

Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços

PRIMARY CARE SENSITIVE HOSPITALIZATION: USERS DETECT FLAWS ON THE ACCESS TO SERVICES

HOSPITALIZACIONES SENSIBLES À LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: LOS USUARIOS PERCIBIRÁN FALLOS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem¹, Suely Itsuko Ciosak², Emiko Yoshikawa Egry³

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar e compreender as razões para a ocorrência das internações sensíveis segundo os usuários. Estudo qualitativo, realizado com pacientes que foram internados em um hospital geral do município de São Paulo, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi estruturadas que após transcritas foram processadas no software Alceste. À análise apreendeu-se fundamentalmente como categoria empírica o acesso, trazendo à tona problemas que posteriormente vieram a merecer, por parte do Ministério da Saúde brasileiro, um Programa específico para Melhoria da Qualidade e do Acesso à Atenção Básica. A organização do sistema de saúde no município de São Paulo, de forma hierarquizada e piramidal, pode ser um dos aspectos importantes para a fragilidade do acesso, constituindo-se como fator importante de restrição do papel da atenção primária em reduzir ou até mesmo impedir a ocorrência destas internações.

DESCRITORES

Atenção primária à saúde
Avaliação em saúde
Acesso aos serviços de saúde

ABSTRACT

The aim of this study is to analyze and understand the reasons for the occurrence of sensitive hospitalizations in accordance with users. Qualitative study conducted with users who were admitted to Pedreira General Hospital, in São Paulo. The data was collected through semi structured interviews and thereafter, transcribed and processed in the electronic program Alceste. When analyzing the content, the access was seized fundamentally as an empirical category, bringing up problems that later deserved, from the Brazilian Ministry of Health, a specific Program to improve the quality and access to primary care. The hierarchical and pyramidal organization shape from the health system in the city of São Paulo can be one of the important aspects for the access matter and established as an important restricting factor in the primary care role in reducing or even preventing the occurrence of these hospitalizations.

DESCRIPTORS

Primary health care
Health evaluation
Access to health services

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar y comprender las razones de la aparición de internaciones sensibles, según los usuarios. Estudio cualitativo realizado con pacientes que fueron ingresados en un hospital general de São Paulo, Brasil. Los datos fueron obtenidos a través de las entrevistas semi-estructuradas que fueran transcritas; se procesaron en el software Alceste. El análisis mostró el acceso como categoría empírica central. El acceso se mostró importante por el Ministerio de Salud de Brasil, que crió un programa específico para mejorar la calidad y acceso a la atención primaria. La organización del sistema de salud en São Paulo, de forma jerárquica y piramidal, puede ser uno de los aspectos importantes de la fragilidad del acceso. Esto se constituye un factor importante de restricción del papel de la atención primaria en la reducción o incluso la prevención ocurrencia de estas hospitalizaciones.

DESCRIPTORES

Atención primaria de salud
Evaluación en salud
Accesibilidad a los servicios de salud

*Extraído da tese de doutorado *Internações Sensíveis à Atenção Primária: Limites e Possibilidades da Lista Brasileira de Diagnósticos*. 2011. Escola de Enfermagem da USP. ¹ Doutora em Ciências. Professora Adjunta da área de Enfermagem da Universidade de Brasília. Brasília, Brasil. ² Doutora em Enfermagem. Livre-docente em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Pesquisadora Produtividade CNPq 2. São Paulo, Brasil. ³ Doutora em Saúde Pública. Livre-docente em Enfermagem em Saúde Coletiva. Professora Titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Pesquisadora Produtividade CNPq 1A. São Paulo, Brasil.

INTRODUÇÃO

Nos diversos sistemas de saúde existem interpretações variadas quanto ao conceito e papel da Atenção Primária à Saúde (APS). Dentre estas interpretações merecem destaque a APS seletiva, caracterizada como um programa específico destinado a populações pobres e regiões pobres; a APS como o nível primário do sistema de saúde, entendida como aquela responsável para organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema; e a APS como estratégia para reordenamento de todo o sistema de saúde. Entretanto, vale ressaltar que é muito difícil a existência de um sistema onde haja apenas uma destas categorias, sendo o mais comum a existência das três convivendo dentro de um mesmo país⁽¹⁾.

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

Nesse sentido, o Brasil vem discutindo a implantação das redes de atenção à saúde onde a APS tem quatro funções essenciais dentro do sistema: ser base; ser resolutive; coordenar o cuidado; e ordenar as redes⁽²⁾.

Esse processo de implantação das redes de atenção no Brasil não é novo, já estando prevista desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, essa discussão em que a APS passa a desempenhar essas quatro funções é mais recente e vem ocorrendo em vários estados e também, por consequência, nos vários municípios brasileiros⁽³⁾.

Espera-se que a implantação das redes de atenção, com este novo papel da APS, impacte de forma importante na mudança do modelo assistencial vigente, tornando-o proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde das pessoas, de modo a responder às demandas que se colocam hoje e continuarão no futuro para o sistema de saúde.

Essas demandas dizem respeito, entre outros aspectos, ao enfrentamento das doenças infecciosas que ainda persistem enquanto uma agenda inconclusa; ao acelerado envelhecimento da população, com uma carga importante de doenças crônicas e seus fatores de risco; além das causas externas, sobretudo decorrentes das diferentes manifestações da violência⁽⁴⁾.

Com relação às condições crônicas, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), para o período de 2011 a 2022. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes⁽⁵⁾.

Alguns diagnósticos incluídos nesses grupos de doenças já haviam sido definidos e publicados pelo Ministério da Saúde como parte de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)⁽⁶⁾.

A ICSAP é um indicador composto por um conjunto de 19 grupos de diagnósticos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID 10, segundo o qual uma atenção primária efetiva reduziria o número de internações mediante atividades próprias deste nível de atenção, tais como: prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas⁽⁷⁾.

Esse indicador vem sendo estudado em diversos países⁽⁸⁻¹⁰⁾ com a denominação de *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) e no Brasil⁽¹¹⁻¹³⁾, revelando que a atenção primária pode atuar de várias maneiras para reduzir ou evitar essas internações⁽⁷⁾.

Considerando que a portaria que publica o indicador ICSAP refere que o mesmo será utilizado para avaliação de acesso e efetividade da APS⁽⁶⁾, justifica-se a realização de estudos envolvendo os sujeitos sociais que potencialmente podem utilizar este nível de atenção.

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

MÉTODOS

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

A amostra foi constituída de usuários que foram internados no Hospital Geral de Pedreira (HGP), localizado em Cidade Ademar, no ano de 2008, que tiveram como diagnóstico principal de ICSAP uma das condições sensíveis à APS, tanto na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) quanto no relatório de alta médica no prontuário, independentemente de sexo e idade.

A obtenção dos dados empíricos foi feita por meio de entrevistas individuais, semiestruturadas, contemplando as seguintes questões norteadoras: O(a) senhor(a) pode me contar como começou essa doença que motivou sua internação no Hospital Geral de Pedreira no ano de 2008 e por quais serviços passou? Em sua maneira de ver, quais foram os motivos que desencadearam a internação?

As entrevistas foram realizadas no período de dois me-

ses no ano de 2010 no domicílio do usuário, após agendamento prévio por meio do número do telefone disponibilizado no prontuário; foram gravadas e deglavadas, mantendo-se fielmente o conteúdo.

Após a transcrição, o material foi analisado por meio do programa eletrônico Alceste – Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto –, que vem sendo utilizado em diversas pesquisas no Brasil e na Europa, visando encontrar a informação básica contida em um texto por meio do tratamento estatístico de seus elementos. Trata-se, portanto, de um software que permite realizar de maneira automática a análise de perguntas abertas de pesquisa com o objetivo de quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas^(14,15).

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo n.º 860/2009); e do Hospital Geral de Pedreira (registro CEP-HGP:01/1/P), em concordância com a Resolução CONEP n.º 196/1996.

RESULTADOS

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

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

Dos sete usuários que participaram do estudo, cinco eram do sexo feminino; a maioria era casado (quatro pessoas), quatro estavam na faixa etária ≥ 27 a < 47 anos, duas na faixa etária ≥ 19 a ≤ 26 anos e uma ≥ 47 anos. Três dos usuários trabalhavam como diaristas, um estava desempregado, dois estavam afastados do trabalho por motivo de doença e dois exerciam atividades do lar. Predominava como nível de escolaridade o fundamental incompleto (quatro pessoas). Uma pessoa possuía nível fundamental completo e outra nível médio incompleto. Apenas uma pessoa tinha o nível médio completo.

Os resultados obtidos por meio do Alceste auxiliaram na interpretação dos dados, ao trazer as listas de palavras com vocabulário característico de cada classe; combinações frequentes de palavras e texto completo das afirmações originais de cada classe, ou seja, os fragmentos de discursos. Com base nisto, ao analisar a fala dos usuários, apreendeu-se fundamentalmente como categoria empírica o ACESSO (Quadro 1).

Quadro 1 - Categoria empírica e as falas dos usuários. São Paulo, Brasil, 2010.

ACESSO

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

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

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

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

[...] *Fui lá para ver se conseguia de graça; tentei de graça aqui no quarteirão da saúde em Diadema, mas é muita burocracia, não conseguia, tive que pagar a biópsia.* (usuário)

[...] *vou ver se consigo um relatório porque ele já fez cinco anos, daí a pouco ele faz seis, sete, ele não vai querer mais operar. Fica com medo, fica com medo.* (usuário)

[...] *o meu prontuário foi para lá para Vila Império. Da Vila Império ficou para lá, não sei se está lá ou se o prontuário voltou para outro lugar. Mas acho que não, porque depois que eu saí de lá do local onde eu morava não compareci mais na Vila Império.* (usuário)

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

[...] *medi a temperatura, estava com trinta e nove de febre. Levei ele no Hospital Geral de Pedreira, a médica falou que ele estava com começo de infecção de garganta [...]*. (usuária)

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

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

DISCUSSÃO

O município de São Paulo está organizado em Coordenações Regionais de Saúde (CRS), cabendo-lhes desempenhar as funções de gestão no SUS. Cada CRS é formada por um número definido de subprefeituras, sendo que a Coordenadoria Sul é composta pelas Subprefeituras de Campo Limpo, Capela do Socorro, Cidade Ademar, M'Boi Mirim, Parelheiros e Santo Amaro⁽¹⁶⁾.

A rede assistencial municipal da microrregião de Cidade Ademar é composta pelas seguintes unidades ou serviços de saúde: Unidades Básicas de Saúde (UBS) que trabalham tanto no modelo tradicional como na Estratégia Saúde da Família (ESF); Ambulatório de Especialidades (AE); Assistência Médica Ambulatorial (AMA); Assistência Médica Ambulatorial Especializada (AMAE); Unidade de Assistência Domiciliária (UAD); CAPES II; Centro Especializado de

Odontologia; Unidade de Referência e Saúde do Idoso (UR-SI); Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF) e Núcleos Integrados de Reabilitação (NIR e NIR2)⁽¹⁷⁾. Essa microrregião conta ainda com o HGP, que integra a rede da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Quanto à atenção primária, as UBS tradicionais estão abertas ao público no período das 7h00 às 17h00, e são responsáveis pela execução de consultas, visitas domiciliares, ações coletivas, procedimentos e ações de vigilância em saúde. Algumas unidades funcionam como AMA, no mesmo espaço, com ampliação do horário de atendimento para às 19h00⁽¹⁸⁾. O acesso dos pacientes a estas unidades ocorre mediante marcação de consulta na recepção. Trata-se, portanto, de atendimento a uma demanda espontânea.

Já para as UBS com a ESF, o acesso dos usuários é viabilizado de três maneiras: por meio do agente comunitário de saúde (ACS) que, ao conhecer e visitar as famílias sob sua responsabilidade, identifica as demandas da comunidade e as leva para a reunião da equipe; por meio do Grupo Educativo Assistencial e Resolutivo na Área, que se constitui em um grupo de qualificação das queixas do paciente e funciona por meio de reuniões feitas pela equipe com a comunidade; e por meio da equipe de acolhimento (demanda espontânea)⁽¹⁸⁾.

Em termos do processo de trabalho, os profissionais da ESF realizam as mesmas atividades desenvolvidas pelos profissionais que trabalham nas UBS tradicionais, com a diferença de que os primeiros atendem com base na população adscrita à sua área de abrangência⁽¹⁸⁾. Esta condição pressupõe uma vinculação distinta com a população, implicando maior conhecimento das suas condições de vida e saúde, e conseqüentemente de suas necessidades, com correspondente responsabilização da equipe.

Observou-se grande dificuldade nas falas dos usuários ao verificar as condições para acessar os serviços de atenção primária. Para o grupo de idosos, esta dificuldade se agrava pelo fato da limitação para se dirigir até à UBS, principalmente quando inexistente esse serviço próximo à residência, além da dependência de um cuidador para auxiliá-lo no controle e tratamento da patologia no domicílio, conforme relato.

Vale ressaltar que, segundo informações da Organização Social Santa Catarina, responsável pelo gerenciamento das UBS à época do estudo, o acesso do paciente idoso à UBS é feito da mesma forma que o acesso dos demais pacientes, tendo ele prioridade no atendimento, a depender do caso.

O ambulatório de especialidades da microrregião é responsável pelo atendimento agendado em especialidades médicas e não médicas, com demanda referenciada das outras unidades que compõem a rede de serviços de saúde. O acesso para consulta de especialidade dos pacientes, na área de abrangência da equipe de saúde da família, dá-se mediante solicitação do médico da UBS.

Os usuários relataram dificuldades para agendamento e realização de consultas especializadas e exames, além de dificuldade para realização de cirurgia eletiva. Houve situações em que tiveram de recorrer a um serviço privado (mediante pagamento) para realização de exame com mais rapidez, conforme relatos.

A dificuldade para a realização de exames e consultas especializadas constitui-se em um dos grandes entraves para o trabalho das equipes da APS, já que produz um impedimento para a continuidade da atenção. Esta situação é percebida na análise situacional realizada com base nas falas de gestores e profissionais de saúde⁽¹⁹⁾. Ainda com relação a esta análise situacional, identificaram-se fragilidades do sistema de referência e contra referência que incidem negativamente sobre os princípios da integralidade e a continuidade da assistência, decorrentes de uma excessiva concentração da média e alta complexidade em um ponto único do sistema e descolado da APS⁽¹⁹⁾.

A microrregião de Cidade Ademar não conta com uma central de regulação nem na área, nem de abrangência municipal que a atenda. A comunicação para agendamento e encaminhamentos de consultas, exames e cirurgias eletivas é feita entre os serviços por meio do pessoal da área administrativa. Nesse sentido, o paciente muitas vezes fica sem entender a forma como se organiza o sistema de saúde e onde buscar resolução para seus problemas, o que se constitui uma barreira de acesso.

Estudo realizado em quatro municípios brasileiros aponta que a integração da rede de atenção, desde a APS à especializada e hospitalar, foi preocupação presente nas ações e nos discursos dos gestores, sendo a implantação de centrais de regulação uma das principais estratégias identificadas para essa integração⁽²⁰⁾.

A implantação dessas centrais possibilitou, entre outros aspectos: marcação imediata de exames e consultas especializadas para procedimento com oferta suficiente; definição de prioridades clínicas; diminuição do número de faltosos às consultas especializadas; diminuição das filas e tempo de espera; possibilidade de redistribuir cotas entre centros de saúde; e maior imparcialidade no controle das agendas⁽²⁰⁾.

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

No entanto, a integralidade precisa ser trabalhada nas diversas dimensões, fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, o que seria a integralidade focalizada. A integralidade ampliada seria a articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas: uma

não é possível sem a outra, existindo, assim, uma relação complementar e dialética⁽²¹⁾.

Apesar de estar claramente definida a missão da UBS que inclui a resolução dos agravos de baixa complexidade, segundo dados da SMS/SP, no ano de 2005, 80% da demanda dos serviços de urgência e emergência dos hospitais públicos municipais foram por conta desse tipo de problema⁽²²⁾.

Diante dessa realidade, a SMS/SP, considerando a necessidade de racionalizar e hierarquizar a oferta de serviços de saúde, ampliando o acesso da população à rede básica de saúde, por meio da oferta de serviços que possibilitem respostas ágeis às suas necessidades de assistência médica imediata, implantou as unidades de AMA, integrada e articulada à rede de serviços⁽²²⁾.

Essas unidades devem responsabilizar-se pela oferta de atendimento médico imediato, sem agendamento prévio, garantindo o encaminhamento do paciente para níveis de maior complexidade quando necessário. Por outro lado, essas unidades têm o compromisso de direcionar os usuários que necessitem de acompanhamento nas UBS⁽¹⁷⁾.

Nos discursos dos usuários, fica clara a opção deles de ter o hospital ou a AMA como porta de entrada preferencial do sistema, em detrimento das UBS. Para alguns, a UBS é entendida como local para realização de coisas simples, como pesar e vacinar as crianças, ou seja, percebem-na como um campo limitado de atuação para a promoção da saúde e prevenção de doenças e não reconhecem-na como campo de acompanhamento e controle de doenças, inclusive daquelas mais prevalentes.

A falta de resolutividade dos problemas na UBS, aliada à falta de entendimento de como se organiza a rede de serviços de saúde local, faz com que, na presença concreta de uma enfermidade, os munícipes busquem os serviços de maior complexidade, pois, apesar da provável demora no atendimento, é maior a possibilidade de ter o seu problema resolvido.

Estudo realizado com profissionais da APS, sobre IC-SAP, evidenciou, em algumas situações, que o profissional, por não ter retaguarda para diagnosticar de forma oportuna a condição apresentada pelo paciente, acaba encaminhando-o para serviços onde esse atendimento possa ser feito com maior rapidez. Essa situação também contribui para o descrédito da população com relação aos serviços na UBS⁽²³⁾.

Avaliação realizada pela SMS/SP indicou aumento do número de procedimentos nas AMA com simultânea redução dos procedimentos de urgência/emergência nos hospitais, provavelmente refletindo redirecionamento de fluxo e maior acesso aos serviços básicos para resolução de problemas de menor complexidade. Contraditoriamente, essa avaliação mostrou que o aumento de procedimentos tradicionais nas AMA foi acompanhado da diminuição dessas mesmas atividades nas UBS tradicionais⁽²²⁾.

A concepção vigente nas normas do SUS é de um sistema hierárquico em forma piramidal, organizado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em APS, média e alta complexidade. Ainda segundo esse autor, essa concepção é totalmente equivocada, tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples⁽²⁴⁾.

Concordando com Mendes⁽²⁴⁾, para Cecílio⁽²¹⁾ é necessário pensar o sistema de saúde menos como pirâmide de serviços racionalmente organizados de forma hierarquizada e mais como uma rede com múltiplas entradas, múltiplos fluxos, para cuja construção as representações e necessidades individuais são muito importantes.

Estudo realizado nos municípios brasileiros aponta avanços na integração da ESF à rede assistencial, propiciando o fortalecimento dos serviços básicos como serviços de procura regular e porta de entrada preferencial, todavia permanecem dificuldades de acesso à atenção especializada⁽²⁰⁾.

Em que pese os indícios de dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde, vale o registro da grande quantidade e diversidade de equipamentos de saúde existentes na microrregião de Cidade Ademar. No entanto, como a oferta de serviços não garante acesso, persistem as dificuldades para os usuários, conforme evidenciado neste estudo.

Os sistemas de saúde podem organizar-se em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Os sistemas fragmentados tendem a se voltar para a atenção principal às condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, equilibradamente, sobre as condições agudas e crônicas⁽²⁴⁾.

Ainda segundo Cecílio⁽²¹⁾, os sistemas fragmentados, fortemente hegemônicos, até mesmo no Brasil, são organizados por meio de um conjunto de pontos de atenção, isolados e incomunicados uns dos outros, em uma visão de uma estrutura hierárquica, piramidal, incapazes de prestar atenção contínua à população. Já os sistemas integrados são organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde, para prestar assistência contínua e integral a uma população definida⁽²⁴⁾.

Mesmo considerando que existem distintas definições de acesso empregadas pelos diversos autores, ao adotar a terminologia de Fekete⁽²⁵⁾, este estudo evidenciou na fala dos usuários que na microrregião de Cidade Ademar existem problemas de acesso, considerando as quatro dimensões estudadas por esta autora, quais sejam: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Ainda com relação ao acesso, uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde (MS) é executar a gestão pública com base na indução, monitoramento e avaliação de processos mensuráveis, garantindo acesso e qualidade da atenção à saúde a toda a população. Nes-

se sentido, o MS vem propondo várias iniciativas, entre as quais se destaca o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), publicado em 2011, que tem, entre outros objetivos, estimular o foco da Atenção básica (AB) no usuário promovendo a transparência e processos de gestão; a participação e o controle social; e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores da saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários⁽²⁶⁾.

Os resultados deste estudo evidenciaram, pelo menos em parte, os desafios que o PMAQ pretende enfrentar para a qualificação da atenção básica, no que diz respeito à ambiência pouco acolhedora das Unidades Básicas de Saúde, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre; pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde; e baixa integralidade e resolutividade das práticas⁽²⁶⁾.

CONCLUSÃO

A organização do sistema de saúde no município de São Paulo, mais especificamente no caso deste estudo, na microrregião de Cidade Ademar, de forma hierarquizada e piramidal, com consequente falta de integração entre os diversos pontos de atenção, pode ser um dos aspectos importantes para a questão do acesso, constituindo-se como fator de restrição ao papel da APS em reduzir ou até mesmo impedir a ocorrência das ICSAP.

Essa suspeita baseia-se não apenas na análise, ainda que superficial, de como está organizada a rede local de atenção, mas principalmente na fala dos usuários, demonstrando que a APS não é a porta preferencial de entrada no sistema, seja pela dificuldade de acesso, seja pela pouca resolutividade das suas ações.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília;2011.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. CONASS. Brasília; 2011
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Seminário Internacional Atenção Primária à Saúde: Acesso Universal e Proteção Social. CONASS DOCUMENTA 27. Brasília; 2013.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 21 set. Seção 1:50;2008.
7. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni CD, Turci MP. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP Brasil). Cad Saúde Pública. 2009;25(6):1337-49.

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

Embora seja inegável os avanços que o SUS teve quanto ao princípio da universalidade, por meio da ampliação do acesso, principalmente às populações de baixa renda, é inegável, que ainda haja muita dificuldade para o acesso aos serviços de saúde. Esta dificuldade é um pouco menor na APS e se amplia na medida em que aumenta o nível de complexidade da atenção.

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

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

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

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

8. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten. Primaria*. 2003;31(1):61-5.
9. Eggli Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:25.
10. Basu J, Mobley LR, Thumula V. The small area predictors of ambulatory care sensitive hospitalizations: a comparison of changes over time. *Soc Work Public Health*. 2014;29(2):176-88.
11. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implantation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*. Jun 2011;1-8.
12. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saúde Colet*. 2011;(16 Supl 1):1145-54.
13. Dias-da-Costa JS, Buttenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):358-64.
14. Camargo BV. ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: Moreira ASP, Camargo BV, Jesuíno JC, Nóbrega SM, organizadores. *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais*. João Pessoa: Ed. Universitária; 2005. p. 511-39.
15. Oliveira DC, Gomes AMT, Marques SC. Análise estatística de dados textuais: alguns princípios e uma aplicação no campo da saúde. In: Menin MSS, Shimizu AM, organizadores. *Experiências e Representação Social: questões teóricas e metodológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
16. São Paulo (Município). Decreto n. 45.037 de 20 de julho de 2004. Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. *Diário Oficial do Município de São Paulo*, São Paulo, 21 jul. 2004. Seção1:1-2.
17. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Manual - Diretrizes técnicas da assistência médica ambulatorial na atenção básica. São Paulo [Internet] 2009 [cited 2011 maio 17]. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_ManualDiretrizesTécnicas.pdf.
18. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Associação Congregação de Santa Catarina. Contrato de gestão n. 005/2008 – NTCSS-SMS. Microrregião de Cidade Ademar. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo; 2008.
19. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 ANOS. CONASS. Brasília; 2009.
20. Giovanella L Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev C S Col*. 2009;14(3):783-94.
21. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2001. p.113-27.
22. São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. AMA especialidades: diretrizes técnicas. São Paulo. [Internet] 2009 [cited 2011 maio 17]. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/ama/AMA_especialidades.pdf.
23. Rehem TCMSB. *Internações Sensíveis à Atenção Primária: Limites e Possibilidades da Lista brasileira de Diagnósticos* [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.
24. E.V. Mendes. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan - Americana da Saúde ; 2012.
25. M.C. Fekete. *Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços*. Projeto GERUS. [S.l.: s.n.]; 1996.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília [cited 2014 março 16]. Available from: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>.