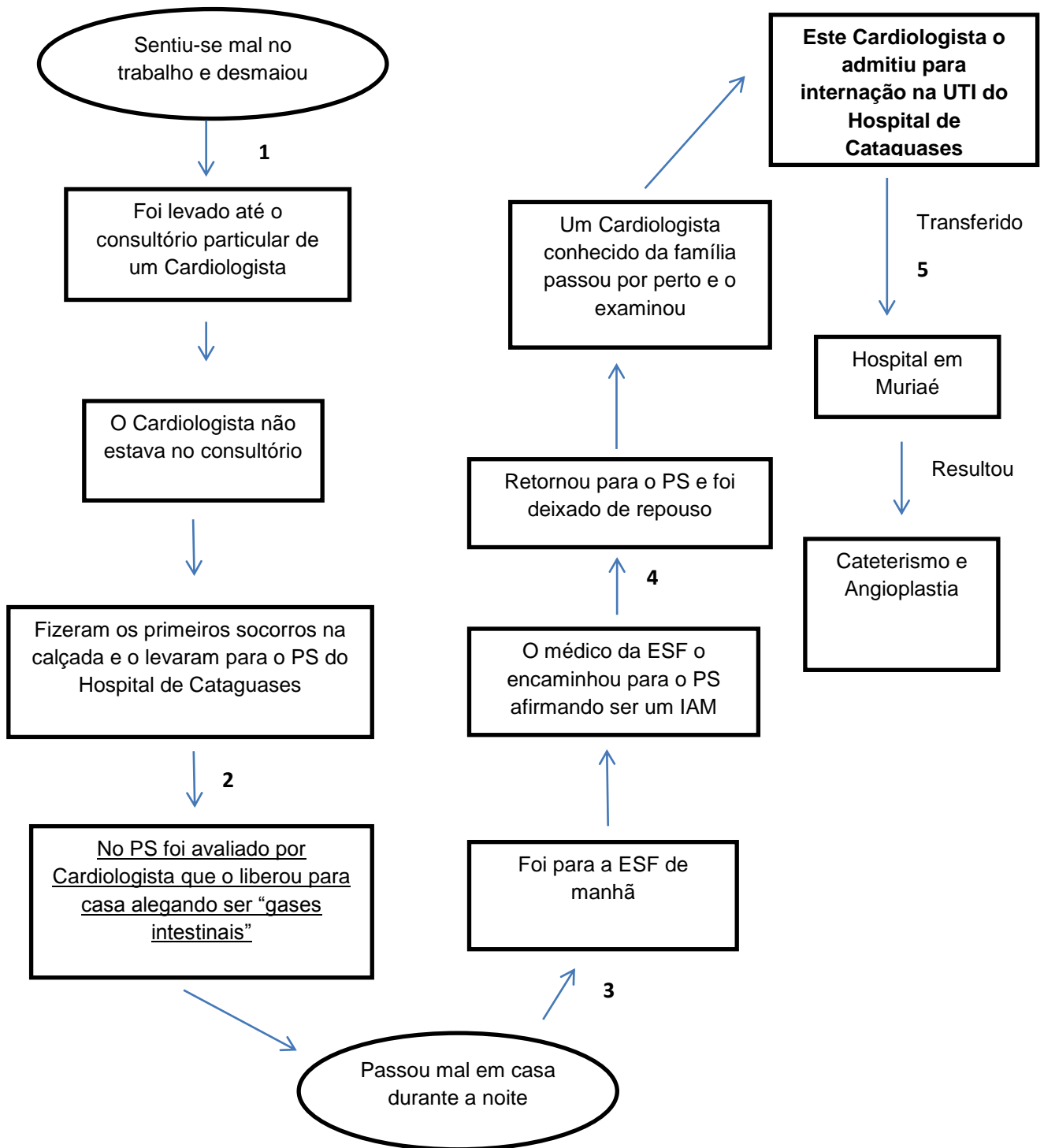


Ilustração 11: Fluxograma do IT 2

No itinerário descrito observa-se que o usuário passou mal em seu trabalho, sendo socorrido por pessoas solidárias que tentam o levar no caminho mais próximo de atendimento que seria o consultório de um cardiologista particular, pois o participante trabalhava em um prédio com vários consultórios médicos; porém como

não obteve acesso ao Cardiologista, foi levado para o PS pois as pessoas que o acudiram entenderam que se tratava de uma situação de urgência e que aquele seria o melhor local para ser avaliado. Ao ser avaliado por um especialista no PS depara-se com uma grande falha do profissional que o avaliou, pois o mesmo o liberou por diagnosticá-lo com “gases intestinais”. Quando o usuário retorna para a casa sente-se mal novamente durante a noite e recorre a outro caminho na parte da manhã: a ESF. Na ESF foi avaliado pelo médico que o diagnosticou com IAM e solicitou que o mesmo fosse imediatamente para o PS. O usuário retorna ao PS e pelo relato não foi bem avaliado novamente, sendo deixado de repouso em uma maca com fortes dores no peito. Um Cardiologista conhecido da família passou próximo ao participante e o questionou há quanto tempo sentia as dores e ao examiná-lo pediu que “rasgasse a ficha ambulatorial” que ele o internaria. Seu caso era grave e foi internado no setor de UTI do Hospital de Cataguases e logo em seguida foi transferido para o Hospital ProntoCor em Muriaé que é referência em tratamento hemodinâmico para o município. Nos caminhos que o usuário percorreu denota-se que a ESF não foi a porta de entrada pois o usuário não estava com o domínio de sua consciência para poder escolher o local que deveria ser atendido; e mesmo se tratando de um caso de urgência, quando ele deveria ter sido realmente avaliado no PS o atendimento foi negligenciado. Nota-se que o usuário recorre à ESF na tentativa de ser melhor atendido e obter resolução para seu problema de saúde, sendo bem avaliado pelo médico da ESF que o encaminhou para o melhor atendimento para aquela situação de urgência. O Itinerário foi longo e com percalços e o usuário teve que recorrer a 4 tipos de atendimento até ser internado: consultório particular, PS do Hospital de Cataguases, ESF e Hospital de Muriaé.

Itinerário 3

A.C.S.D, gênero: masculino; idade: 55 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo, tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos vinte anos, motivo da internação: Diabetes e edema agudo de pulmão como comorbidade de maior gravidade, associada a hipertensão arterial grave e insuficiência renal crônica, tempo em dias da internação: 7 dias; a internação foi em janeiro de 2015.

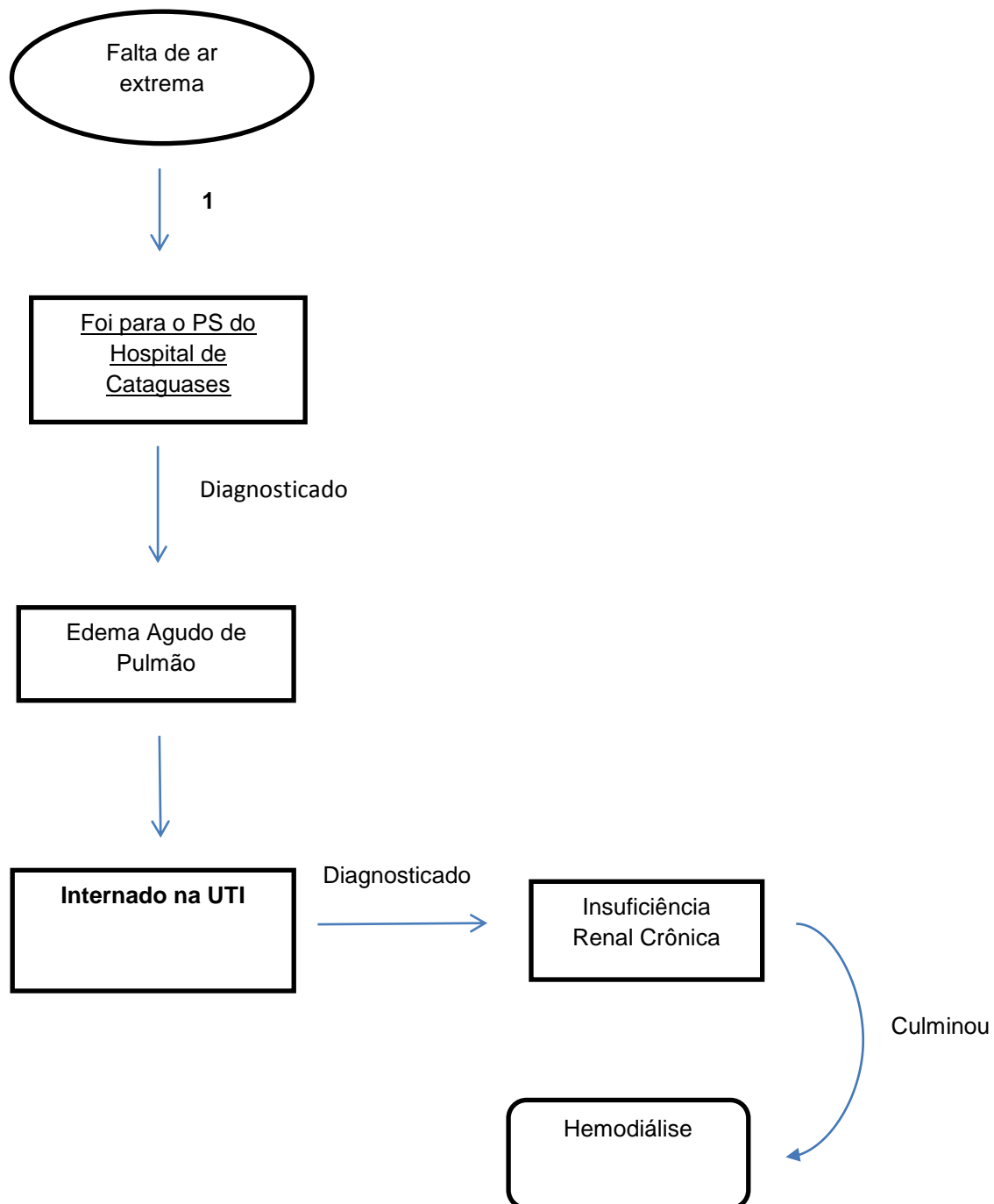


Ilustração 12. Fluxograma IT 3

No itinerário 3 o usuário percorre um caminho linear, no qual busca o serviço de urgência durante noite e tem seu diagnóstico de forma rápida e precisa, sendo hospitalizado no setor de UTI do Hospital de Cataguases, no qual por conseguinte obtém o diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica (IRC), que o leva ao serviço de Hemodiálise. A única unidade de saúde buscada pelo participante foi o PS e o mesmo conseguiu ser atendido em sua necessidade sem maiores dificuldades.

Itinerário 4

C.N.C, gênero masculino; idade 44 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 22 anos; motivo da internação: Pneumonia bacteriana; tempo em dias da internação: mais ou menos 10 dias; e a internação foi em janeiro de 2017.

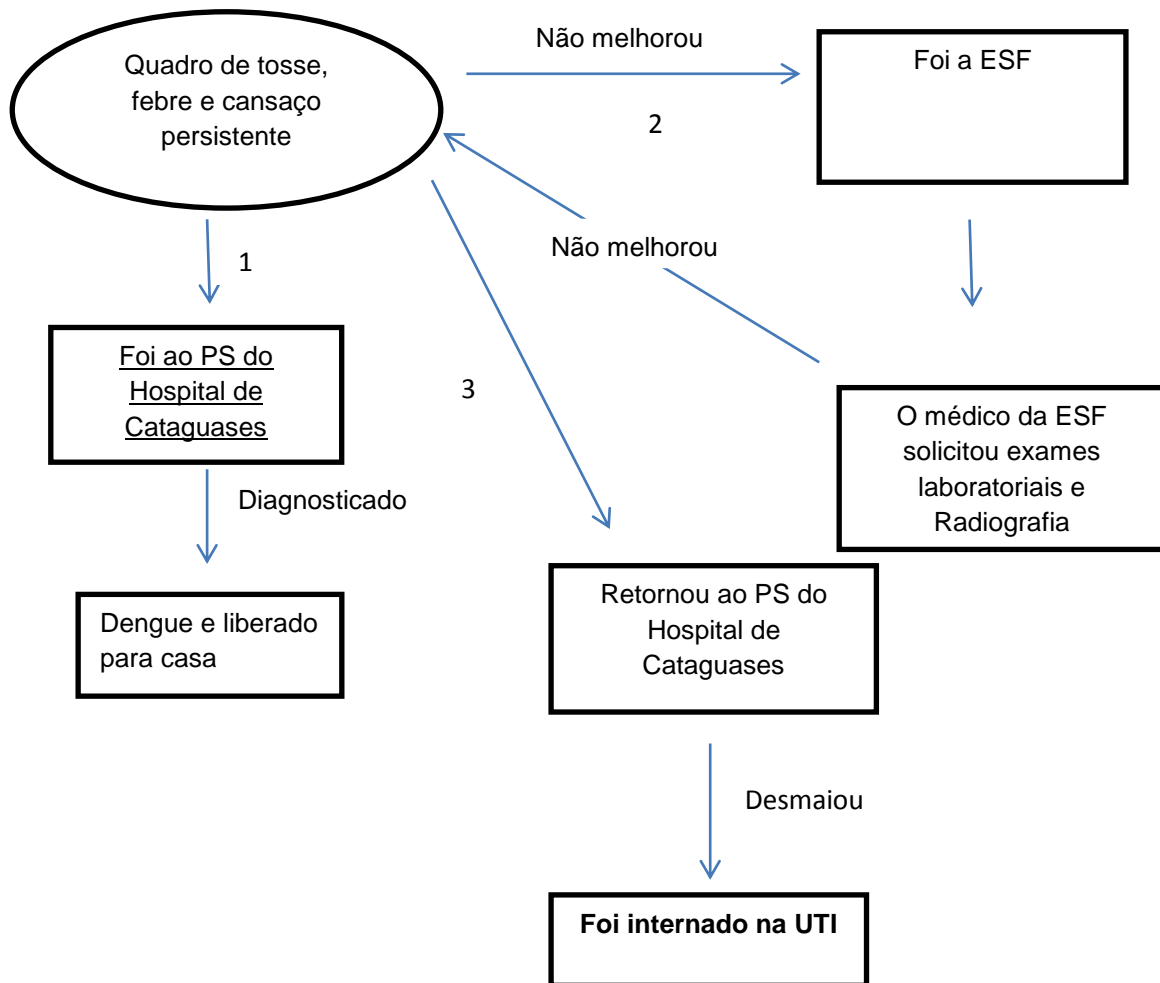


Ilustração 13. Fluxograma do IT 4

No itinerário 4, o usuário sentia-se mal com maior intensidade durante a noite e por essa razão recorreu ao PS, pois as unidades de ESF não estariam abertas neste horário. Foi diagnosticado erroneamente com Dengue e liberado para casa. Ficou um dia em casa sentindo-se mal e no segundo dia procurou assistência na ESF de seu bairro, no qual foi avaliado pelo médico que o solicitou exames laboratoriais e Radiografia. Como não melhorou e novamente durante a noite, retornou ao PS, e após um desmaio, foi internado com diagnóstico de Pneumonia no setor de UTI do Hospital de Cataguases. Nesta história fica claro novamente o erro

de diagnóstico do profissional médico que realizou o primeiro atendimento, o liberando sem oferecer o devido tratamento, e como o usuário não obteve resolutividade neste atendimento ao qual foi submetido, resolveu recorrer por assistência na ESF que neste caso poderia ter sido resolutiva em uma abordagem inicial. No espaço de tempo em que foi solicitado exames para o usuário, o mesmo não conseguiu esperar para realizá-los e retornou ao PS com o quadro agravado, culminado em sua internação no setor de UTI do Hospital de Cataguases. O usuário percorreu caminhos de idas e voltas pelos serviços de saúde, e passou por dois tipos de serviços: PS e a ESF.

Itinerário 5

DJCD, gênero: masculino, idade: 57 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 15 anos; motivo da internação: Doenças Cerebrovasculares (denominada pelo participante de AVC); tempo em dias da internação: 5 dias; e a internação foi no ano de 2015.

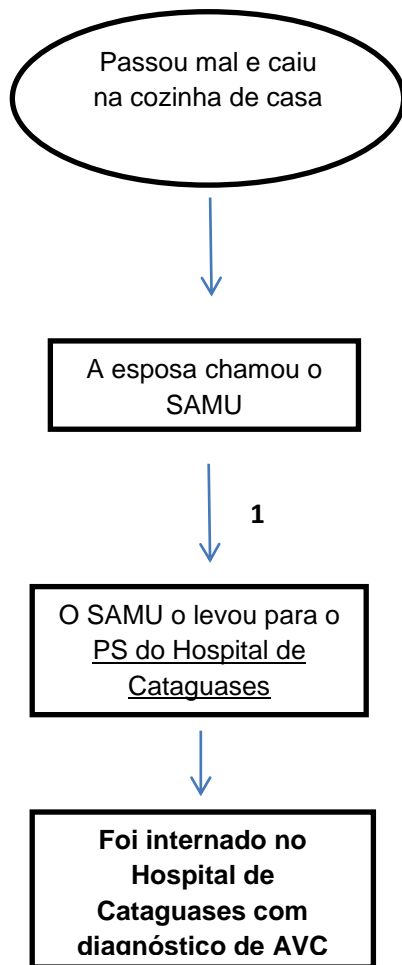


Ilustração 14. Fluxograma do IT 5

Neste exemplo de itinerário vivenciado, o caminho percorrido foi linear e rápido. O usuário passou mal em casa e a esposa assustada ligou para o SAMU, que prontamente o atendeu e o direcionou para o PS. O usuário percorreu um único caminho até a sua internação.

Itinerário 6

D.S.G, gênero: feminino; idade: 54 anos; nível de escolaridade: ensino superior completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos vinte anos; motivo da internação: Complicações devido a Hipertensão Arterial Sistêmica; e tempo em dias da internação: 5 dias.

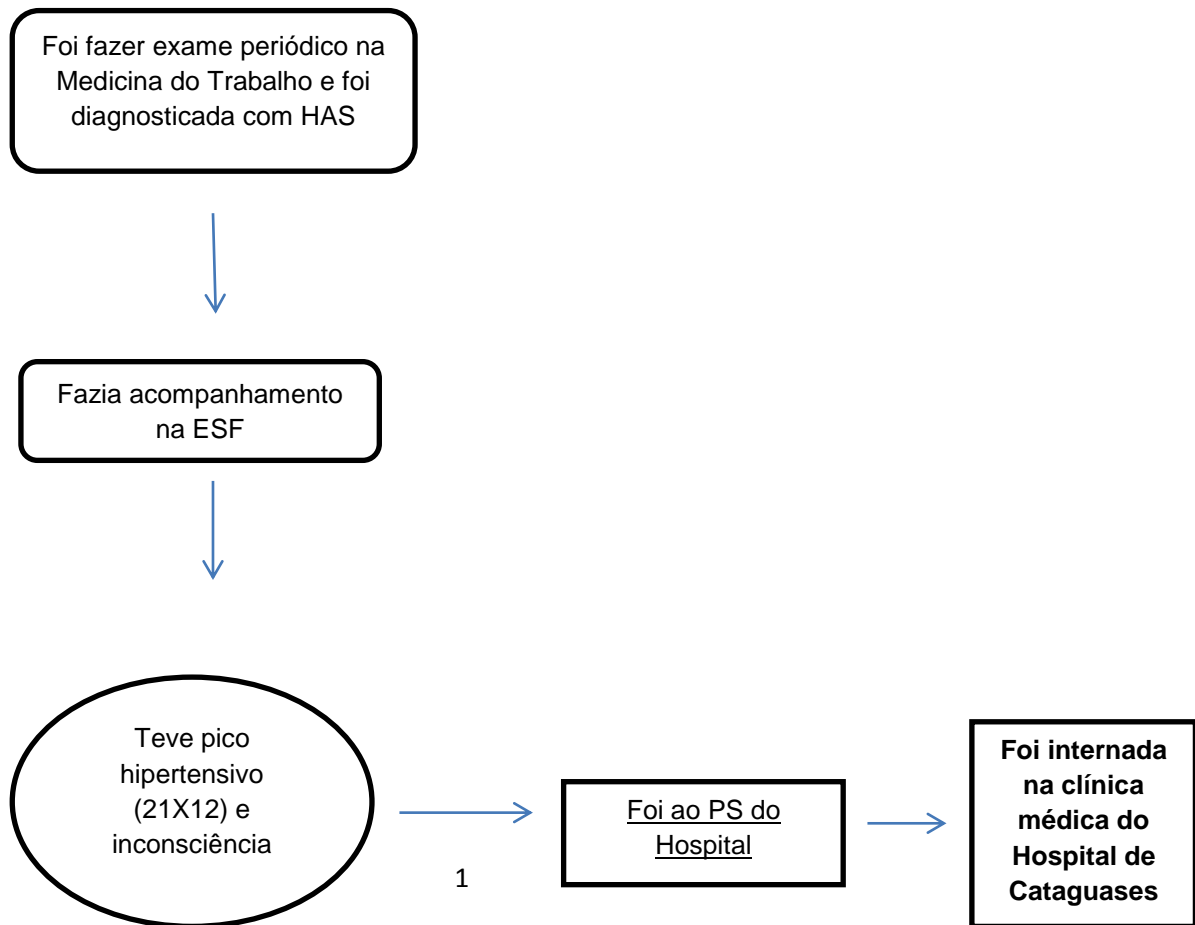


Ilustração 15. Fluxograma do IT 6

No itinerário 6 a participante conta sua história de como descobriu a doença HAS, porém em relação ao caminho que percorreu para a sua internação pode-se inferir que foi rápido e linear, pois quando passou mal de pico hipertensivo ficou inconsciente e a família a levou diretamente para o PS do Hospital de Cataguases, no qual obteve a internação. Vale ressaltar a peculiaridade do diagnóstico de HAS através da Medicina do Trabalho; e em relação à fala do acompanhamento de sua doença com a ESF de seu bairro.

Itinerário 7

EPR; gênero masculino; idade: 51 anos; escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 12 anos; motivo da internação: complicações renais e ITU; tempo em dias da internação: a primeira internação durou seis dias e a segunda internação durou dois dias.

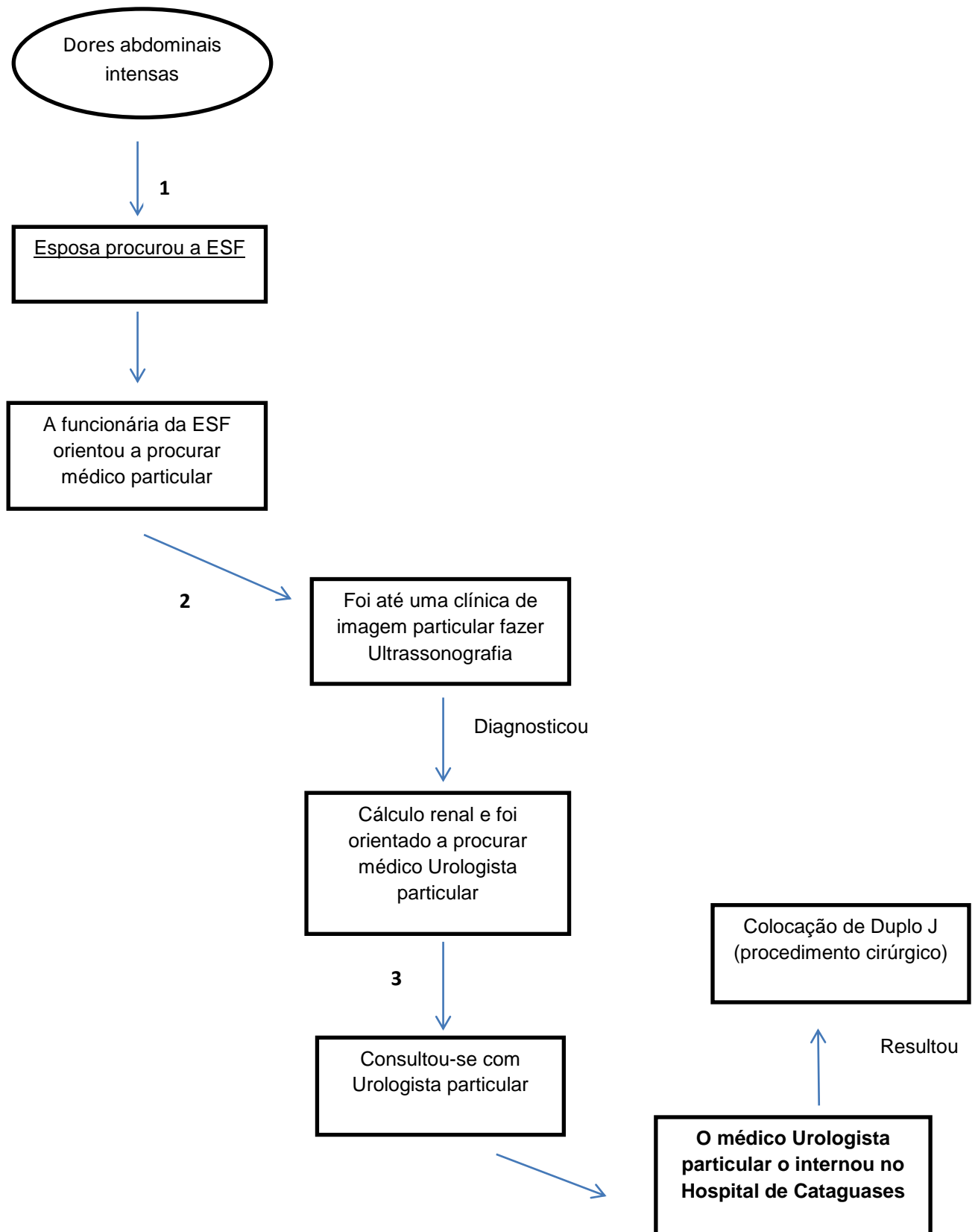


Ilustração 16. Fluxograma do IT 7

Na história vivida no itinerário 7 observa-se que a primeira porta de entrada escolhida pelo usuário foi a ESF, mas a mesma não prestou atendimento à necessidade do participante, orientando o mesmo a recorrer a serviço privado. O participante “pula etapas” no atendimento e recorre ao serviço de exame de imagem ao invés de procurar assistência médica. Ao fazer isso recebe um diagnóstico e logo em seguida é referenciado para o serviço privado novamente, com a alegação de que na assistência pelo SUS não haveria vaga para consultar-se prontamente com Urologista. O caminho percorrido por este usuário teve impedimentos e frustração, pois o usuário relata em sua fala ter acreditado na sua busca de cuidados através da ESF, e a mesma traçou seu direcionamento para o serviço privado. O itinerário 6 teve 3 caminhos pelos serviços de saúde, sendo eles a ESF, o clínica de imagem particular e consultório particular.

Itinerário 8

F.M.S, gênero: feminino; idade: 40 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos um ano, o motivo da internação: infecção do trato urinário, tempo em dias de internação: mais ou menos 30 dias; e a internação foi recente em abril de 2016.

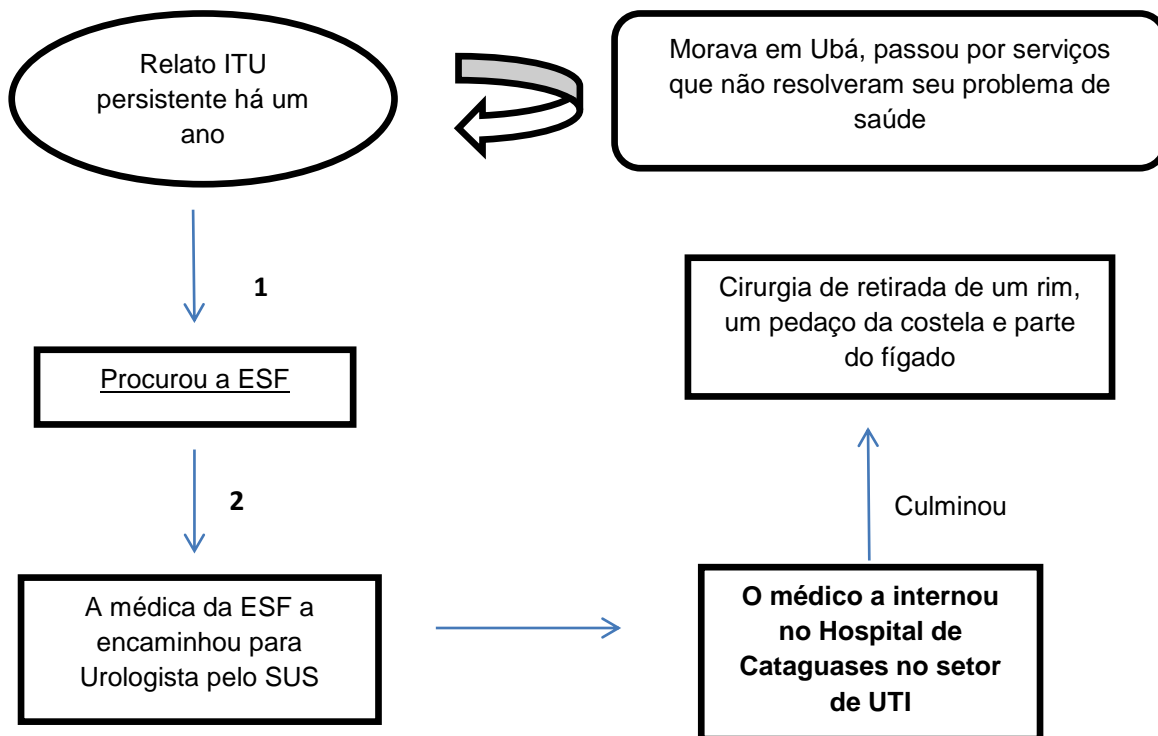


Ilustração 17. Fluxograma do IT 8

Neste itinerário pode-se apreender que a usuária residia em outro município (Ubá) e que lá passou por vários locais de atendimento com a queixa recorrente de ITU, porém fazia os tratamentos e não obtinha melhora. Ao mudar-se para Cataguases, resolveu procurar atendimento na ESF de seu bairro e através da assistência e acolhimento da médica da unidade conseguiu dar seguimento ao seu tratamento. Seu caso foi agravado e necessitou de internação no setor de UTI, resultando em cirurgia para retirada de um rim e partes de do fígado e costela. A participante atribui grande mérito na resolução de seu caso ao apoio e assistência que obteve da ESF, em especial dos cuidados despendidos pela médica. Neste itinerário positivo de resolutividade da APS que acolheu e tratou, e encaminhou em tempo oportuno para a referência especializada observa-se um caminho eficaz, no qual a participante buscou ajuda e foi atendida, passando por dois tipos de atendimento: ESF e Urologista do SUS antes de sua internação.

Itinerário 9

FMN, gênero: masculino; idade: 31 anos; nível de escolaridade: ensino superior completo; tempo de vínculo com a ESF: 10 anos; motivo da internação: Insuficiência cardíaca seguida de IAM e arritmias cardíacas; tempo em dias da internação: 2 dias nos Hospital de Cataguases e 4 dias no Hospital Prontocor na cidade de Muriaé.

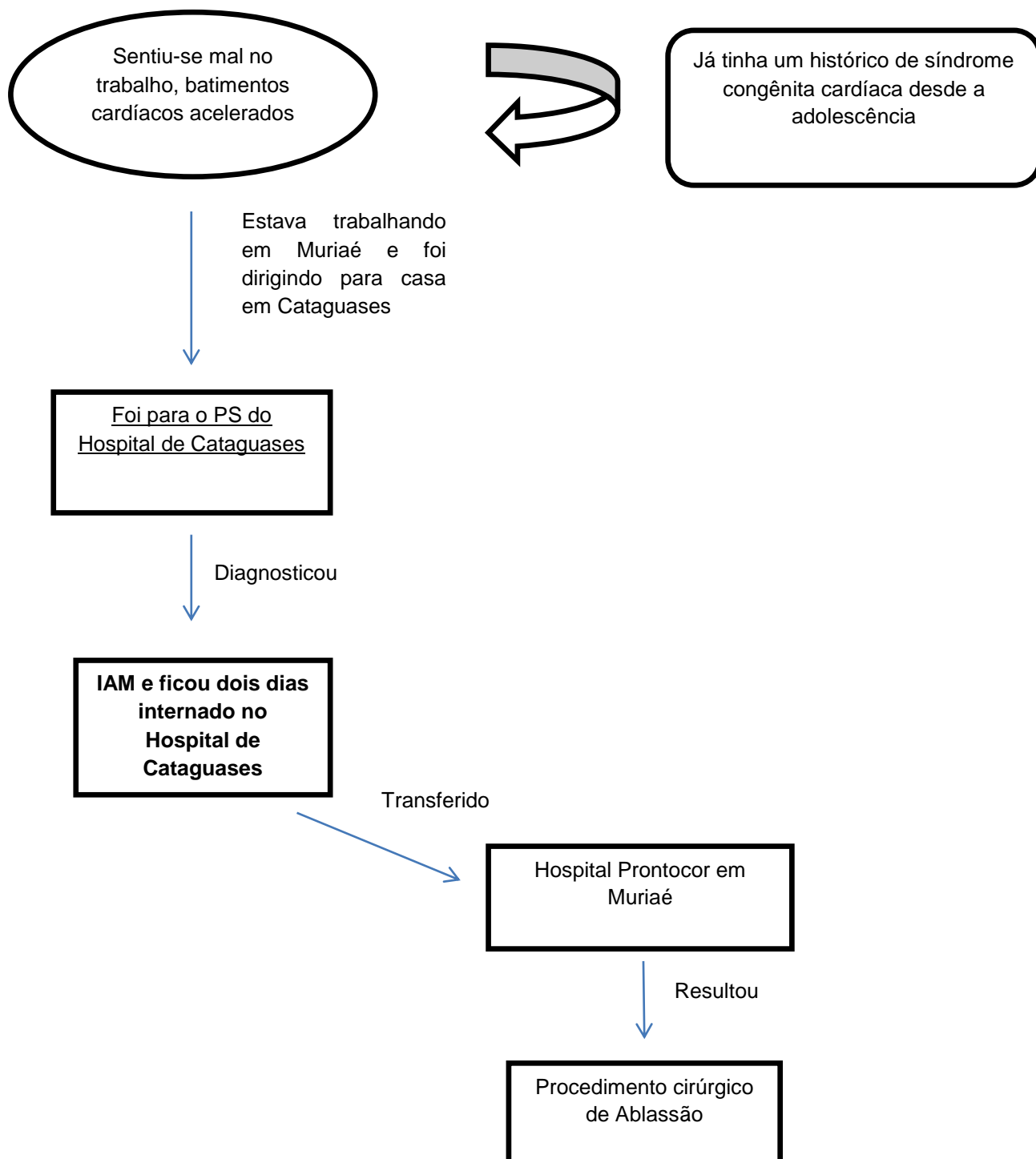


Ilustração 18. Fluxograma do IT 9

Neste caso de itinerário, o usuário já tinha um histórico de problemas cardíacos de origem congênita, que se manifestou durante a adolescência. O participante relatou já ter passado por um episódio de IAM na adolescência, porém

no momento da internação relatada estava em acompanhamento, e sem maiores problemas, seguia sua vida trabalhando sem intercorrências. Começou a sentir-se mal em seu trabalho em outro município (Muriaé) e decidiu que deveria ir para a casa. Foi dirigindo um percurso de mais ou menos 65 quilômetros, com um tempo aproximado de uma hora, sozinho. Ao chegar em Cataguases estava sentindo-se muito mal com fortes dores no peito e dormência no lado esquerdo e dirigiu-se rapidamente para o PS do Hospital de Cataguases. Ao adentrar no PS foi diagnosticado prontamente e sua internação foi feita de maneira rápida. Os caminhos que este usuário percorreu não foram muitos, porém pode-se dizer que o longo trecho que percorrer dirigindo já com sintomas de IAM foi uma grande dificuldade relatada pelo usuário. O participante passou por dois locais de atendimento, pois necessitou ser transferido devido ao seu problema cardíaco, pois o município não contém serviço de hemodinâmica adequados.

Itinerário 10

F.C.S.S; gênero: feminino; idade: 35 anos; nível de escolaridade: ensino superior incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 12 anos; motivo da internação: complicações renais e ITU; a primeira internação durou dois dias e a segunda internação dois dias; e a internação recente de janeiro de 2017.

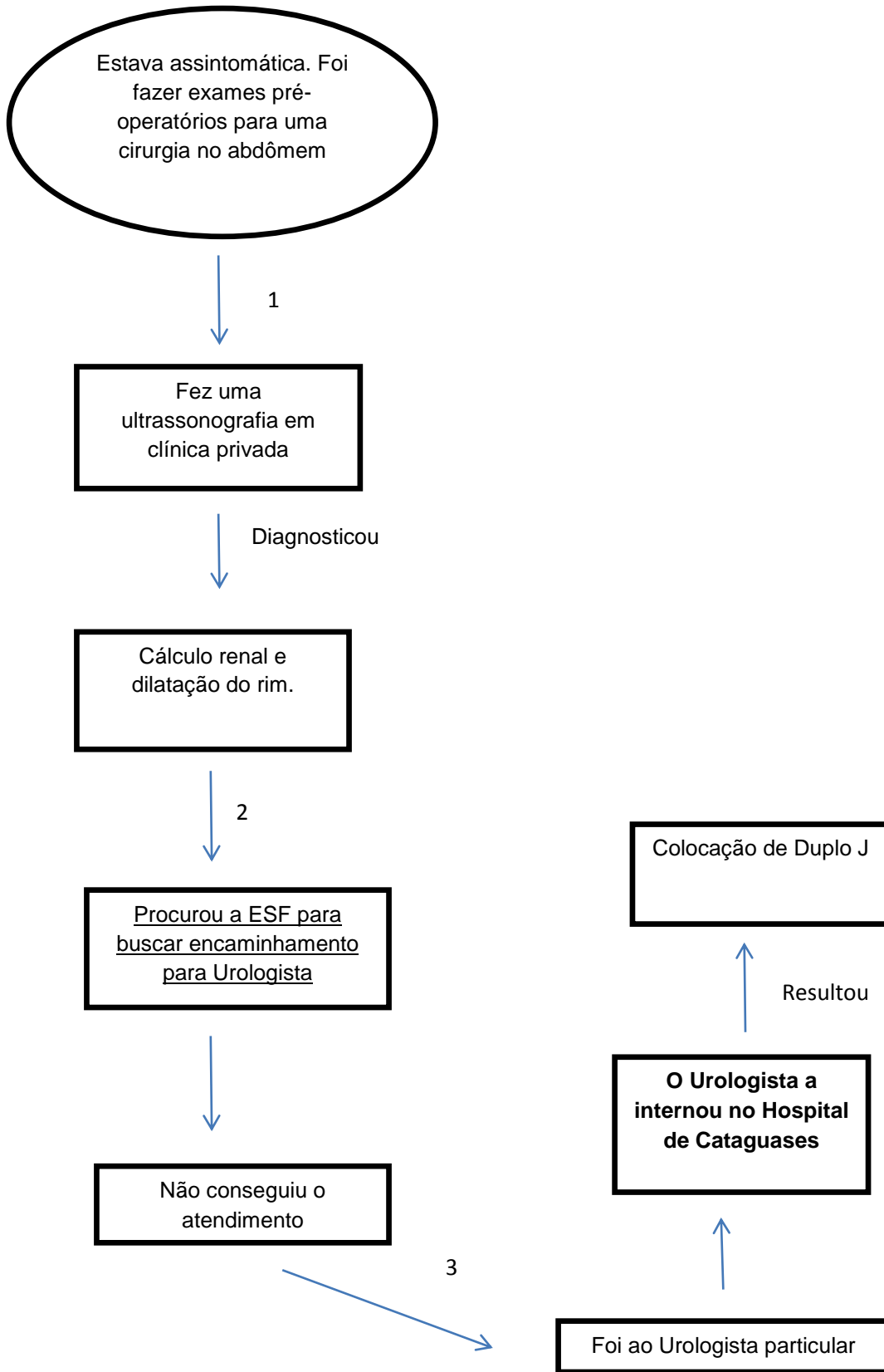


Ilustração 19. Fluxograma do IT 10

O itinerário descrito mostra que a usuária descobre a sua doença que a levou à internação através da realização de exames pré-operatórios, pois não apresentava sintomas. Em seu relato, a usuária recorre a ESF em primeiro lugar após ter conhecimento de seu agravo, porém é descrito o primeiro local como a clínica de ultrassonografia por se tratar como um local de serviço de saúde. A participante acreditou no potencial de resolutividade da ESF, e portanto, este foi o local de escolha para buscar seu atendimento, porém como não conseguiu, recorreu ao serviço privado, no qual teve êxito e após ter sido atendida, foi hospitalizada. Neste itinerário pode-se inferir que a usuária percorreu um caminho com alguma dificuldade, passando por 3 tipos de serviços: clínica de ultrassonografia privada, ESF e consultório particular até ser internada.

Itinerário 11

G.C.E.O.F.H, gênero: feminino; idade: 37 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 7 anos, o motivo da internação: pielonefrite; e tempo em dias da internação: mais ou menos 7 dias e a internação recente de dezembro de 2015.

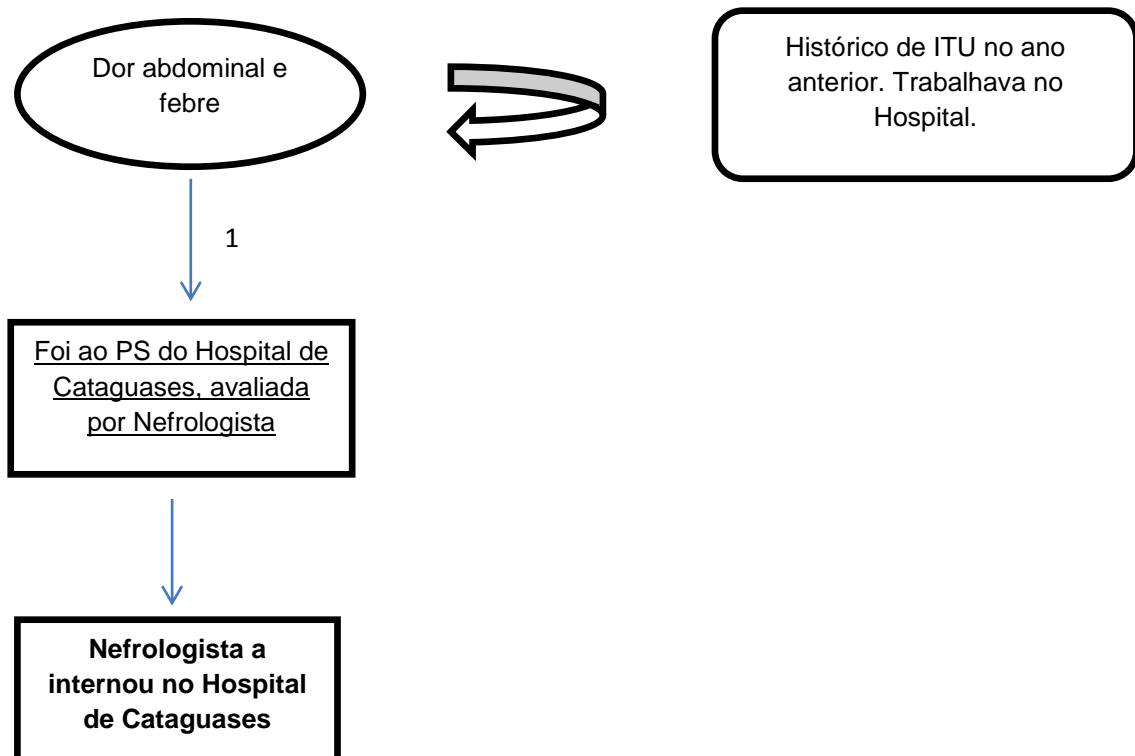


Ilustração 20. Fluxograma do IT 11

Neste itinerário, a usuária buscou atendimento no serviço que julgou ter acesso e resolutividade mais rapidamente. Relatou ter passado pelo mesmo problema no ano anterior e por ser profissional de saúde e já ter trabalhado no hospital, traz consigo um estigma de resolutividade atribuída ao hospital, afirmando não buscar atendimento na ESF por esses motivos apontados. Seu itinerário foi curto e sem problemas, tendo ido somente em um local (hospital) para a sua internação.

Itinerário 12

G.B.Z.S; do gênero feminino; idade: 29 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; motivo da internação: complicações por Hipertensão Arterial Sistêmica; tempo em dias da internação: 5 dias, a internação foi recente em novembro de 2016; e o tempo de vínculo com a ESF desde o nascimento, 29 anos.

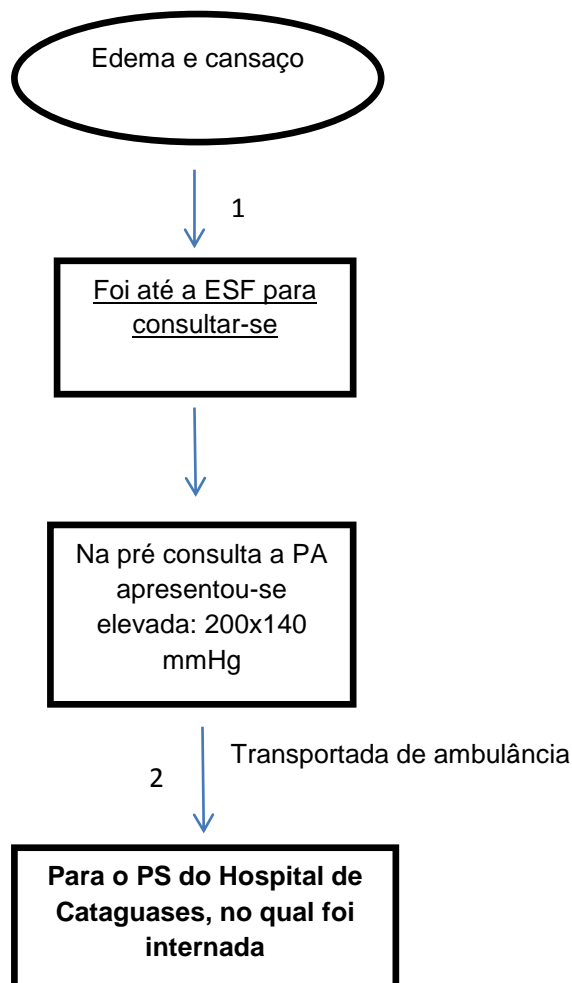


Ilustração 21. Fluxograma do IT 12

O itinerário 12 mostra que a participante buscou seu atendimento na ESF, sendo esta a sua primeira porta de entrada nos serviços de saúde. Ao aferir a PA constatou-se pico hipertensivo e a mesma foi encaminhada ao PS para ser atendida devidamente. O itinerário descrito não teve percalços e a usuária obteve os cuidados necessários em tempo oportuno.

Itinerário 13

I.L.E.C; gênero: feminino; idade: 51 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: 34 anos; motivo da internação: complicações por Diabetes; tempo em dias da internação: 4 dias, a data da internação foi 05 de março de 2017.

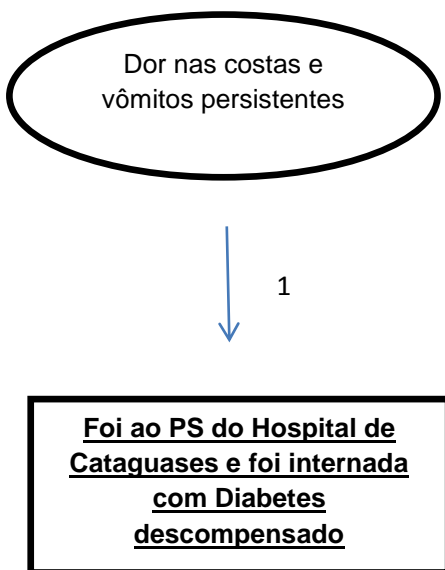


Ilustração 22. Fluxograma do IT 13

O itinerário acima descrito mostra que a usuária recorreu ao PS do Hospital de Cataguases e não buscou ajuda na ESF de seu bairro por mencionar diversas internações anteriores que foram realizadas da mesma maneira. Este configura-se como outro exemplo de busca por assistência imediata no Hospital desconsiderando a atuação da APS.

Itinerário 14

J.M.S; gênero: masculino; idade 57 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF mais ou menos 6 anos; motivo da internação: Pneumonia como comorbidade com maior gravidade, problemas cardíacos e complicações por Diabetes; tempo em dias da internação: 10 dias e a internação foi recente em janeiro de 2017.

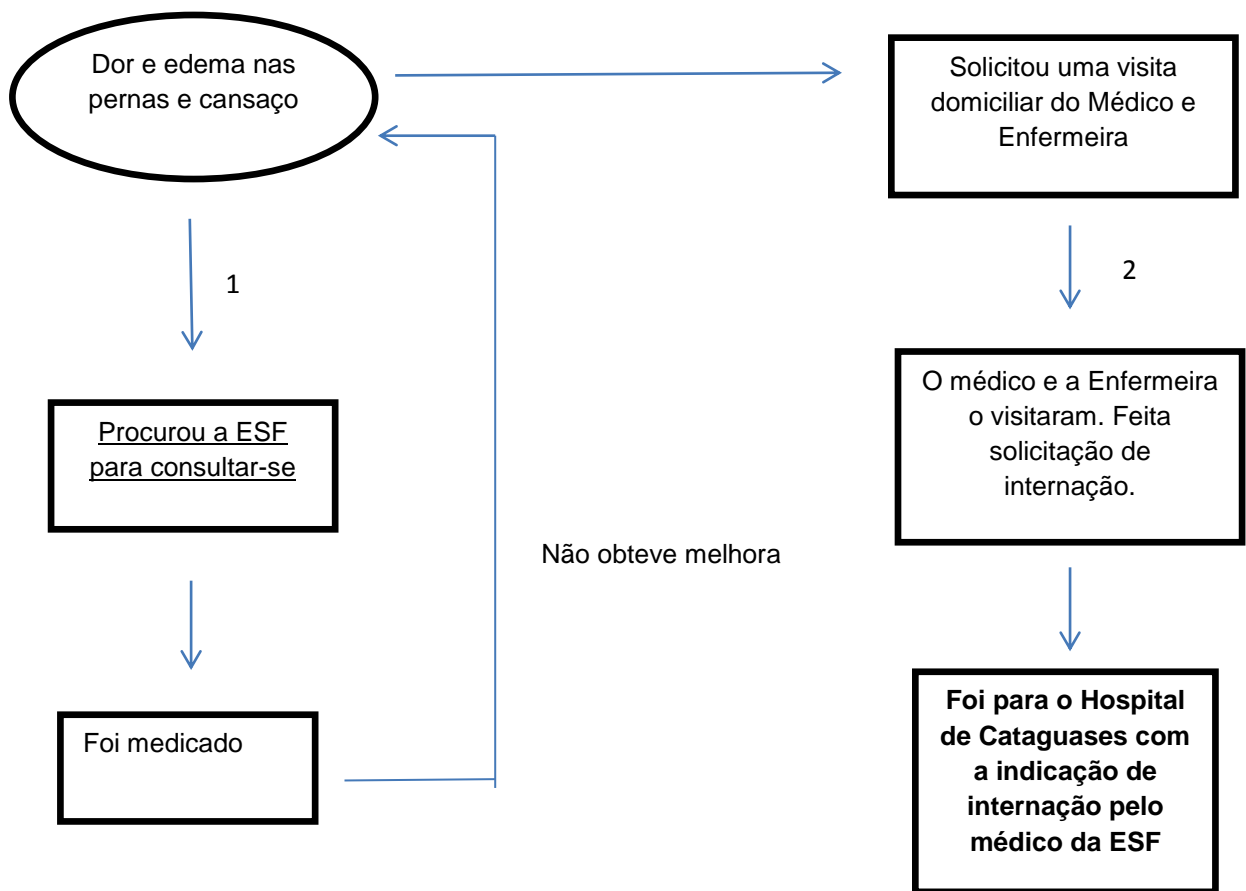


Ilustração 23. Fluxograma do IT 14

Este itinerário demonstra efetividade da ESF pois o usuário recorre a ela em dois momentos, e em ambos foi assistido, sendo que a sua internação partiu de um encaminhamento relativo à avaliação domiciliar do médico da ESF. Os caminhos feitos pelo participante contém uma única unidade assistencial, porém em dois movimentos, pois como não obteve melhora, procurou assistência na ESF, exemplificando um modelo de assistência preconizado pela APS.

Itinerário 15

L.E.C; gênero: masculino; idade: 53 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental completo; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos vinte e oito anos; motivo da internação: Doença Cerebrovascular (denominada como AVC pelo participante); tempo em dias da internação: 7 dias e a data da internação foi em janeiro de 2017.

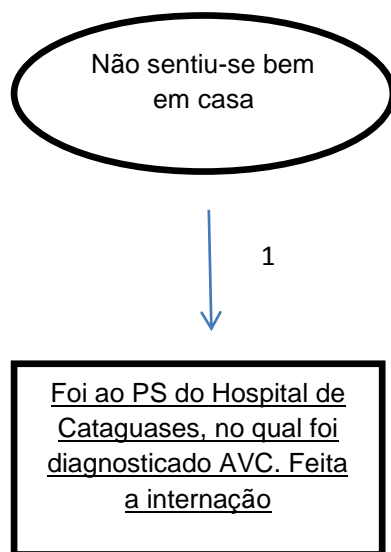


Ilustração 24. Fluxograma do IT 15

No exemplo de itinerário abordado acima, o usuário relata ter ido ao PS do Hospital, e não se recorda com detalhes de como foi feita a escolha por este tipo de atendimento. O itinerário foi rápido e curto, haja vista a gravidade da comorbidade. O usuário percorreu somente uma porta de entrada.

Itinerário 16

L.C.G.V; gênero: masculino; idade: 56 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 15 anos; motivo da internação: Insuficiência Cardíaca seguida de IAM; tempo em dias da internação: mais ou menos 30 dias.

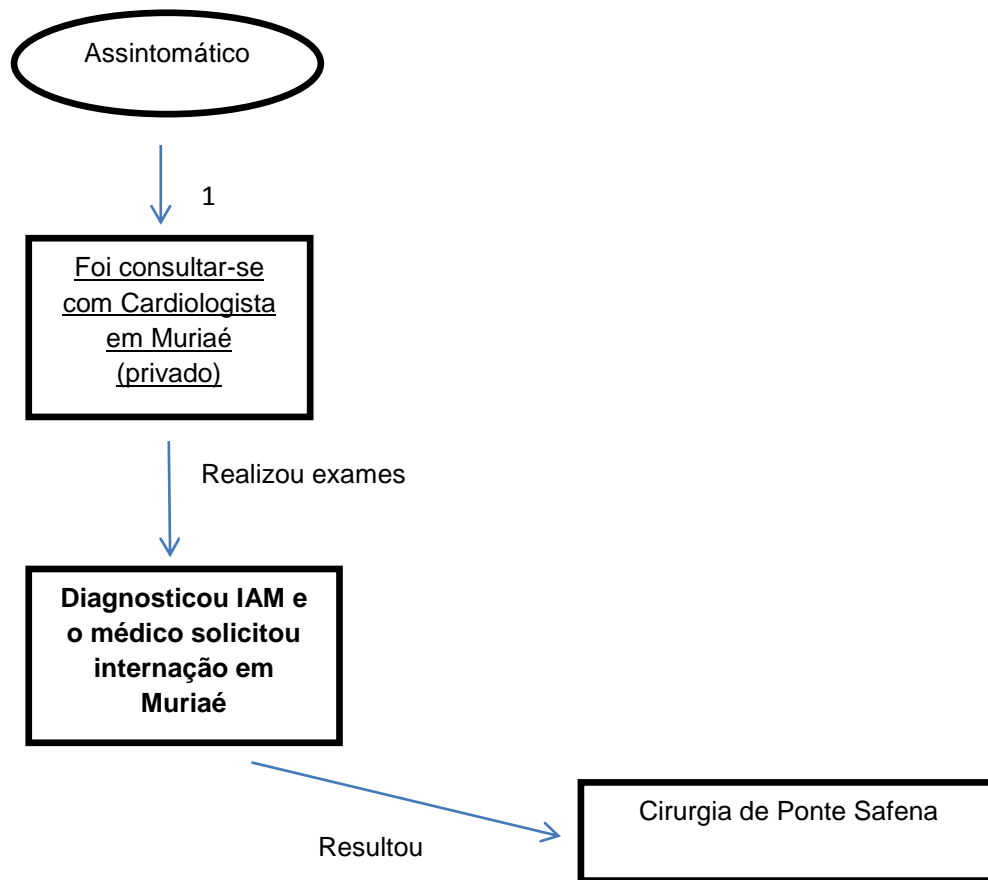
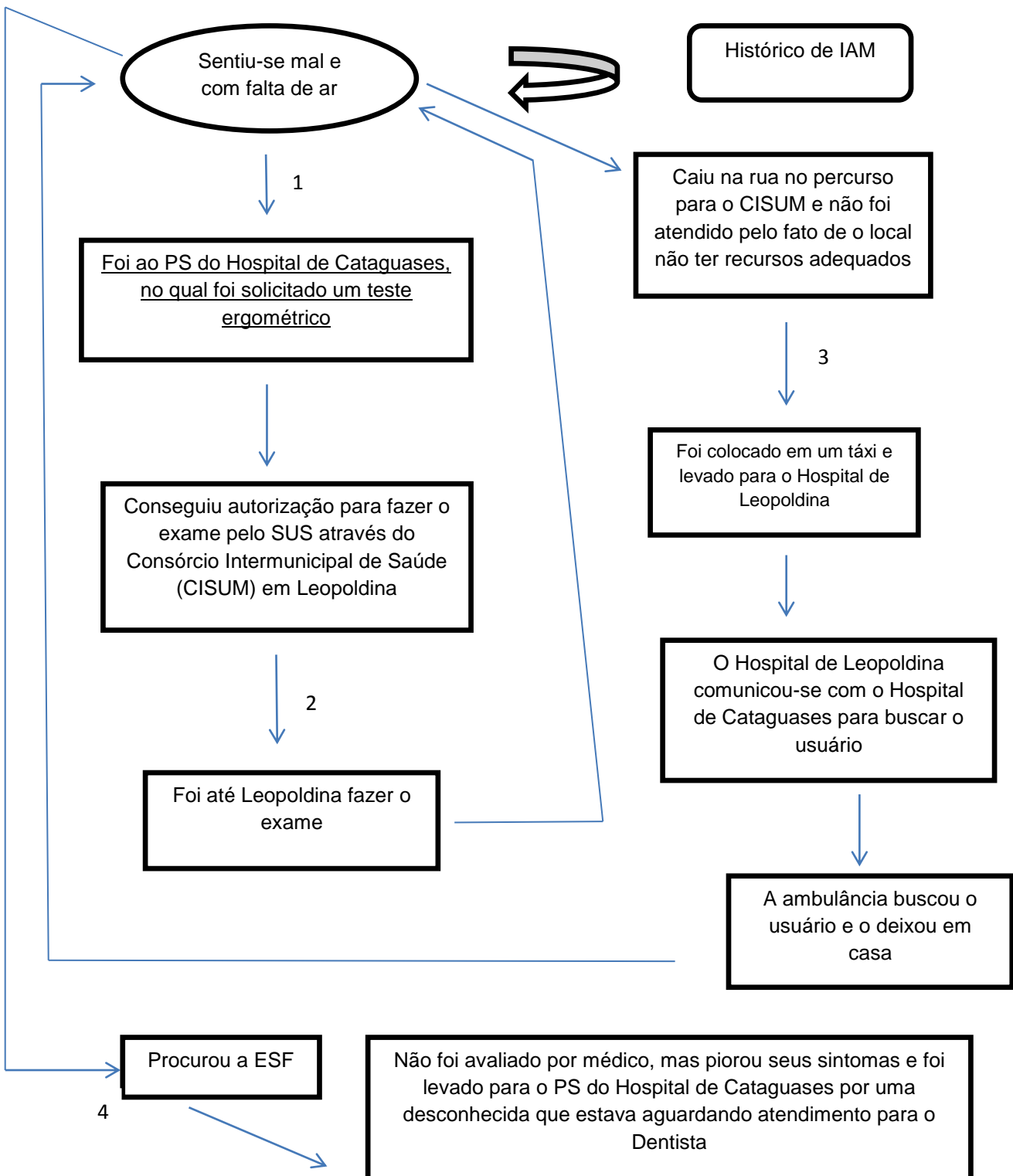


Ilustração 25. Fluxograma do IT 16

O itinerário 16 não consta de nenhum atendimento realizado na cidade de Cataguases. O participante procurou atendimento em um consultório privado de cardiologista, talvez pelo fato de Muriaé se tratar de um município de referência para problemas cardíacos. O usuário teve um itinerário curto, passando pelo cuidado privado inicialmente, e sendo internado para posteriormente realizar cirurgia cardíaca.

Itinerário 17

L.S.V.S; gênero: masculino; idade: 59 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; tempo de vínculo com a ESF: um ano e seis meses, motivo da internação: Insuficiência cardíaca seguida de IAM; tempo em dias da internação: 16 dias, e a internação foi em agosto de 2016.



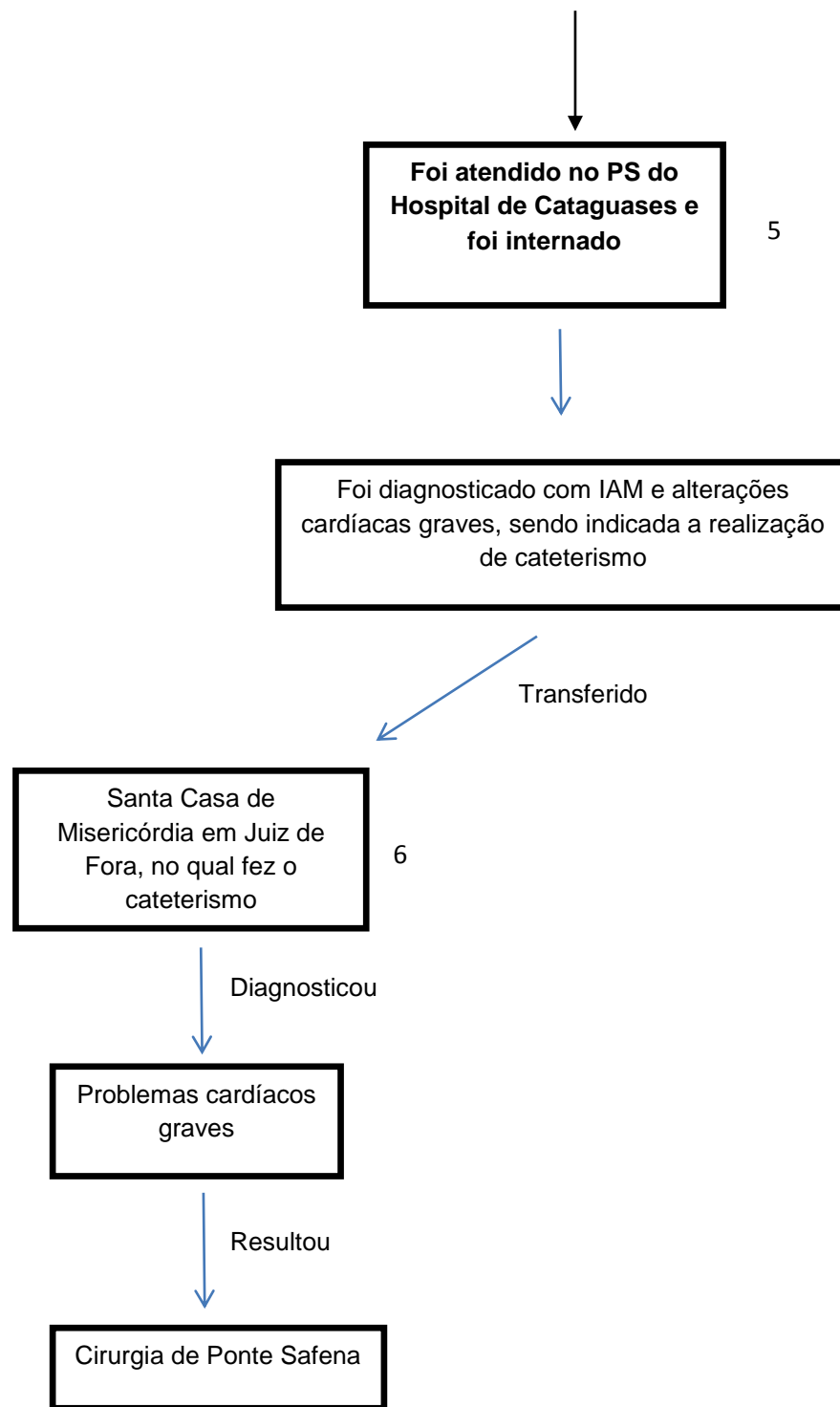


Ilustração 26. Fluxograma do IT 17

O itinerário descrito acima apresenta um caminho longo e tumultuado para o usuário. O usuário fez seu primeiro atendimento no PS do Hospital de Cataguases, e o profissional que o atendeu solicitou um exame de teste ergométrico, rotina esta de exame não comumente solicitada em PS. Na tentativa de ir fazer o exame, sentiu-se muito mal e passou por dois atendimentos na cidade vizinha (Leopoldina) que o dispensaram, tendo o primeiro Consórcio Intermunicipal de Saúde União da Mata

(CISUM) alegado não ter recursos para atender o usuário e o segundo local (Hospital de Leopoldina) não ofereceu justificativa. Ao retornar para casa o usuário vê seu quadro de agravando e decide procurar por atendimento na ESF de seu bairro, no qual se sentia acolhido nos momentos que necessitava; porém não conseguiu ser atendido, pois como seus sintomas se agravaram, diante da gravidade, contou com a ajuda de pessoas desconhecidas para ir até o PS; e lá chegando foi prontamente atendido; sendo transferido para Hospital de referência para cirurgia cardíaca, devido ao fato de o município não contar novamente com uma rede de serviços hemodinâmicos devidamente estruturadas. O usuário percorreu seis unidades de saúde na sua busca por cuidados: PS do Hospital de Cataguases, Cisum, Hospital de Leopoldina, ESF, Hospital de Cataguases e Hospital Santa Casa de Misericórdia de Cataguases.

Itinerário 18

M.S.X; gênero: feminino; idade: 47 anos; nível de escolaridade: ensino médio completo; tempo de vínculo com a ESF: 9 meses; motivo da internação: Angina Pectoris; tempo em dias de internação: 3 dias no Hospital de Cataguases, e 3 dias na cidade de Muriaé no Hospital São Paulo.

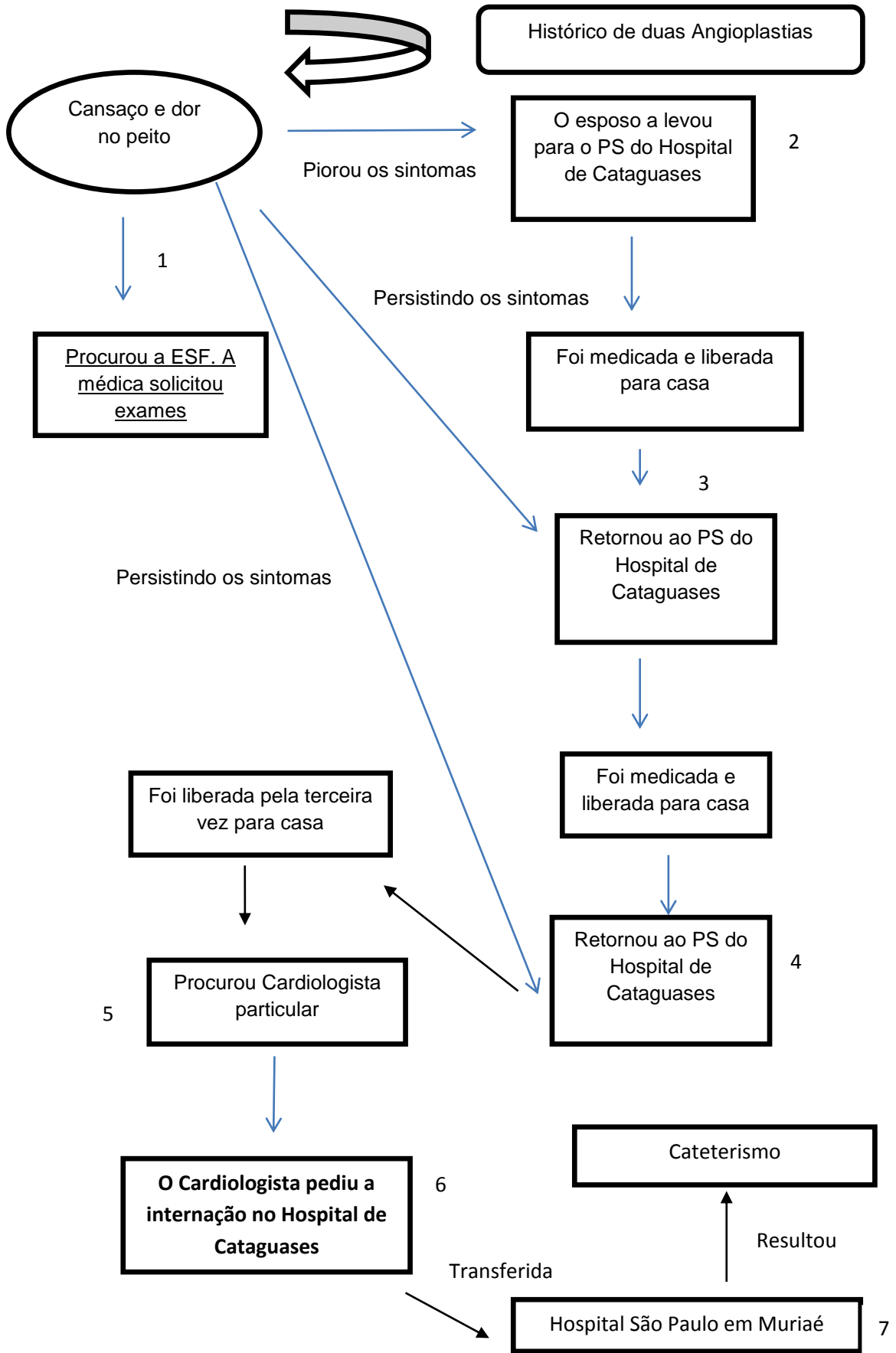


Ilustração 27. Fluxograma do IT 18

No itinerário em análise acima, a participante apresenta uma triste história de perambulação pelos serviços de saúde, no qual foi liberada 3 vezes do PS do Hospital de Cataguases, sendo a justificativa de que a usuária não estaria infartando devido o fato de não apresentar alterações no exame de eletrocardiograma. Teve como sua primeira porta de entrada a APS, porém como agravaram seus sintomas recorrer a intervenção hospitalar. Somente conseguiu ser avaliada com “outros olhos” quando recorrer ao médico particular, que a internou rapidamente, sendo transferida para o Hospital mais estruturado para servi-la. Seu itinerário apresentou muitos caminhos de idas e vindas: ESF, PS, casa, PS, casa, PS, casa, consultório particular, Hospital de Cataguases e Hospital São Paulo em Muriaé, sendo numerados somente os caminhos que tratam de unidades de saúde.

Itinerário 19

M.A.F.C; gênero: feminino; idade: 56 anos; escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 28 anos; motivo da internação: Hipertensão Arterial Sistêmica; tempo em dias da internação: seis dias; e a internação foi em julho de 2015

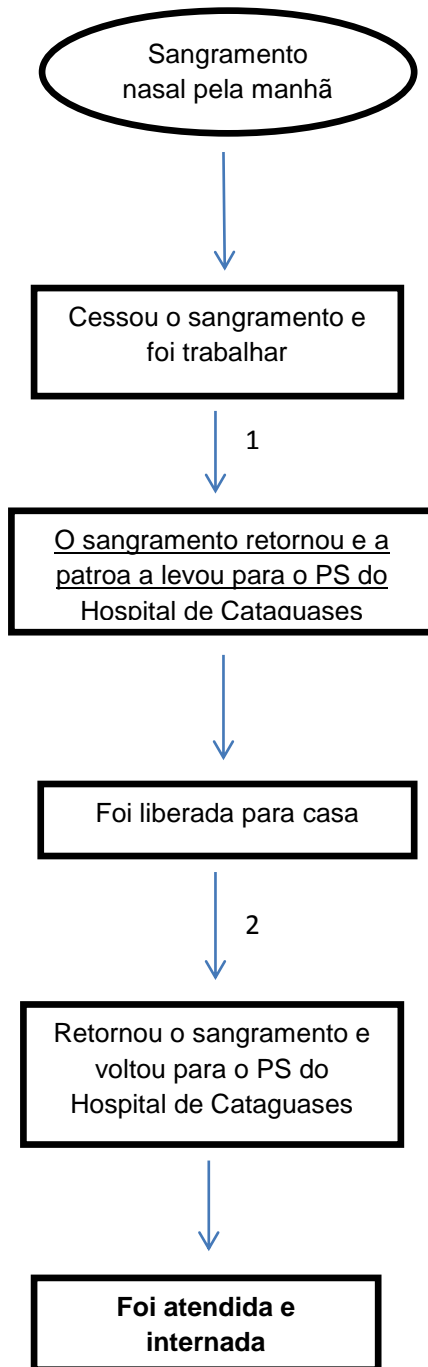


Ilustração 28 . Fluxograma do IT 19

Neste itinerário descrito, a usuária recorre ao PS do Hospital de Cataguases por duas vezes, não procurando assistência na APS. Teve um caminho rápido pois internou-se no mesmo dia de início de sintomas. Seu itinerário não teve muitas dificuldades.

Itinerário 20

M.L.S.L, gênero feminino; idade: 58 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF mais ou menos 10 anos; motivo da internação: asma; tempo em dias da internação: 3 dias na UTI, e uma semana no total.

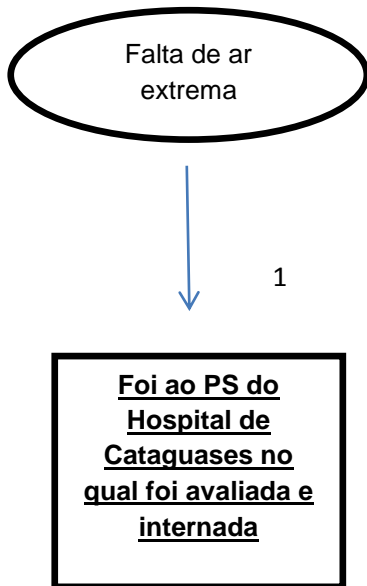


Ilustração 29. Fluxograma do IT 20

O itinerário da participante acima foi linear e certo. A usuária passa somente por uma única unidade de saúde: hospital; não apresentando percalços em seu caminho. Este configura-se como outro exemplo da não procura da ESF como porta de entrada em um serviço de saúde.

Itinerário 21

M.L.C; gênero: feminino; idade 51 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 26 anos; motivo da internação: Hipertensão Arterial Sistêmica; tempo em dias da internação: 3 dias, e a internação recente em março de 2017.

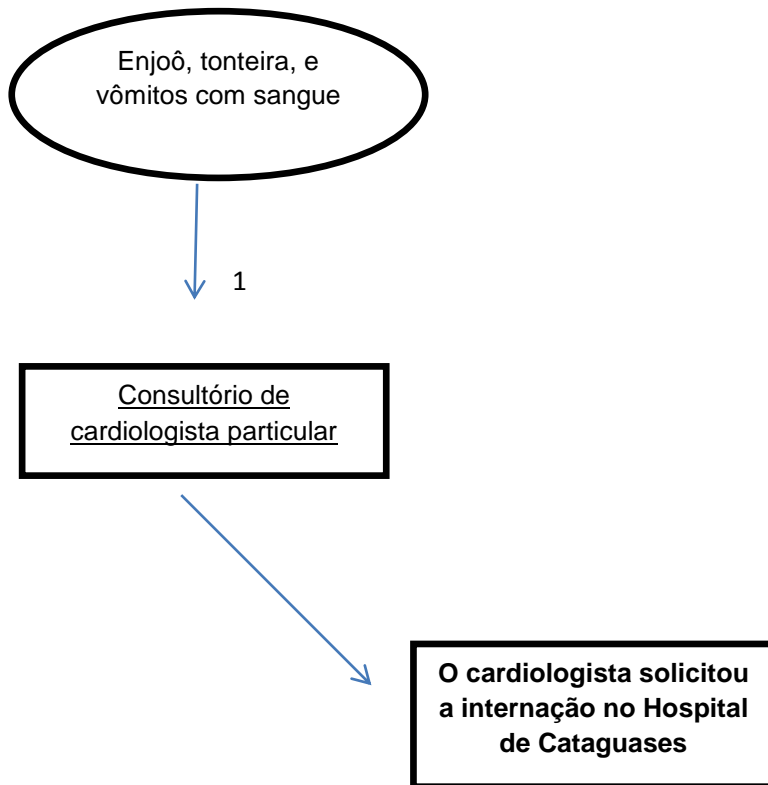


Ilustração 30. Fluxograma do IT 21

Neste itinerário a participante buscou atendimento no local onde uma familiar julgou ser mais adequado para aquele episódio. Ela afirma que não costuma ir a ESF para realizar seus tratamentos de saúde, devido a uma história negativa vivenciada pela mesma com um profissional de saúde. Seu caminho foi rápido e curto, no qual passou por dois tipos de atendimentos: consultório particular e Hospital.

Itinerário 22

N.N.P; gênero: feminino; idade: 59 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental completo; tempo de vínculo a ESF: mais ou menos 35 anos; motivo da internação: ITU; tempo em dias da internação: mais ou menos 10 dias e a internação foi recente em dezembro de 2016.

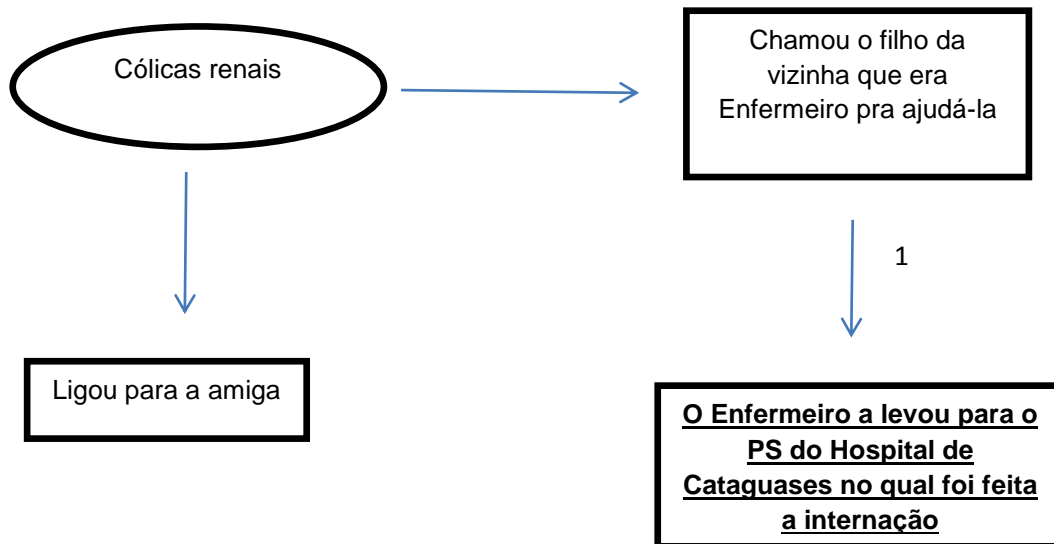


Ilustração 31. Fluxograma do IT 22

No itinerário 22 a usuária pede ajuda a amiga e filho da vizinha que era enfermeiro numa tentativa de abreviar seu atendimento, pois afirma que o vizinho foi entrando com ela e de alguma maneira foi facilitando os atendimentos. Seu itinerário é curto e não teve muitas dificuldades haja vista a urgência do caso.

Itinerário 23

R.L.S; gênero: feminino; idade: 44 anos; nível de escolaridade: ensino médio incompleto; tempo de vínculo com a ESF: desde o nascimento, há 44 anos; motivo da internação: complicações por Diabetes; tempo em dias da internação: 26 dias.

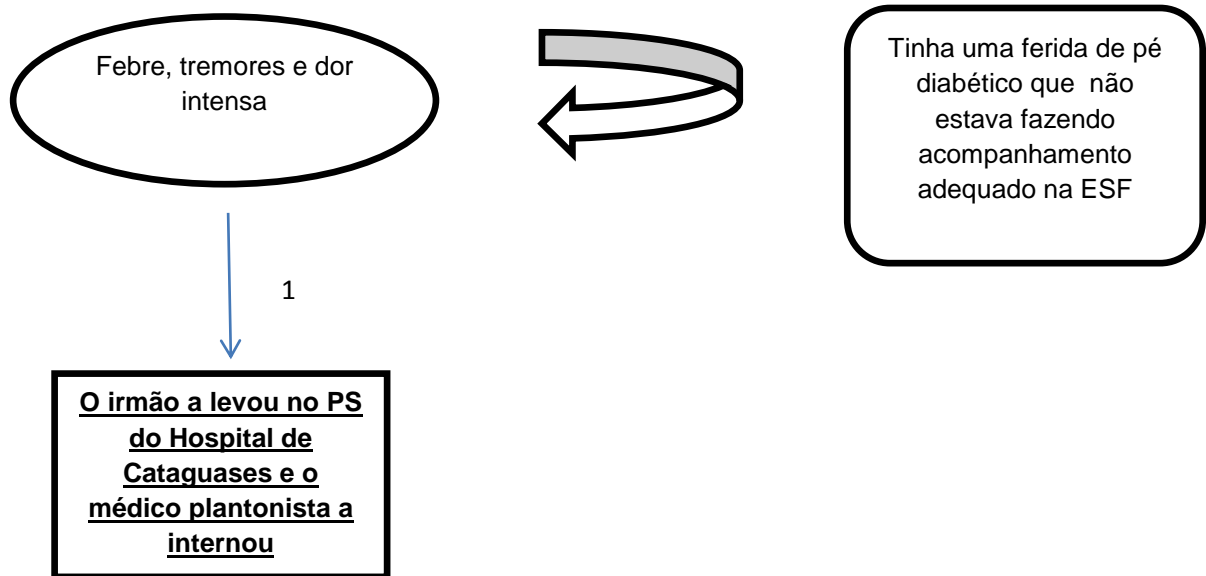


Ilustração 32. Fluxograma do IT 23

O itinerário descrito acima remete a uma situação de não acompanhamento por parte da usuária da evolução de sua ferida de pé diabético na ESF; a ferida se agravou e quando se viu nos extremos de dor, a participante mesmo tendo sido orientada e recebido assistência anterior na ESF, procura por assistência no Hospital de Cataguases. Seu caminho percorrido até a internação foi curto, passando por um único local de atendimento.

Itinerário 24

R.H.S.P; gênero: feminino; idade: 52 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: 2 anos, motivo da internação: complicações por diabetes; tempo em dias da internação: 5 dias e a internação recente de fevereiro de 2017.

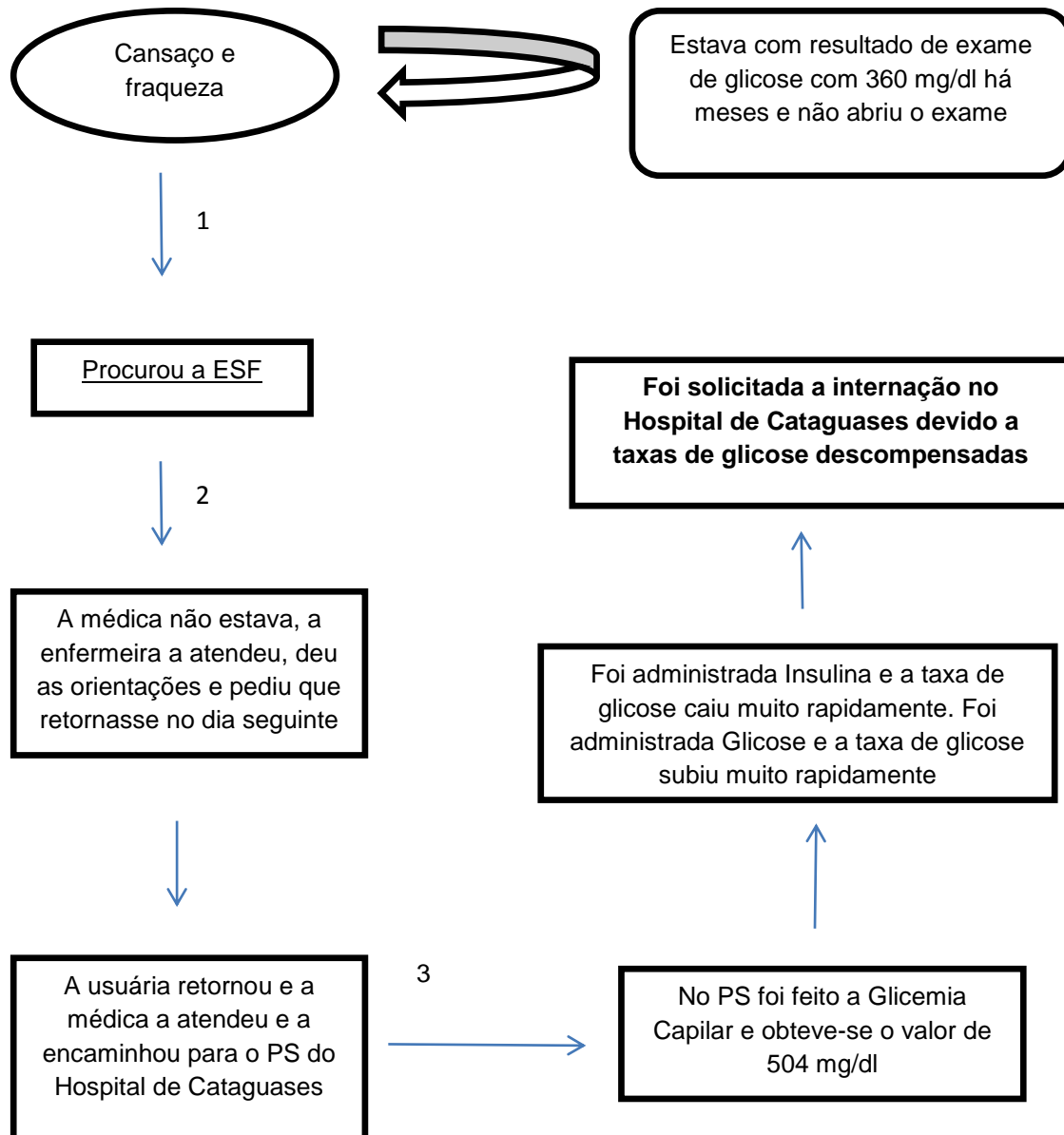


Ilustração 33. Fluxograma do IT 24

No itinerário descrito acima, pode-se apreender que a usuária adiou o seu tratamento de saúde, pois estava com um exame laboratorial por meses em casa e não havia aberto o exame e nem mesmo mostrado a nenhum profissional de saúde. Ao fazer a primeira abordagem na ESF, não havia profissional médico, mas a enfermeira prestou os primeiros esclarecimentos e solicitou que retornasse no próximo dia de consulta. Quando se consultou, a médica da ESF prontamente a

encaminhou para o PS para fazer o controle glicêmico imediato. Como não obteve respostas adequadas de suas taxas de glicemia, que apresentaram-se descompensadas, o médico plantonista optou pela internação. Os caminhos que esta usuária percorreu não foram longos, porém foram adiados devido ao próprio comportamento da usuária; tendo ela passado por dois tipos de serviços, optando pela primeira porta de entrada que foi a ESF.

Itinerário 25

S.M.S; gênero feminino; idade: 41 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos vinte e cinco anos; motivo da internação: complicações por Diabetes e tempo em dias da internação: 23 dias.

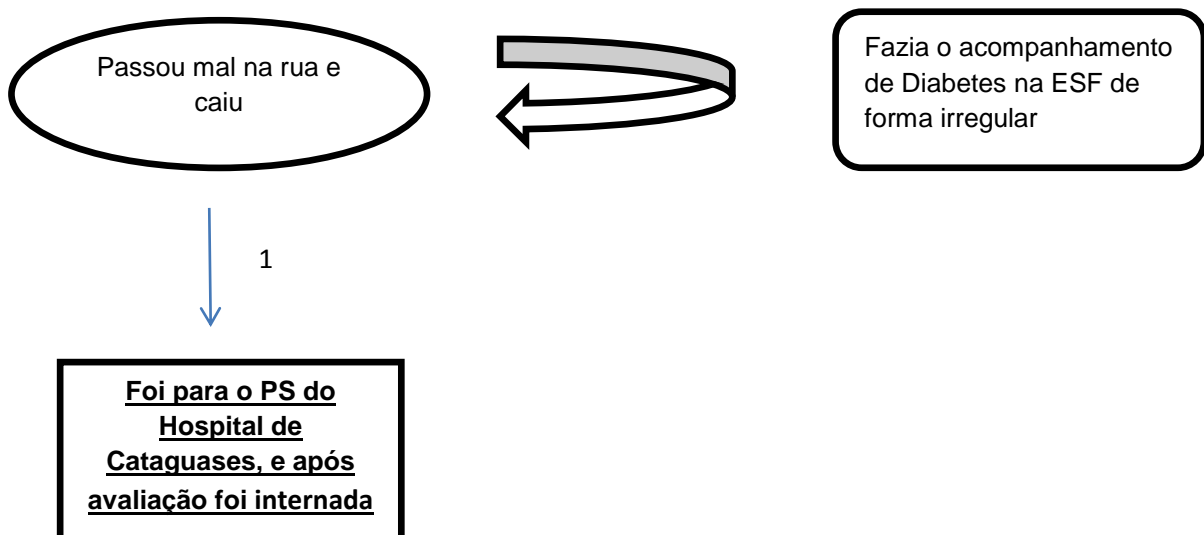


Ilustração 34 . Fluxograma do IT 25

No itinerário 25 a usuária relata que fazia o acompanhamento de sua doença de base (Diabetes) na ESF de seu bairro, porém de forma irregular, não seguindo as orientações de dieta e uso adequado dos medicamentos. Passou mal na rua e relata ter ido ao PS devido a queda. Seu itinerário para a internação foi rápido, passando por um único local de atendimento, e não utilizou da ESF como porta de entrada.

Itinerário 26

S.A.G.R; gênero: feminino; idade: 40 anos; nível de escolaridade: ensino médio incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos dezenove anos; motivo da internação: Doença Cerebrovascular (denominada como AVC e derrame pela participante); tempo em dias da internação: 8 dias, e a internação foi em dezembro de 2016.

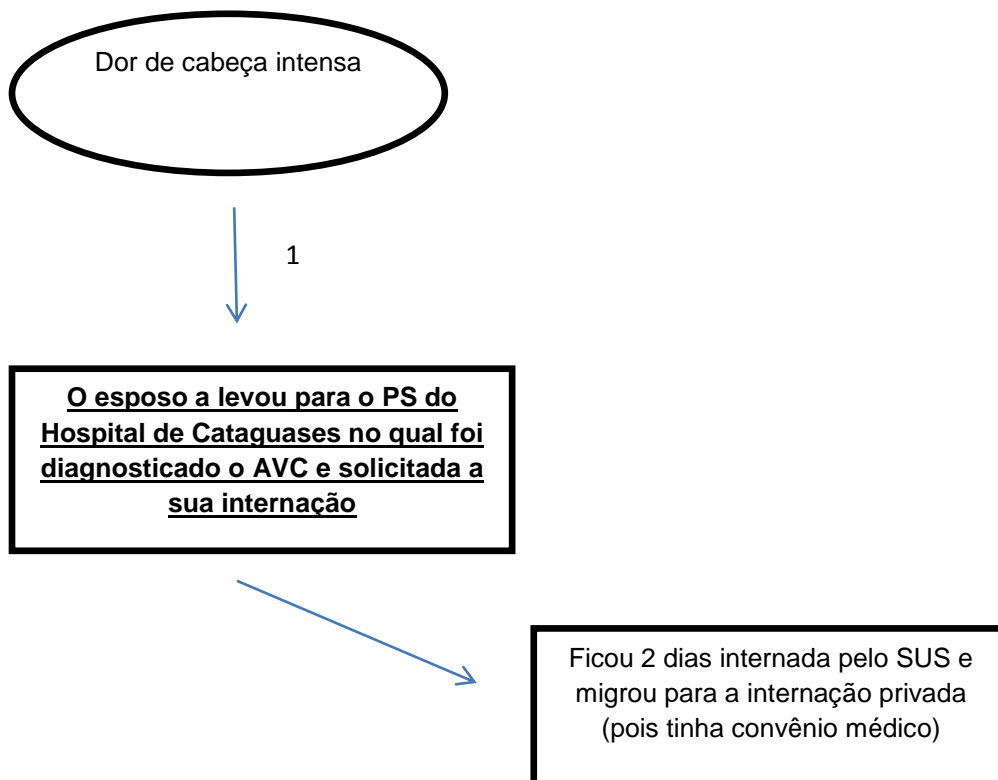


Ilustração 35. Fluxograma do IT 26

O itinerário 26 tem como ICSAP as doenças cerebrovasculares que se manifestou em sua maioria por caminhos direcionados diretamente ao PS, devido à apresentação aguda e súbita dos sintomas. A usuária não fazia acompanhamento de HAS na ESF, e relata ter perdido a consciência por dois dias, esquecendo-se que tinha um plano de saúde, e que sua patroa que a alertou quanto a este fato, e estando ciente disto, pediu a migração de setor, passando da clínica médica do SUS para a clínica médica de convênio do Hospital de Cataguases. Seu itinerário foi rápido, passando por um único local de atendimento.

Itinerário 27

S.A.A; gênero: masculino; idade: 55 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 5 anos; motivo da internação: doença cerebrovascular (denominada como AVC pelo usuário); tempo em dias da internação: 13 dias e data da internação foi 24/01/2015.

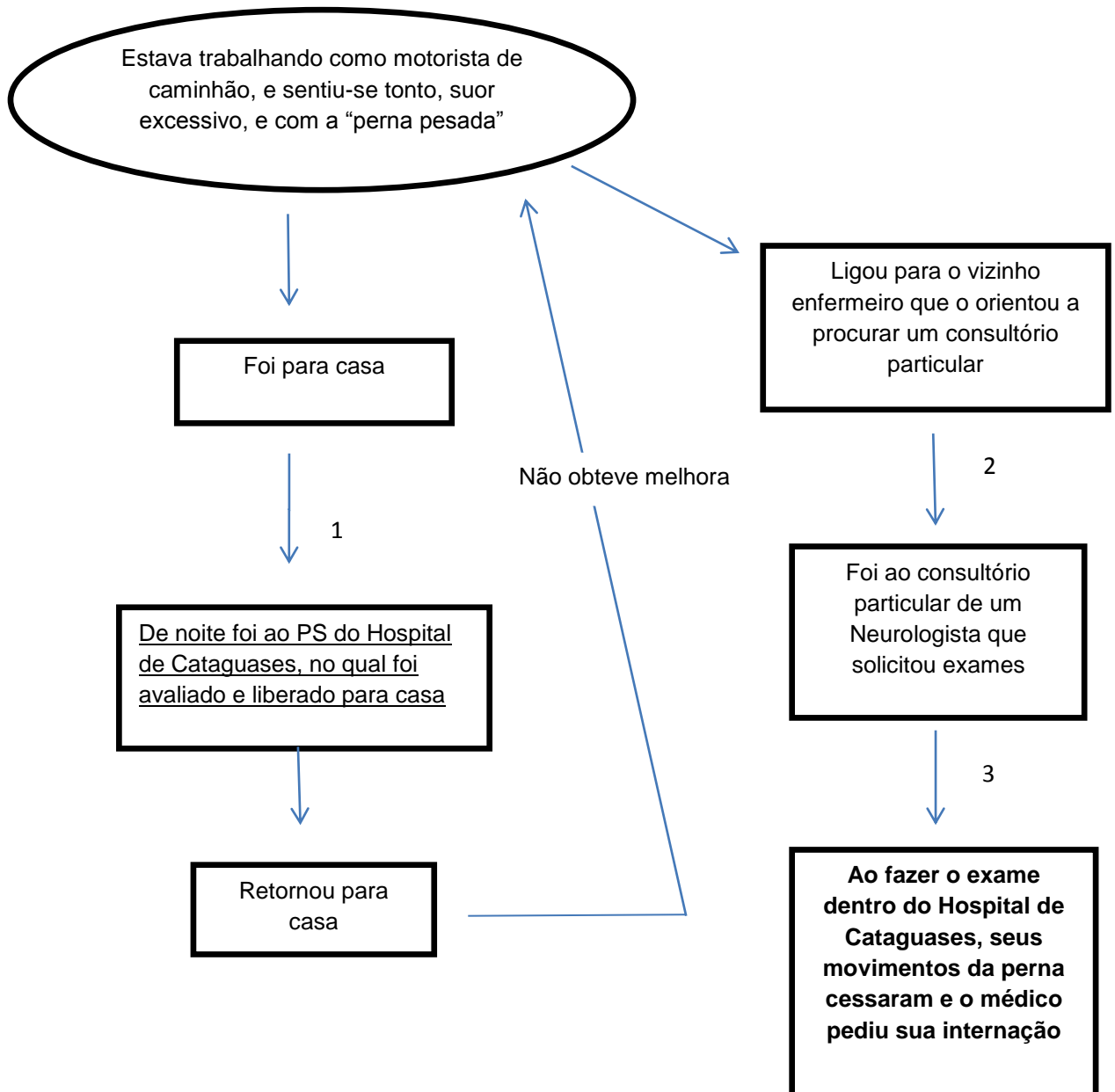


Ilustração 36 . Fluxograma do IT 27

Neste itinerário observa-se que o usuário não recorreu em nenhum momento à ESF, e sua primeira porta de entrada é o PS do Hospital de Cataguases; no qual

ele não teve uma avaliação adequada e foi liberado. Na persistência dos sintomas resolveu pedir ajuda de uma pessoa conhecida que atuava na área de saúde que ao seu entendimento poderia orientá-lo a seguir um caminho que o ajudasse naquele momento. O vizinho orientou a procurar assistência privada, e ao fazer os exames que o médico neurologista particular solicitou sentiu-se mal e como estava dentro do Hospital e próximo ao consultório do médico, o mesmo foi acionado e decidiu pela internação. Percebe-se que o usuário tem seu caminho facilitado somente com a intervenção de um especialista privado, tendo seu itinerário alguns percalços, passando por 3 locais de atendimento.

Itinerário 28

S.C.R.R; gênero: feminino; idade: 43 anos; nível de escolaridade: ensino médio incompleto; tempo de vínculo com a ESF: 43 anos (a ESF foi inaugurada posteriormente); o motivo da internação: Doença Cerebrovascular (denominada pela participante de AVC hemorrágico); tempo em dias da internação: 23 dias, sendo 16 dias na UTI e 7 dias na clínica médica do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora) e a data da internação foi dia 02 de dezembro de 2016.

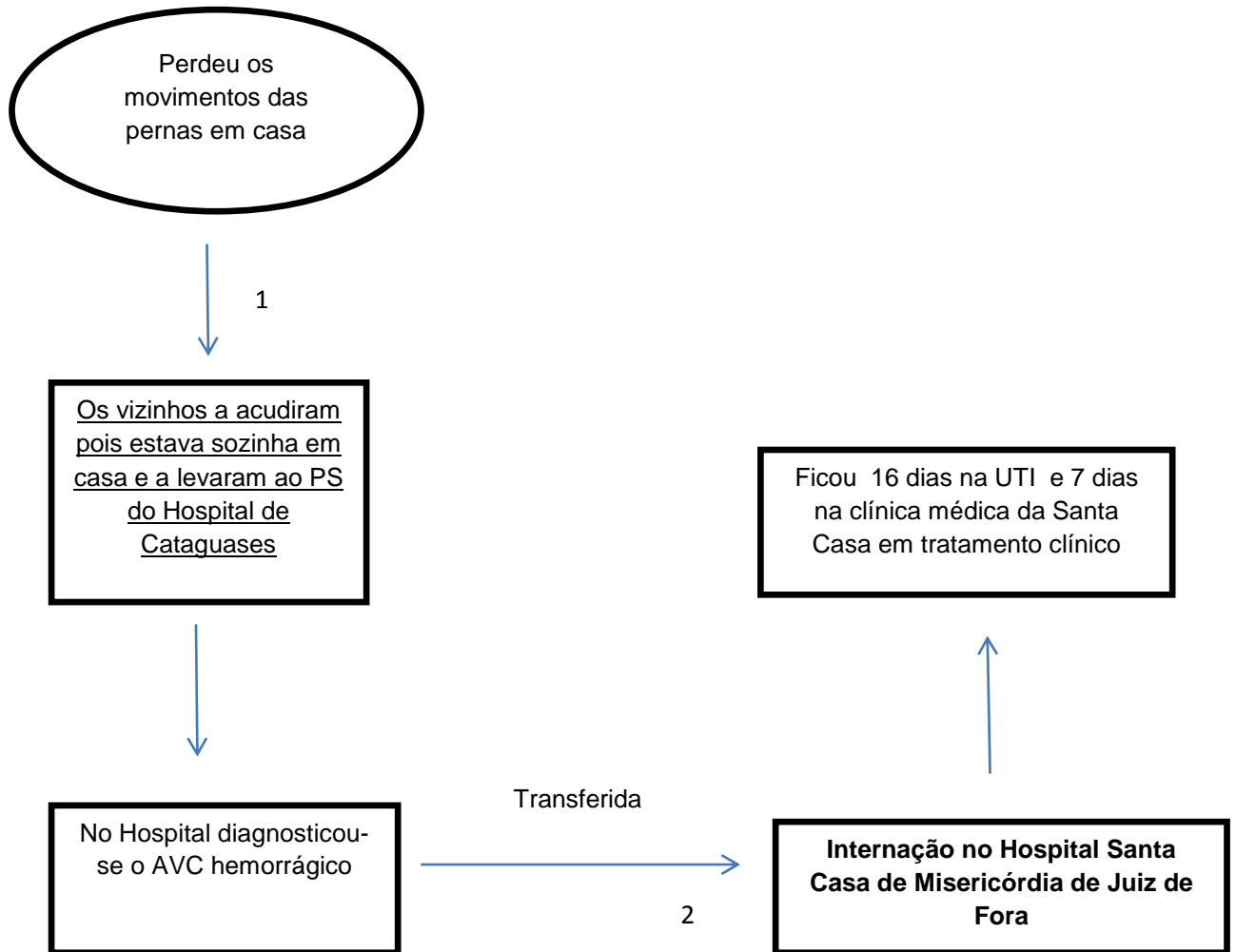


Ilustração 37. Fluxograma do IT 28

No itinerário descrito acima, a participante foi acudida pelos vizinhos que diante do seu quadro de paralização de movimentos das pernas julgaram que o melhor local de atendimento seria o Hospital, sendo esta a sua porta de entrada. Ao diagnosticar o AVC hemorrágico a usuária foi rapidamente transferida para a Santa Casa de Juiz de Fora, hospital este de referência devido a uma possível realização de cirurgia neurológica, já que no município de Cataguases não existe este serviço. A usuária teve um itinerário rápido passando por dois locais de atendimento.

Itinerário 29

V.U.P.R; gênero: feminino; idade: 45 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: treze anos; motivo da internação: doenças Cerebrovasculares (denominada pela participante de AVC) e tempo em dias da internação: quatro dias.

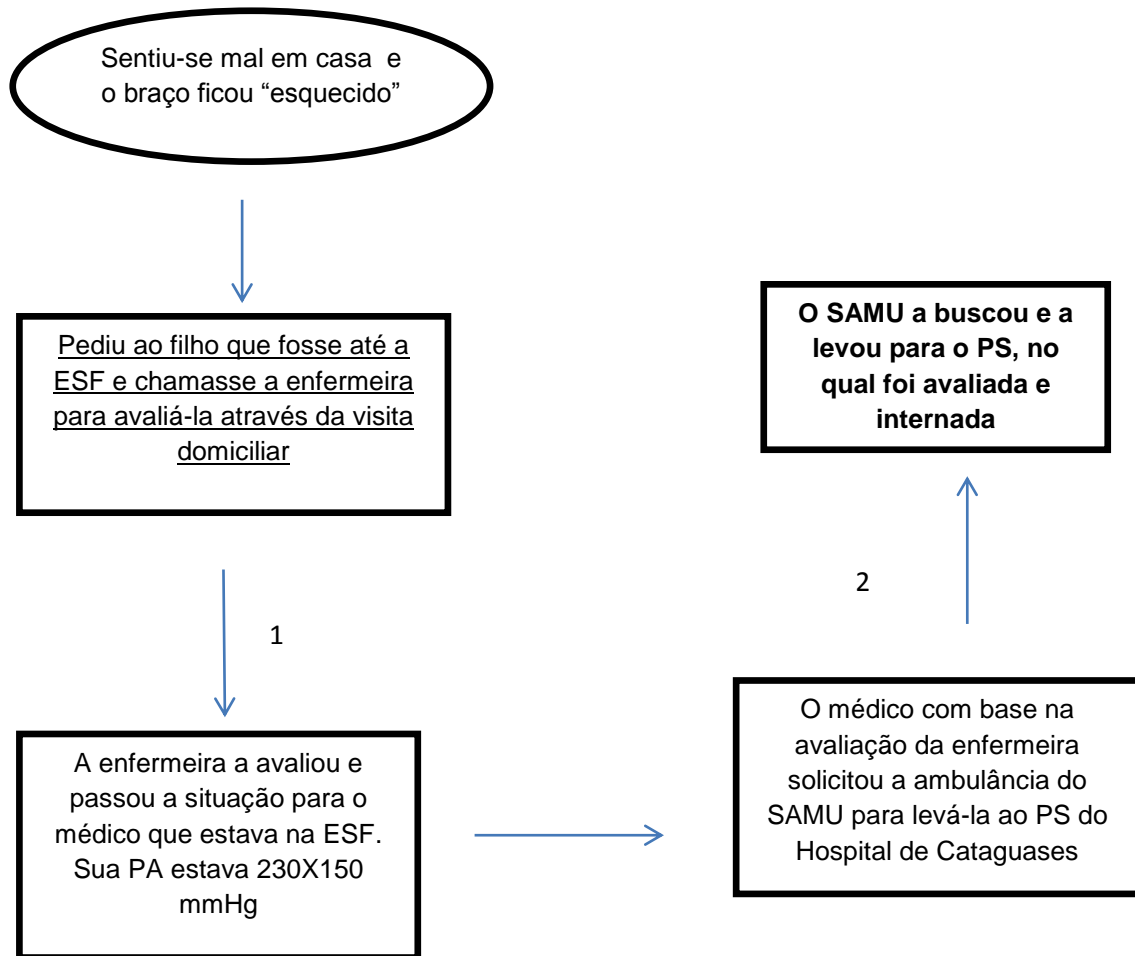


Ilustração 38 . Fluxograma do IT 29

O itinerário descrito acima denota a importância da ESF para alguns usuários dos serviços de saúde. A usuária solicitou a visita domiciliar e foi atendida pela enfermeira que prontamente passou o caso para o médico da unidade que direcionou para o PS devido a caracterização de um atendimento de urgência. A porta de entrada foi a APS que neste exemplo de caminho cumpriu seu papel

direcionando a usuária para o atendimento condizente com a sua situação de saúde apresentada.

Itinerário 30

V.A.S; gênero: feminino; idade: 51 anos; nível de escolaridade: ensino fundamental incompleto; tempo de vínculo com a ESF: mais ou menos 17 anos; motivo da internação: complicações por Diabetes como comorbidade de maior gravidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Cardiopatia; tempo em dias da internação: 7 dias no Hospital de Cataguases e 5 dias no Hospital Prontocor em Muriaé.

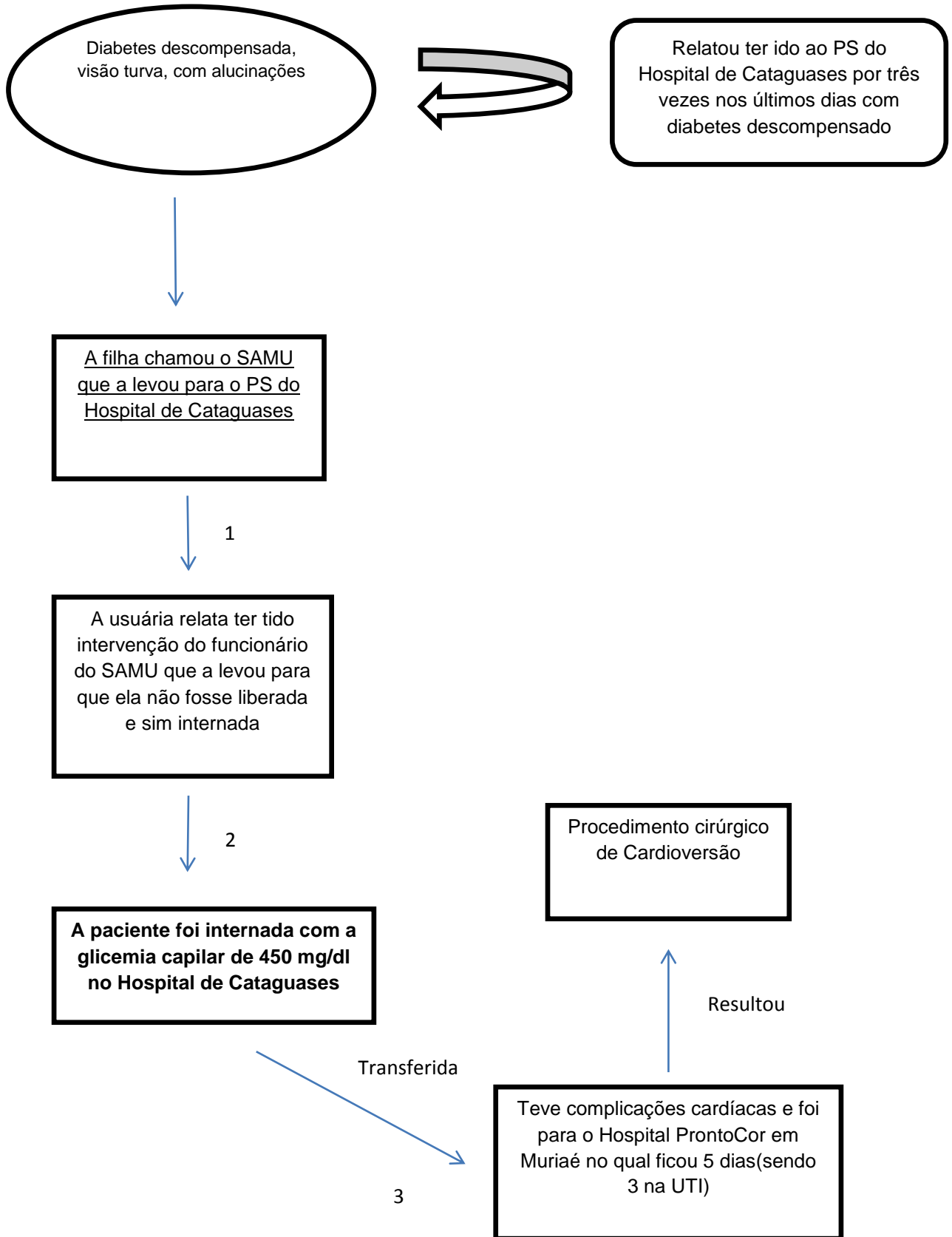


Ilustração 39. Fluxograma do IT 30

Neste último itinerário, pode-se analisar que a usuária refere ter ido dias antes por três vezes ao PS do Hospital, e segundo ela, somente quando houve intervenção da fala do funcionário do SAMU solicitando que a mesma não fosse liberada, é que houve uma avaliação mais criteriosa e solicitada a internação da usuária. A porta de entrada foi o PS; a participante ficou internada no Hospital de Cataguases e após complicações cardíacas foi transferida para o Hospital ProntoCor em Muriaé, por ser este um hospital de referência para serviços de hemodinâmica para o município. A participante teve seu caminho dificultado devido a algumas idas e vindas pelos serviços de saúde, e passou por 3 tipos de atendimento: PS, internação no Hospital de Cataguases e Hospital ProntoCor em Muriaé.

4.4.2 Tecendo análises sobre a APS baseada nos caminhos percorridos pelos usuários

Após a apresentação e discussão dos itinerários individuais percorridos pelos participantes neste estudo, se faz importante ressaltar alguns aspectos evidenciados relativos à assistência. Entender como estes participantes “perambularam” pelos serviços de saúde, torna possível fazer análises significativas para a avaliação da APS.

Partindo do pressuposto de que as ICSAP configuram-se como tipo de internações passíveis de serem evitadas com a atuação de uma APS estruturada e responsável com os cuidados de saúde de seus usuários; e de que além da atuação da APS, como vimos neste trabalho, os aspectos individuais de adesão aos cuidados de saúde assim como as histórias prévias dos usuários repercutem de maneira direta nas internações, as formas como os participantes adoecem e como procuram por serviços de saúde podem ser aproximadas destes conceitos.

Nesta temática deve-se compreender que o entendimento do conceito de “portas de entrada” está vinculado à percepção da organização dos sistemas integrados em rede dos serviços de saúde, que quando operados de maneira exitosa, conseguem proporcionar à população uma atenção à saúde de melhor qualidade e menos onerosa; articulando as definições de porta de entrada com os cuidados preventivos e curativos nos níveis primários com os cuidados especializados nos serviços de referências (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, ESCOREL E MENDONÇA, 2003).

Neste trabalho, ao se analisar os primeiros locais de busca por atendimento que os usuários percorreram, observamos o que está representado no gráfico abaixo:

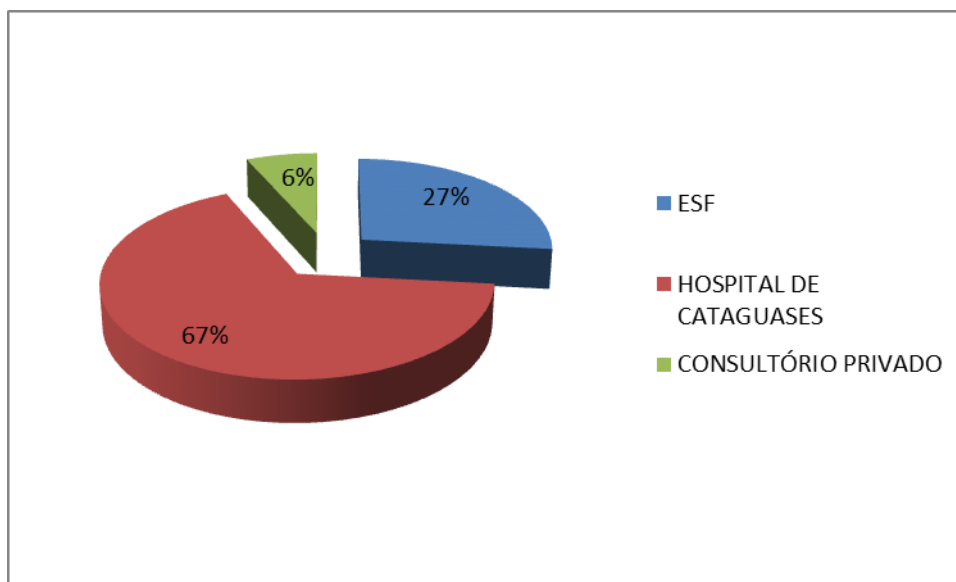


Ilustração 40. Gráfico de porta de entrada nos serviços de saúde

Nota-se que a escolha por ir diretamente ao PS, instalado no mesmo prédio do Hospital de Cataguases, apresentou-se como primeira opção da maioria dos entrevistados (20), totalizando 67% dos entrevistados. Dado semelhante foi encontrado na pesquisa de Martins e Franco (2013) no Paraná, com CSAP cardiológicas nos quais dos 276 participantes do estudo, 57,6% demandou o primeiro atendimento no serviço terciário; sendo este elevado índice considerado como inadequado, pois evidencia que as emergências terciárias são de fato a porta de entrada no SUS.

Este desfecho da busca por atendimento no PS como primeiro lugar não guardou relação exclusiva com os usuários que não referenciavam procurar assistência na ESF para tratar de seus problemas de saúde. Os participantes em sua maioria procuraram atendimento preferencialmente no PS independente da adesão aos tratamentos e orientações oferecidas pela ESF. As justificativas por esta grande procura pelo hospital devem ser aqui analisadas como um indicador de avaliação da assistência da APS, pois mesmo nas situações de urgência, a ESF estando próxima do usuário, é o local mais rápido de acesso deste usuário para um suporte e primeiro atendimento, e sua não procura está atrelada a cultura de não

resolutividade da ESF, e por conseguinte de grande impacto na assistência hospitalar, no qual é promovida uma inversão dos eixos de atendimentos, “encharcando” o PS de usuários cuja demanda seria prontamente absorvida pela ESF.

Oliveira, Mattos e Souza (2009) fazem uma importante reflexão no que tange a questão de escolha pelos usuários dos hospitais como porta de entrada no sistema de saúde, ao afirmar que a monitoração reflexiva das experiências dos usuários, proporcionam juízos de valor sobre os serviços que se apresentam a eles no sistema de saúde, no qual o mesmo faz cotidianamente, uma avaliação dos serviços de saúde; e esta avaliação se dá não apenas com base em suas próprias experiências, mas também em experiências trazidas de outros usuários. Ressalta-se que não se trata de uma avaliação formal ou técnica, mas de uma avaliação percebida na prática vivenciada por estes usuários. Partindo deste pressuposto, da avaliação informal feita cotidianamente e relacionada a um aprendizado cotidiano e reflexivo que as configurações sobre os diversos serviços da rede assistencial se formam; e quando o usuário vai buscar assistência, ele as leva em consideração para fazer suas escolhas.

Neste trabalho estas escolhas por buscarem cuidados de saúde na assistência hospitalar ao invés da aproximação com os serviços prestados pela ESF nos levam a entender que a APS apresenta-se de forma dispensável para os usuários deste estudo, fazendo-se neste momento uma generalização para ampliarmos a visão para todo o contexto de atendimentos de saúde no município. O desenho dos IT voltados para a assistência terciária, com ênfase naqueles IT de comorbidades crônicas, não emergenciais são o resultado da falta de vínculo, não confiabilidade e não adesão às práticas de promoção da saúde elencadas pelo município.

Assim, para Silva (2013) a qualificação da porta de entrada dos serviços de saúde, voltada para o acolhimento e a resolutividade do sistema, é alternativa que contribui para a construção de uma rede de atenção à saúde eficaz e abrangente.

Os fatores prévios e individuais de processos de saúde e adoecimento dos usuários tem notória participação nas escolhas pelos caminhos percorridos pelos usuários, porém estas escolhas não devem ser dissociadas da problemática de maior impacto observada no estudo acerca da avaliação da APS através dos IT. Os IT aqui apresentados reforçaram a ideia de que APS configura-se com algumas

lacunas essenciais, como a falta de serviços de referência e contra-referência adequados, dificuldades na vinculação e reconhecimento da população em relação aos trabalhos desenvolvidos nas ESF e não confiabilidade na estrutura organizacional da APS no município.

Desta maneira, torna-se primordial que os gestores dos sistemas de saúde que desejam que o nível básico seja aquele que além de realizar as ações de prevenção e promoção da saúde, também recebam em suas unidades de ESF a demanda espontânea de seus usuários e que a APS seja legitimada como a principal porta de entrada dos usuários, deve-se começar por colocar o usuário nos centros das discussões, com o objetivo final de melhorar a resolubilidade da APS. Deve haver esforços para que se busque um resgate da credibilidade do nível primário da atenção, melhorando-a no sentido de evidenciar sua confiabilidade e de tornar suas condições de acesso e acolhimento mais favoráveis (OLIVEIRA, MATTOS E SOUZA, 2009).

O usuário consciente e participante de sua ESF ao qual é referenciado, utilizando os serviços que nela são ofertados de maneira mais aproximada dos princípios do SUS de equidade, universalidade e regionalização da rede de serviços, ao recorrer em seus caminhos por cuidados de saúde, voltará suas escolhas para a APS, sem imposições e sem pensamentos de prejuízos por não terem escolhido outros caminhos. E a APS não resolverá todos os problemas de saúde abordados, pois este não é o seu papel; mas saberá referenciar e cuidar de cada um daqueles problemas que se apresentarem, pois sua identidade está no acolhimento que se faz com os usuários, tomando para si a responsabilização destes problemas, seja qual for a forma de desfecho no qual eles serão dispostos.

Abaixo está sintetizado um quadro com as principais características apresentadas pelos participantes em relação aos seus caminhos percorridos em busca por atendimento de sua doença da internação, tomando por base suas doenças prévias, e suas vivências na APS.

IT	DOENÇA DA INTERNAÇÃO	DOENÇA DE BASE	GRAVIDADE	PORTA DE ENTRADA	ATIVIDADES PREVENTIVAS	ACOMPANHAMENTO NA APS
1	HIPERTENSÃO	HIPERTENSÃO/DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
2	INFARTO AGUDO	NÃO POSSUÍA	EMERGENCIAL	CONSULTÓRIO	NÃO	NÃO
3	HIPERTENSÃO E DIABETES	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
4	PNEUMONIA	NÃO POSSUÍA	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	NÃO
5	AVE	NÃO POSSUÍA	EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
6	HIPERTENSÃO	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
7	ITU	NÃO POSSUÍA	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	NÃO
8	ITU	ITU PERSISTENTE	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	SIM
9	INFARTO AGUDO	CARDIOPATIA CONGÊNITA	EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
10	ITU	NÃO POSSUÍA	NÃO EMERGENCIAL	APS	SIM	SIM
11	ITU	ITU ANTERIOR	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
12	HIPERTENSÃO	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	SIM
13	DIABETES	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
14	PNEUMONIA	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	APS	SIM	SIM
15	AVE	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
16	INFARTO AGUDO	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
17	INFARTO AGUDO	HIPERTENSÃO/IAM ANTERIOR	EMERGENCIAL	APS	NÃO	SIM
18	ANGINA	HIPERTENSÃO/ANGINA	EMERGENCIAL	APS	NÃO	SIM
19	HIPERTENSÃO	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
20	ASMA	ASMA	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
21	HIPERTENSÃO	HIPERTENSÃO	NÃO EMERGENCIAL	CONSULTÓRIO	NÃO	NÃO
22	ITU	ITU	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
23	DIABETES	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	SIM
24	DIABETES	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	NÃO
25	DIABETES	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	APS	NÃO	SIM
26	AVE	AVE	EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
27	AVE	AVE	EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
28	AVE	AVE	EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO
29	AVE	AVE	EMERGENCIAL	APS	SIM	SIM
30	DIABETES	DIABETES	NÃO EMERGENCIAL	HOSPITAL	NÃO	NÃO

Ilustração 41: Quadro síntese com as principais características apontadas pelos participantes em seus IT percorridos

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar este estudo, posicione-me diante de muitas reflexões, acerca de todos os processos que vivenciei durante os últimos meses, nos quais pude analisar a APS do município ao qual resido e trabalho pela ótica peculiar dos usuários dos serviços de saúde. Ter a oportunidade de ouvir estes usuários me fez entender que a APS não deve basear a sua assistência somente nos manuais e guias do Ministério da Saúde. Para fazer uma assistência à saúde digna e igualitária, deve-se ouvir aqueles que dela se favorecem, e daqueles que dela necessitam rotineiramente.

Utilizar os IT dos usuários internados por CSAP como forma de abordagem, mesclando os temas que inicialmente pareciam ser complexos de serem trabalhados, em um mesmo sentido na busca pelo objetivo maior do estudo de avaliar a APS mostrou-se a todo momento como um desafio.

Mas, o que foi mostrado com os caminhos percorridos pelos participantes do estudo, nos levou ao entendimento que ao contarem suas histórias e sem se dar conta, estes usuários fizeram com suas singularidades uma avaliação da assistência ao qual utilizam ou por vezes não utilizam do serviço que deveria ser o mais próximo de sua casa: a ESF.

Pudemos perceber nos relatos, a APS apresenta-se de forma íntima e resolutiva para o usuário, sendo a porta de entrada e meio pelo qual o usuário conseguiu não somente o acesso à internação, mas sim um cuidado e orientações em saúde relevantes para seu tratamento naquele momento por eles vivenciados, sendo atribuído um mérito inigualável pelo atendimento resolutivo prestado. Porém de acordo com os resultados apresentados, estes casos “felizes” foram exceções.

Os participantes tiveram seus caminhos “facilitados” pela busca pela porta de entrada que para eles seria a mais rápida, sendo o PS do Hospital de Cataguases como escolha para tratamentos de saúde de todas as doenças abordadas no estudo.

Entender esta inversão de percepção que os usuários dos serviços de saúde fazem em torno da busca pelo primeiro local de cuidado de saúde, resumem atualmente o ponto crucial para a reorganização da assistência de saúde no município.

As razões para que este usuário busque mais o PS do que a ESF foram referidas em algumas falas no estudo, ressaltando-se a questão da dificuldade do acesso à APS, do não reconhecimento das ações e atividades desenvolvidas pela APS, assim como pelo pensamento já embutido na população de que o hospital é o local referido para quaisquer tratamentos de saúde. Mas, se faz relevante ressaltar neste momento que estratégias de abordagens com estes usuários devem ser pontos chaves na tentativa de modificar este direcionamento tomado pela maioria dos participantes, que pode ser concisamente abrangente para outros municípios que passam pelo mesmo problema de inversão da porta de entrada dos serviços de saúde.

Esforços devem ser tomados por ambas as correntes: os trabalhadores e gestores que atuam na APS e os que atuam nos serviços hospitalares. A abordagem e forma de elucidação devem ser únicas, devendo haver uma forma de linguagem das partes para com os usuários bem aproximada.

Especificamente no que tange às ações e melhorias que emergiram das falas dos usuários em relação à APS, a precariedade nos serviços de retaguarda para encaminhamentos de referências para serviços especializados, bem como o aporte de exames que auxiliam na tomada de decisão para os tratamentos de saúde da população, o município mostrou-se bem aquém das necessidades apresentadas pelos usuários.

É sabido que a APS precisa destes serviços que a auxiliam em seus cuidados empregados, entendendo-se que as realidades de outros municípios são muito semelhantes neste tópico levantado; devendo ser dada importância às políticas de saúde que possam favorecer a continuidade do cuidado, promovendo a integralidade deste usuário, acolhendo-o em todos os processos envolvidos em seu adoecimento. Mas, observamos que este levantamento da precariedade dos sistemas de referências e disposição de exames, não devem ser os principais destaques dados aos gestores de saúde, pois a pesquisa apontou que as ações de prevenção e promoção da saúde configuram-se como incipientes e não são reconhecidas pela maioria da população.

A APS deve eleger estas ações como prioridade em sua agenda de atividades, e tornar o usuário adepto no sentido da participação ativa no controle de sua saúde, fazendo com que a promoção destas atividades possa configurar-se como uma grande inquietação por parte dos profissionais e gestores da APS.

AS ICSAP apresentaram-se neste estudo como o retrato da não adesão de práticas de saúde saudáveis que poderiam ser minimizadas com o melhor uso das ações da APS, assim como na abordagem dos fatores relacionados às doenças, que culminaram no desfecho final e esperado do usuário, sendo a internação figurada como o indicativo de algo que se perdeu nesta assistência, seja devido a não resolutividade da APS ou pela não adesão do usuário aos hábitos de vida saudáveis.

Diante de possibilidade ímpar de avaliar a APS pelo olhar diferenciado dos usuários dos serviços de saúde, percorrendo em seus caminhos pela busca de cuidados, ficou a certeza que esta visão é aquela mais aproximada dos aspectos que devem merecer destaque pelos gestores de saúde; mas o posicionamento dos profissionais de saúde que atuam neste tocante, assim como dos próprios gestores de saúde é de extrema relevância. Assim como é de conhecimento que em outros trabalhos estas “vozes” foram ouvidas, o que me traz uma inquietação é pensar na possibilidade de compreender como a APS deve ser vista e vivenciada pelos três elos USUÁRIO-PROFISSIONAL-GESTOR. Penso que a possibilidade de agrupar este três elementos poderia nos proporcionar discussões significativas e de extremo impacto na assistência, culminado no objetivo maior que é elevar o nível de saúde da população através dos princípios regentes do SUS, tendo a APS como a grande aliada para esta árdua, porém contínua tarefa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEIXO, José Lucas Magalhães. A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no Início do Terceiro Milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.1, ano. 1, 2002.

ALFRADIQUE et al; Maria Elmira. 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**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, jun. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 11 abr. 2015.

ALVES, Paulo César B; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, MCM., ALVES, PCB., and SOUZA, IMA. **Experiência de doença e narrativa** .Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 264 p. ISBN 85-85676-68-X. Disponível em:<<http://static.scielo.org/scielobooks/pz254/pdf/rabelo-9788575412664.pdf>> Acesso em: < 24 nov. 2015>.

BARBOSA, Loeste de Arruda; DANTAS, Ticiano Magalhães; OLIVEIRA, Cleide Correia. Estratégia Saúde da Família: avaliação e motivos para busca de serviços de saúde pelos usuários. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 24(4): 347-354, out./dez., 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70 Ltda., 1977.

BILLINGS, J; ANDERSON, G.M; NEWMAN, L.S.Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, 15, n. 3239-249, 1996.

BILLINGS et al; J. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, 12, n.1, 162-173, 1993.

BOING, Antonio Fernando et al . Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 2, abr. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2015. Epub 14-Fev-2012. Books <<http://books.scielo.org>>.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000100003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 nov. 2015.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica (DAB)**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: < 21 dez 2015 > 2015b.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica**. Sistema de Informações da Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>> Acesso em: 21 dez. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de dezembro 2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 6 v. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool- Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). **Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília, 2003.

BRASIL. Quais as vantagens e desvantagens de se reestruturar um sistema de saúde para torná-lo mais focado em serviços de Atenção Primária à Saúde? Traduzido do artigo original de RifatAtun “What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?”. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano. VII, n. 9, janeiro a março de 2006b.

BRASIL, **12.ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BURILLE, Andreia; GERHARDT, Tatiana Engel. Doenças crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 2, p. 664-676, jun. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000200664&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 23 jun. 2015.

CABRAL, Ana Lúcia Lobo Vianna. **Itinerários Terapêuticos: Compreendendo a trajetória de pessoas em Hemodiálise no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte**. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Medicina da Faculdade Federal de Minas Gerais, 2010.

CABRAL et al; Ana Lúcia Lobo Vianna. Itinerários Terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.11, 2011.

CALDEIRA, Antônio Prates et al . Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 11, n. 1, mar. 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 11 abr. 2015.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de; THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 5, maio 2012. . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2015.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev.Bras. Saúde Materno. Infantil**, Recife, 5, dez, 2005.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 4, dez. 2014 .

COSTA, Glauce Dias da et al . Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 7, p. 3229-3240, July 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800022&lng=en&nrm=iso>.access on 08 Jan. 2016.

DATASUS. **Departamento de Tecnologia da Informação do SUS**. 2016. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabMG.def>> Acesso em: 30. Jan. 2016.

DATASUS. **Departamento de Tecnologia da Informação do SUS**. 2017. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABFMG.def>> Acesso em: < 20 maio. 2017>.

ELIAS, Evelyn; MAGAJEWSKI, Flávio. 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.**, São Paulo , v. 11, n. 4, dez. 2008 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2015.

FARIA, Rosane Costa. **Práticas Profissionais em Saúde da Família: uma análise do atendimento da demanda espontânea**. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

FELISBERTO, Eronildo. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno. Infantil**, Recife, 4, set, 2004.

FERNANDES JÚNIOR, Luiz Carlos Cantanhêde. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde de usuários com 60 e mais anos de vida portadores de doenças crônicas em centros de saúde de Campinas**. Dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, 2012.

FERREIRA, Débora Carvalho. **O Itinerário Terapêutico de pessoas convivendo com HIV**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

FERREIRA, Jaqueline; ESPÍRITO SANTO, Wanda. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 179-198, 2012.

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da. Caminhos do Cuidado – Itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 17, n. 11, 2012.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Trad. Sandra Netz, 2 ed, Porto Alegre: Bookman, 2004.

FURTADO, Juarez Pereira. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de Saúde Coletiva**. Hucitec, 2009.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>> Acesso em: 14. Maio. 2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(6):1171-1181, jun, 2006.

GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; MENDONÇA, Maria Helena M. de. Porta de entrada pela Atenção Básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate** , Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-289, set./dez. 2003.

GOMES, Eloiza Augusta. Mulheres e Câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção. Dissertação de mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2012.

GUERRIERO, Iara Coelho Zito. **Aspectos Éticos da Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Tese (Doutorado em Filosofia da Ciência) – Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, 2006.

HORTA, Natália de Cássia et al . A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 4, p. 524-529, Aug. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mai 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Dados Estatísticos de Cataguases, Minas Gerais. 2016. Disponível em:< <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=311530>> Acesso em: 15 mai. 2016.

LEITE, Simone Paiva. **Avaliação da Estratégia Saúde da Família de municípios de médio porte de Minas Gerais: possibilidades e limites da utilização de dados secundários**. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF, Juiz de Fora, 2009.

LIMA, Letícia de et al . Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de saúde da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 17-24,

mar. 2014 Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 25 mai. 2017.
<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140003>.

MARTINS, José Antônio Ferreira; FRANCO, Selma Cristina. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 98, p. 388-399, set. 2013 Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 maio 2017.

MATTOS, Grazielle Christine Maciel et al . A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 373-382, fev. 2014 . Disponível em
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200373&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jun. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>.

MATTOSINHO, Mariza Maria Serafim; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Itinerário Terapêutico do Adolescente com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte-Reescrevendo o público**, Ed. Xamã, São Paulo, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 7ª edição. São Paulo: HUCITEC. ABRASCO, 2000.

OLINDA, Querubina Bringel; SILVA, Carlos Antônio Bruno da. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as Políticas Sociais. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal, RBPS**, 2007; 20 (2) : 65-67

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo; SOUZA, Auta Iselina Stephan de. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos socorros e hospitais no contexto de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(5):1929-1938, 2009

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OPAS/OMS). **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 2007.

PERPETUO, Ignez Helena Oliva; WONG, Laura Rodriguez. **Atenção Hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais**. Anais do XII Seminário sobre a Economia Mineira, Minas Gerais, 2007.

PINHO, Paula Andréa; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Itinerários Terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, v. 16, n. 41, p. 435-47, abr/jun. 2012.

PORTES, Leonardo Henriques et al. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte. **J Manag Prim Health Care**, 4(2):94-101, 2013. Disponível em:<<http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/175/178>> Acesso em: 17. Mai. 2017.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara et al . Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 4, p. 884-890, ago. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400884&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2017.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara et al . Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Percepção dos Usuários e Profissionais de Saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa em Salu**, Volume 2, 2016.

RODRIGUES-BASTOS, Rita Maria et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 6, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000600958&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2015.

RODRIGUES-BASTOS, Rita Maria et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 2, abr. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 abr. 2015.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, novembro-dezembro; 13(6):1027-34, 2005.

SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos et al . Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1124-1131, dez. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601124&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 04 jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>.

SANTOS et al, Karina Tonini dos. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva** 16 (Supl. 1):1023-1028, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/15424/S1413-81232011000700035.pdf?sequence=1&isAllowed=y> acesso em: 12. Mai. 2017.

SANTOS, Regiane Penaforte et al . Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 4, p. 14-21, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 maio 2017.

SAWYER, Diana Oya; LEITE, Iúri da Costa; ALEXANDRINO, Ricardo. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400012&lng=en&nrm=iso>.access on 20 Dec. 2015.

SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, 2004.

SILVA, Bárbara Fabrícia. **Processo Saúde-doença: representações sociais de homens assistidos pelo Programa Saúde da Família**. Dissertação de mestrado do Programa em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

SILVEIRA, Alessandra Camargo da; MACHADO, Cristiani Vieira; MATTA, Gustavo Correa. A atenção primária em saúde na agenda da organização panamericana de saúde nos anos 2000. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 31-44, abr. 2015 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000100031&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 26 out. 2015. Epub 16-Dez-2014.

SOUZA et al, Fernando Leonardo Diniz. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. 2013.

SOUZA, Tatyana Maria Silva de; RONCALLI, Angelo Giuseppe. Saúde Bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(11):2727-2739, nov, 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**/ Bárbara Starfield. . Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SISSON et al; Maristela Chitto. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v. 15, n.36, 2011.

SOUSA, Naira Pereira de et al . Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 118-125, fev. 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100118&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2017.

TEIXEIRA, Mirna Barros et al . Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 52-68, out. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600052&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 14 maio 2017.

TORRES, Renata Laszlo; CIOSAK, Suely Itsuko. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. spe, p. 137-144, ago. 2014 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700137&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 maio 2017.

VIACAVA et al; Francisco. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência& Saúde Coletiva**, v. 9, n, 3, 2004.

VIDAL, Tiago Barra. **O acesso avançado e sua relação com o número de atendimentos médicos em atenção primária à saúde**. Dissertação de mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, 2013. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/87111> Acesso em: <31, jul, 2017>.

WHO. **World Health Organization**. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/en/>> Acesso em: <21 dez. 2015>.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud Alma-Ata**, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978.

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável e gestor municipal de saúde do município de Cataguases, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o indicador ICSAP na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde através dos itinerários terapêuticos por eles percorridos.” com os pacientes atendidos pelas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESFs) que tenham interesse de participar da pesquisa como voluntários do estudo e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal pesquisa será realizada sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu, nas unidades de ESFs do município mediante análise dos prontuários dos pacientes junto aos profissionais Enfermeiros responsáveis por estas unidades, nos quais serão selecionados os pacientes que tenham tido internação recentemente por condições sensíveis à atenção primária.

DECLARO que essas instituições apresentam a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Obs.: Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Cataguases, 06 de JUNHO de 2016.


Celso Ferreira Benjamim Filho
SECRETÁRIO MUNICIPAL
SAÚDE

Secretário Municipal de Saúde de Cataguases

APÊNDICE A – DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA

DECLARAÇÃO

Na qualidade de responsável e gestor municipal de saúde do município de Cataguases, AUTORIZO a realização da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na perspectiva dos usuários e seus itinerários terapêuticos” com os pacientes atendidos pelas unidades de Estratégia Saúde da Família (ESFs) que tenham interesse de participar da pesquisa como voluntários do estudo e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tal pesquisa será realizada sob a responsabilidade da pesquisadora Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu, nas unidades de ESFs do município mediante análise dos prontuários dos pacientes junto aos profissionais Enfermeiros responsáveis por estas unidades, nos quais serão selecionados os pacientes que tenham tido internação recentemente por condições sensíveis à atenção primária.

DECLARO que essas instituições apresentam a infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa.

Obs.: Esta declaração é válida apenas no caso de haver parecer favorável do Comitê de Ética da UFJF para a referida pesquisa.

Cataguases, 24 de Jan de 20 17.


Eliermes Teixeira de Almeida
SECRETÁRIO MUNICIPAL
DE SAÚDE
CATAGUASES-MG

Eliermes Teixeira de Almeida

Secretário Municipal de Saúde de Cataguases

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Avaliação da Atenção Primária à saúde utilizando o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na perspectiva dos usuários e seus Itinerários Terapêuticos”. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária são representadas no Brasil por uma lista de doenças, nas quais a efetiva ação da Atenção Primária estaria relacionada diretamente ao adoecimento e internação dos usuários dos serviços de saúde. Nesta pesquisa pretendemos analisar quais os fatores estão relacionados às internações por condições sensíveis através da visão dos usuários dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e seus itinerários terapêuticos, como forma de avaliar a APS. O motivo que nos leva a estudar este tema é a constante indagação da relevância da APS na resolutividade dos problemas apresentados pelos usuários dos serviços de saúde. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: os dados serão coletados através da realização de entrevistas semi-estruturadas com um roteiro contendo questões norteadoras, as quais serão gravadas em áudio através da utilização de um gravador portátil e posteriormente transcritas as falas dos participantes para realização de categorização e análise dos dados. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, uma vez que será utilizada entrevista para coleta de dados, é sabido que este é um tipo de procedimento que pode causar risco mínimo ao participante como constrangimento durante a entrevista. A pesquisa contribuirá para fornecer suporte para os gestores municipais de saúde na implementação de medidas que possam afetar significativamente os processos de gestão e planejamento da APS, trazendo benefícios aos usuários no que se refere à qualidade do atendimento prestado, bem como a resolução dos problemas de saúde da população. Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que



possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde-UFJF e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na perspectiva dos usuários e seus Itinerários Terapêuticos”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Cataguases, _____ de _____ de 20 .

Assinatura do participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

Endereço: R: Emiliania Maria Simões, 94 – Bairro Miguel.

CEP: 36773-560 / Cataguases – MG

Fone: (32) 98451-3556

E-mail: anafariaenf@yahoo.com.br

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o indicador de ICSAP na perspectiva dos usuários dos serviços de saúde através dos itinerários terapêuticos por eles percorridos.

Pesquisadora: Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

Vínculo: Mestrado em Saúde Coletiva-Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Orientadora: Girlene Alves da Silva

Data: ____/____/____

Local: _____

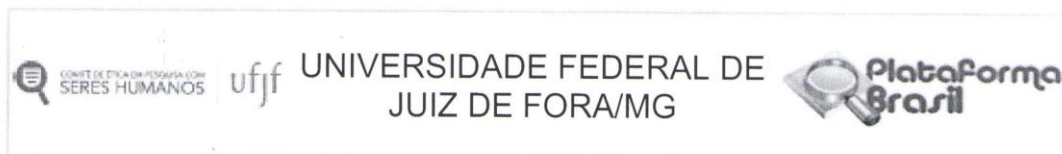
Dados Gerais do Entrevistado:

- 1- Iniciais do nome: _____
- 2- Gênero: _____
- 3- Idade: _____
- 4- Escolaridade: _____
- 5- Tempo de vínculo com a Estratégia Saúde da Família: _____
- 6- CID da Internação: _____
- 7- Tempo em dias da internação: _____

Entrevista:

- 1- Descreva os lugares nos quais passou para a descoberta de sua doença?
- 2- Fale como você descobriu a doença que o levou à internação?
- 3- Como foi feita esta assistência?
- 4- Você procura assistência no PSF de seu bairro?
- 5- Você sabe a função que cada profissional de saúde deve desempenhar no PSF?
- 6- Você já havia sido orientado sobre os riscos de adoecimento e complicações que levaram ao motivo de sua internação? Onde, quando e como?
- 7- Você participa de atividades de prevenção e promoção da saúde, como grupos, reuniões e palestras educativas?

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE UTILIZANDO O INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE ATRAVÉS DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS POR ELES PERCORRIDOS

Pesquisador: Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59668416.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.840.880

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e estão adequadamente descritos, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.840.880

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão e exclusão, forma de recrutamento. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo CEP. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPs Item: VI - c; e com o Manual para submissão de pesquisa "Desenho".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N	CEP: 36.036-900
Bairro: SAO PEDRO	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788	Fax: (32)1102-3788
	E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG



Continuação do Parecer: 1.840.880

001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Maio de 2017.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_726030.pdf	01/11/2016 15:37:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclecorreto.docx	01/11/2016 15:35:57	Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetocorreto.doc	01/11/2016 15:35:06	Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu	Aceito
Outros	ENTREVISTA.docx	25/07/2016 22:11:07	Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Infraestrutura.pdf	12/06/2016 18:02:05	Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu	Aceito
Folha de Rosto	Folha1.pdf	12/06/2016 18:00:32	Ana Cláudia de Faria Alves Lomeu	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N

Bairro: SAO PEDRO

CEP: 36.036-900

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)2102-3788

Fax: (32)1102-3788

E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



ufjf

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA/MG

Continuação do Parecer: 1.840.880

JUIZ DE FORA, 28 de Novembro de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N**Bairro:** SAO PEDRO**CEP:** 36.036-900**UF:** MG**Município:** JUIZ DE FORA**Telefone:** (32)2102-3788**Fax:** (32)1102-3788**E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br