

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO**

**CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC**

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**

**INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO**

**CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE**

**MENTO NA ATENÇÃO EM EMERGÊNCIA COMO  
ADOR DA QUALIDADE DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA INTEGRALIDADE COMO OBJETIVO.**

**ARI ENGEL E**

**ORIENTADORA BUZATI FERT**

Porto Alegre, 2011

ROSEMERI ENGEL BALLE

**O ATENDIMENTO NA SALA DE EMERGÊNCIA COMO MARCADOR DA  
QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: A INTEGRALIDADE COMO DESAFIO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde realizado através da parceria da Escola do Grupo Hospitalar Conceição e do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da FIOCRUZ.

Orientadora: Prof. MARTA HELENA BUZATI  
FERT

PORTO ALEGRE, 2011

## RESUMO

O presente trabalho é um projeto de pesquisa sobre a ocorrência de Condições Sensíveis à Atenção Primária na emergência de um grande hospital geral, localizado na região sul do Brasil, na cidade de Porto Alegre. Serão analisadas as informações obtidas do sistema de informações do hospital referentes aos dados da emergência no período de uma semana do ano de 2011. O resultado será cruzado com os dados obtidos através da aplicação do questionário PCATool- Brasil do Ministério da Saúde nas cinco Unidades Básicas de Saúde que mais demandaram este tipo de atendimento. O objetivo é identificar e analisar a qualidade do serviço de atenção primária que mais demandaram atendimento. O sistema de saúde brasileiro foi pensado para funcionar em rede, com os serviços articulados entre si de forma a oferecer atendimento integral à população. Para que tal aconteça é necessário que cada instância da rede dê conta da sua demanda. A Estratégia de Saúde da Família é uma Política Pública de Saúde que vem se consolidando no país como modelo de atenção, porém no estado do Rio Grande do Sul somente 35,20% da população está sendo atendida pela mesma. O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 prevê o planejamento, a organização e a articulação dos serviços de saúde com base na legislação do SUS, portanto a informação obtida através deste estudo poderá auxiliar nas negociações dos gestores neste planejamento da atuação em rede.

Palavras chave – Atenção Primária, Emergência, Condição Sensível À Atenção Primária, Política Pública de Saúde, Integralidade.

## **LISTA DE SIGLAS**

CSAP - Condições Sensíveis À Atenção Primária

DAB - Departamento de Atenção Básica

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

PCAtool - Primary Care Assessment Tool

PNH - Política Nacional de Humanização

PSF – Programa de Saúde da Família

SE – Serviço de Emergência

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	6
1- OBJETIVO	8
1.1-Objetivo Geral	8
1.2-Objetivos específicos:	8
2-OS CAMINHOS DA SAÚDE	8
3 – METODOLOGIA	14
3.1- Delineamento	14
3.2- Procedimentos	14
3.3 - Análise dos Dados	14
4- ASPECTOS ÉTICOS	15
5-DIVULGAÇÃO	15
6- ORÇAMENTO	15
7- CRONOGRAMA	16
REFERÊNCIAS	17
ANEXO 1 TABELA CSAP	19
ANEXO 2 Termo de Consentimento Livre Esclarecido	22
ANEXO 3 O PCATool-Brasil	23

## INTRODUÇÃO

Ao estudarmos a história das políticas públicas (ACÚRCIO, 2009) em saúde do Brasil, verificamos uma evolução em termos de reconhecimento dos direitos dos cidadãos em relação à mesma, além disso, a lógica que estrutura o Sistema único de Saúde (SUS) foi montada de forma a acompanhar a população em suas necessidades de saúde.

O sistema de saúde foi idealizado inicialmente em forma de pirâmide, onde a base é composta pelo sistema de atenção básica que seria a principal porta de acesso aos serviços de saúde, primeiro por ser em maior número e estar mais próxima da população, segundo por ser a forma de acesso a serviços de maior complexidade. No nível intermediário seria a atenção secundária que ofereceria serviços de especialidades clínicas e cirúrgicas, apoio diagnóstico e terapêutico e alguns serviços de emergência. No topo teríamos os serviços hospitalares de maior complexidade. Nesta proposição os fluxos de atendimento se dariam por referência e contra-referência nos dois sentidos da pirâmide de acordo com as necessidades do usuário. Este sistema hierarquiza os serviços, porém tem enfrentado alguns problemas na sua operacionalização, vejamos alguns deles: a cobertura da atenção básica ainda é insuficiente, o serviço de apoio diagnóstico é demorado, o acesso as especialidades demandam também muito tempo de espera, a cultura de procurar atendimento em um hospital onde consulta, exames, diagnóstico e, por vezes, medicação são ofertados conjuntamente. Em razão disso se começa a pensar o sistema como círculo, ou seja, manter os níveis de complexidade proposto na pirâmide, mas qualificá-los como portas de entrada do sistema capaz de estabelecer vínculos solidários com os usuários. Isto significa dizer que qualquer nível de serviço é capaz de, além de prestar seu tipo de assistência, garantir que o usuário tenha suas necessidades atendidas nos outros níveis que se fizerem necessárias. (CECÍLIO, 1997)

Esta lógica começa a se estruturar com os serviços de Atenção Básica, sendo uma das portas de assistência mais próxima da população, e deve oferecer uma gama de serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação aos mesmos. Além disso, tem como um de seus princípios a coordenação do cuidado, ou seja, ela deve estabelecer parcerias com outros serviços da rede que se façam necessários para atender as necessidades integrais de sua população. Entre estas parcerias estão os hospitais gerais.

Os hospitais também se constituem como uma das portas de entrada no SUS, atuando como referência para alguns serviços da atenção básica ou através do seu serviço de emergência, que pode ser acessado espontaneamente.

Quando pensamos em um serviço de emergência, nos reportamos a situações críticas, com riscos de vida. O Conselho Federal de Medicina (1995) define como urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata e como emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato (BRASIL, 2006). Acompanhando os noticiários locais somos surpreendidos com as constantes notícias de superlotação na emergência. A superlotação é caracterizada quando todos os leitos do setor estão ocupados, existem pacientes acamados nos corredores, o tempo de espera para atendimento é superior à uma hora, existe alta tensão na equipe assistencial e grande pressão para novos atendimentos. Esta situação acaba nos causando uma grande preocupação porque não sabemos se a causa disto é local ou é a consequência da desarticulação, ou ineficiência da rede, principalmente na atenção básica que é a mais próxima da população.

O entendimento de rede está amparado no conceito ampliado de saúde que implica em uma série de fatores condicionantes que precisam ser observados, portanto diferentes saberes se fazem necessários em diferentes momentos. Para contemplar esta complexidade é preciso que exista articulação entre eles para fazer frente a determinadas situações. Esta articulação é entendida como atuação em rede. Esta rede tem características próprias, ela é móvel, flexível e está em constante mudança, pois as necessidades também são mutáveis.

Como o sistema foi pensado em rede nos questionamos sobre a resolutividade da assistência básica e uma das formas, utilizada internacionalmente (ELIAS, MAGAJEWSKI, 2008), é o levantamento das Condições Sensíveis À Atenção Primária (CSAP) que recorrem aos serviços de emergências dos hospitais gerais, no nosso caso na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Por isso resolvemos fazer um levantamento das CSAP que procuram atendimento na Emergência do HNSC, além de questionarmos os gestores da atenção primária em relação à qualidade do serviço ofertado à população. Esta informação pode servir como base de negociação com os demais gestores para uma atuação em rede como prevê o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011

## **1- OBJETIVO**

### **1.1-Objetivo Geral**

Identificar e analisar a qualidade do serviço de atenção primária a partir da verificação da existência de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição no período de uma semana.

### **1.2-Objetivos específicos:**

- Identificar quais as CSAP que mais demandam atendimento;
- Verificar a procedência dos usuários com esta demanda;
- Mapear o tipo de serviço oferecido na Atenção básica para estes usuários
- Compreender a perspectiva dos gestores municipais acerca das demandas com CSAP na Emergência

## **2-OS CAMINHOS DA SAÚDE**

Acúrcio (2009) nos descreve diversas mudanças em saúde no Brasil tanto no aspecto conceitual como no operacional da mesma. Cada uma destas mudanças foram permeadas por dificuldades e questionamentos próprios. No entanto tivemos a preponderância do sistema hospitalocêntrico por décadas no país, onde o indivíduo era despersonalizado e a sua doença ou o número de seu quarto passavam a ser o centro das questões. A doença tinha a primazia do cuidado em detrimento do indivíduo, que era entendido fracionado e deslocado de seu meio.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) apresentou, no seu relatório final, a saúde como um direito de todos e dever do estado. Além disso, preconizou a descentralização na gestão dos serviços, a regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços, o fortalecimento do papel dos municípios, para citar apenas alguns. Na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) este evento subsidiou as discussões que culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema traz como princípios a universalidade de acesso; a integralidade de assistência; a equidade - igualdade na atenção à saúde - a participação da



comunidade- controle social; a descentralização político-administrativa e a organização dos serviços.

Um dos desdobramentos deste novo sistema foi a criação do Programa de Saúde da Família em 1994. Este programa estabelece uma equipe multiprofissional que deve atuar nas unidades básicas de saúde e são responsáveis por um número determinado de famílias, localizadas numa área geográfica definida. Tem como atribuições a promoção de saúde, a prevenção, a recuperação, a reabilitação de doenças e agravos e a manutenção da saúde destas famílias. Este programa estabelece nova base conceitual e organizacional do sistema de saúde porque prioriza a aproximação entre a população e o serviço, além de estimular que as ações em saúde não fiquem mais restritas somente no âmbito da unidade.

No ano de 2000 o Ministério da Saúde criou o Departamento de Atenção Básica como forma de dar suporte e consolidar o Programa de Saúde da Família que começou a ser pensado como uma estratégia de atuação em saúde.

A portaria Nº 648/GM de 28 de março de 2006, em seu Artigo II dispõe sobre as especificidades da estratégia da família e tem como princípios gerais a reorganização da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS e deve, ainda:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

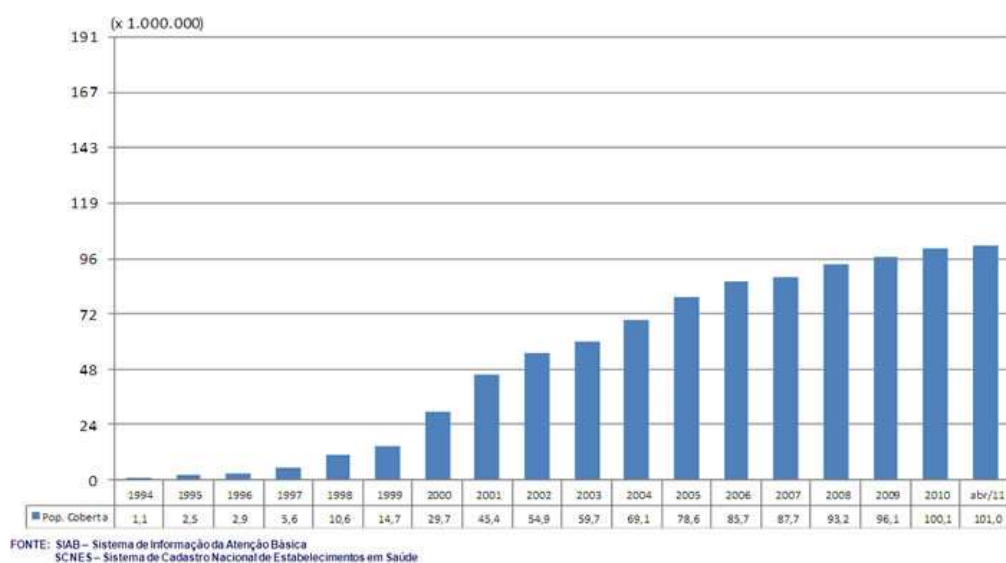
Seus princípios são:

✓ Primeiro contato, ou seja, uma das portas de entrada do sistema de saúde, o que equivale dizer que a partir deste serviço o indivíduo terá suas necessidades em saúde identificadas e atendidas. Podemos pensá-lo sob três aspectos: acesso geográfico- que é o posicionamento da Unidade Básica de Saúde dentro da comunidade onde o indivíduo reside; acessibilidade sócio-organizacional: que a comunidade deve ser informada sobre o funcionamento, atividades e horários da UBS; e utilização: quanto os indivíduos quando necessitados recorrem ao serviço.

- ✓ Longitudinalidade - o indivíduo ter atendimentos com a mesma equipe ao longo do tempo de modo a facilitar a criação de vínculos e também o entendimento do funcionamento deste e de suas interações;
- ✓ Integralidade- entender o indivíduo como uma unidade, de forma ampla, não mais centrado na doença e disponibilizar uma gama de serviços de promoção, prevenção, assistência e reabilitação para atender suas necessidades e as da comunidade;
- ✓ Coordenação do cuidado - coordenar as informações sobre os indivíduos, estabelecer a coordenação com outros serviços da rede que sejam necessários para complementar o atendimento dos indivíduos, e promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas.
- ✓ Controle Social- estimular a comunidade no exercício da cidadania, começando com a participação nos processos de construção e fiscalização nas ações em saúde. (STARFIELD 2002)

A Estratégia de Saúde da Família é uma Política Pública de Saúde que vem se consolidando no país como modelo de atenção. A população atendida pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família vem crescendo desde a sua implantação como podemos ver no gráfico abaixo:

Figura 1 – Evolução do número de pessoas atendidas pelo PSF <sup>1</sup>



<sup>1</sup> Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 19 jun. 2011.

Podemos perceber que mais da metade da população brasileira está sendo atendida pela Estratégia de Saúde da Família, porém no estado do Rio Grande do Sul somente 35,20% da população está sendo assistida pela mesma (CNES, IBGE, 2010). Além do descompasso entre a cobertura nacional e regional da atenção básica a superlotação da emergência vem figurando constantemente nos noticiários. Portanto necessitamos saber se o serviço de emergência está cumprindo sua vocação, ou se está atendendo os casos que a rede de atenção básica deveria ser responsável. Fontoura e Mayer (2006) discutem três âmbitos do conceito de integralidade, a saber: na prática profissional - a visão sobre o indivíduo como uma totalidade-; na organização dos serviços – estabelecendo e ampliando as percepções sobre as necessidades da população para atendê-las da melhor forma possível e no âmbito das Políticas Públicas a integralidade deve abranger a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação nas diferentes esferas governamentais. Em face desses aspectos, principalmente no que tange a organização dos serviços, a interface entre a atenção primária com a sala de emergência precisa estar bem estabelecida de forma a propiciar um atendimento integral efetivo.

Pensando nisso é que surge a intenção de verificar a efetividade e a resolutividade dos serviços de atenção básica através do levantamento da CSAP que procuram atendimento na Emergência do HNSC. Esta informação é relevante na negociação entre os gestores para uma atuação em rede como prevê o decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 .

Cunha, em sua dissertação de mestrado intitulada “A construção da clínica ampliada na Atenção Básica” (2004), nos diz que de 80 à 90 % dos problemas de saúde podem ser resolvidos na atenção básica e que somente de 10 e 15 % necessitam de atenção hospitalar.

A Portaria nº 221(2008) estabelece a lista das CSAP (ANEXO 1). Nesta lista estão relacionados conjuntos de diagnósticos que podem ser atendidas na Atenção Primária e que se o forem em tempo hábil e de forma efetiva evitam internações hospitalares.

Makinto et al (2009) nos apresenta a lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária e a compara com as internacionais. Ainda de acordo com este autor, o índice das CSAP é um dos indicadores da atividade hospitalar que tem sido usado internacionalmente como forma de medir a qualidade e o acesso à atenção primária.

Dias da Costa (2008) realizou um estudo para avaliar mediante taxa de internações hospitalares evitáveis a qualidade dos cuidados oferecidos pela rede básica de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, no período entre 1995 a 2004. Foi observada uma diminuição dos percentuais de internações e que as mesmas neste município foram inferiores

à do estado. Este autor aponta que um dos fatores para esta diminuição é a qualificação dos serviços de atenção básica. EliasI e Magajewski (2008) chegaram a mesma conclusão em seu estudo realizado no período de 1999 a 2004 sobre o comportamento das internações hospitalares por algumas condições sensíveis à atenção ambulatorial na região da Associação de Municípios do Extremo Sul de Santa Catarina – AMESC.

Fernandes et all (2009) realizou uma pesquisa para identificar variáveis associadas a internações sensíveis ao cuidado primário, no município de Montes Claros, MG, e concluiu que o controle regular da saúde fora da Estratégia de Saúde da Família duplica a probabilidade de internação.

Para pesquisarmos este índice escolhemos um dos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. O grupo é composto de quatro hospitais - Nossa Senhora da Conceição; Criança Conceição, Cristo Redentor e Fêmeina - que possuem 1.532 leitos, e onde é realizada uma média mensal de 160.000 atendimentos ambulatoriais, 10.600 internações e 2.800 cirurgias e 800 partos. Oferece ainda um laboratório de especialidades clínicas e cirúrgicas, doze unidades de saúde da família e comunidade e três centros de atendimento psicossocial, que são referência para aproximadamente 126.000 habitantes da capital gaúcha e, mais recentemente, um Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC). É vinculado ao Ministério da Saúde, portanto é uma instituição pública e federal que e atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este complexo assistencial está distribuído em diferentes pontos da cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul e atua de forma integrada com os demais serviços locais e regionais de saúde. O maior destes quatro hospitais é o Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

O HNSC se localiza na Avenida Francisco Trein, no Bairro Cristo Redentor, em Porto Alegre. Esta unidade possui 20 especialidades (ambulatoriais, de emergência e de internação). Possui 801 leitos, sendo que destes 59 (cinquenta e nove) são na UTI adulto; e na emergência este número é de 49 (quarenta e nove). Além disso, ele é referência para os usuários das 1ª, 2ª e 18ª coordenadorias regionais de saúde do Estado, que abrange quase 4 milhões de pessoas. Entre as diretrizes do HNSC estão: a atenção integral; a gestão democrática, com a participação dos funcionários e da sociedade; operação sistêmica Interna e externa; formação e pesquisa.

O Serviço de Emergência (SE) do HNSC é uma das portas de entrada para a rede assistencial do SUS que pode ser acessada por seus usuários independentemente da sua

demanda, incluindo eventos clínicos agudos, como traumas físicos e/ou psiquiátricos, os quais podem ser considerados urgência/emergência. Este serviço opera com o acolhimento que é um dos procedimentos estabelecidos pela Política Nacional de Humanização (PNH) onde o usuário é recebido com uma escuta implicada na busca de soluções para suas demandas de forma ética, solidária, de maneira a estabelecer vínculo e confiança entre os mesmos. Já no acolhimento é realizada a classificação de risco. No HNSC esta classificação segue o protocolo de Manchester <sup>2</sup> onde a demanda dos usuários é entendida sob o ponto de vista de seu grau de risco à integridade do mesmo. É estabelecida, neste momento, a equidade do atendimento, ou seja, a ordem de prioridade de atendimento, visto que todos serão atendidos. (BRASIL,2002) . Neste processo podemos constatar o que Merhy (1997, 2002) define como Tecnologias leve-duras, que são os conhecimentos estruturados, os protocolos, a epidemiologia, os núcleos de conhecimentos profissionais e as Tecnologias leves que são as relações entre profissionais e usuários. Este procedimento também é organizativo do fluxo de trabalho da emergência.

A escolha do Serviço de emergência do HNSC se deu pela magnitude de seus números de atendimento, vejamos alguns deles baseados no mês de julho de 2011:

- ✓ 55.567 usuários atendidos no mês julho de 2011;
- ✓ 65,21% dos pacientes foram avaliados com “verde” pela classificação de risco;
- ✓ 59,92% dos atendimentos foram classificados como as emergências clínicas
- ✓ Os agravos mais atendidos foram: dor abdominal (16,22%), indisposição no adulto (14,78%), dor torácica (6,9%), cefaléia (6,13%), problemas urinários (5,62%), problemas estomatológicos (5,55%) e infecções locais e abscessos (5,35%) e.
- ✓ 67,69% dos pacientes atendidos no período eram procedentes da capital, <sup>3</sup> .

O decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, prevê o planejamento, a organização e a articulação dos serviços de saúde com base na legislação do SUS. Esse decreto conceitua termos referentes à regionalização da saúde, dando suporte para que ações de prevenção, promoção e recuperação de saúde sejam executadas dentro de território “pré-definido”, através da pactuação de contratos, com capacidade de atendimento, portas de entrada, fluxos e processos já mapeados. Por isso é importante que se tenha clareza do tipo de atendimento que

---

<sup>2</sup> Protocolo de Manchester, THE MANCHESTER TRIAGE SYSTEM, Professor Kevin Mackway-Jones Manchester, UK

<sup>3</sup> Informações obtidas do sistema de dados do HNSC em 4 de agosto de 2011.

o SE do HNSC está realizando e qual sua magnitude para que se possa avaliar a efetivação da atenção primária, bem como da articulação e integração entre estes serviços.

### **3 – METODOLOGIA**

#### **3.1- Delineamento**

Estudo exploratório descritivo de dados do SE/ HNSC dos atendimentos de uma semana de um mês de 2011.

#### **3.2- Procedimentos**

A coleta de dados será feita por meio do sistema de informações do GHC e os gestores responderão a um questionário estruturado.

A identificação das CSAP feita através de relatórios gerados pelo sistema de informação do GHC referentes aos atendimentos realizados na emergência do HNSC durante uma semana de um mês de 2011. O cruzamento desta informação com a área de origem dos indivíduos, bem como a identificação do tipo de serviço de atenção básica ofertado ao mesmo através de dados oriundos do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde. Os serviços de atenção primária que operam com a ESF trabalham com o princípio da territorialidade, portanto se pode definir através dos endereços obtidos dos registros de atendimento qual unidade é responsável pelo atendimento. Quando o serviço de atenção básica não for orientado pela ESF, será entrevistado o gestor da Unidade Básica mais próxima do maior número de endereços dos atendimentos emergenciais.

Aplicação do questionário PCATool- Brasil<sup>4</sup> (2010)(ANEXO 3) junto aos gestores dos cinco serviços de atenção básica que mais demandaram este tipo de atendimento.

#### **3.3 - Análise dos Dados**

Será realizada análise descritiva dos dados coletados, através de frequência e percentuais. Os dados serão distribuídos em gráficos, quadros e tabelas para melhor contemplação e análise. Buscar nas palavras dos entrevistados tentar traduzir a natureza

---

<sup>4</sup> Instrumento do Ministério da Saúde para Avaliação da Atenção Primária.

qualitativa de suas experiências (MINAYO, 1998).

Os dados de atendimento serão analisados através da frequência que cada uma das CSAP aparecerem nos relatórios sobre os atendimentos.

O questionário PCATool- Brasil está estruturado para que possa mesurar a presença e a extensão dos atributos da atenção primária (acesso, coordenação, longitudinalidade e integralidade). Esperamos com isso poder saber quais desses atributos dos serviços de atenção primária não estão sendo contemplados de forma eficiente.

#### **4- ASPECTOS ÉTICOS**

Este trabalho está fundamentado nos aspectos éticos que trata a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: Aprovação no Comitê de Ética; TCLE; (ANEXO 2 TCLE). Nesta pesquisa os dados serão utilizados apenas para fins científicos, preservando a privacidade e a confidencialidade dos mesmos.

#### **5-DIVULGAÇÃO**

Este trabalho será apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Informação Científica e tecnologia em Saúde da Escola Do Grupo Hospitalar Conceição e a posterior publicação de um artigo.

#### **6- ORÇAMENTO**

Notebook	R\$ 1.700,00
Folhas A4	R\$ 10,00
Transporte	R\$ 50,00
Impressão	R\$ 20,00
Total	R\$ 1.780,00

Todos os custos são de responsabilidade do pesquisador.





## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. A. Evolução histórica das Políticas de Saúde no Brasil. In: **Grupo Hospitalar Conceição – GHC**. Capacitação e atualização para o SUS. 2 ed. Porto Alegre: CIES, 2009.
- ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, LIMA-COSTA, MF, MACINKO J, MENDONÇA CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública** 2009; 25:1337-49.
- BITTENCOURT R. J., HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** . 2009 Jul; 25(7): 1439-1454. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)> Acesso em 10 de agosto de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2048 de 02 de novembro de 2002. Dispões sobre o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência. Brasília: DOU, 2002.
- \_\_\_\_\_. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Regulação médica das urgências** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 126 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em<  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao\\_medica\\_urgencias.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_medica_urgencias.pdf)> Acesso em 24 de outubro de 2011.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 de abril de 2008. Define que a lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Diário Oficial da União. Brasília, 18 abr 2008; Seção 1, nº 75, p.70.
- \_\_\_\_\_. 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, 2010. 80 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <  
[http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/manual\\_instrumento\\_avaliacao%20APS%20PCATool%20Brasil.pdf](http://www.rededepesquisaaps.org.br/UserFiles/File/biblioteca/manual_instrumento_avaliacao%20APS%20PCATool%20Brasil.pdf)>. Acesso em 10 de out. de 2011.
- CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Resolução CFM nº 1451/95** do Conselho Federal de Medicina de 10 de março de 1995 [publicada no Diário Oficial da União em 17.03.95 - Seção I - Página 3666.

CUNHA, GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec; 2005.

DIAS-DA-COSTA, J. S., et al . Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Julho, 2008. . Disponível em < [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000700024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 de agosto de 2011.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.11, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Julho de 2011. .

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al . Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.6, Dec. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 Julho de 2011.

FONTOURA, Rosane Teresinha; MAYER, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 4, Ago. 2006 . Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>>. Acesso em 21 Nov. 2011.

IBGE. Disponível em:< <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=rs> > Acesso em 27 de setembro de 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C. (1998). **O desafio do Conhecimento - Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Husitec.

NEDEL, Fúlvio Borges et al . Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, Dec. 2008. Disponível em :<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 de Julho 2011.

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

## ANEXO 1 TABELA CSAP

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 Haemophilus influenzae	J14
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

Fonte: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>



### **ANEXO 3 O PCATool-Brasil**

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Criado por Starfield & cols. (STARFIELD et al, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001) na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o PCATool mede a presença e a extensão dos 4 atributos essenciais e dos 3 atributos derivados da APS.

O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido, Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde. Desse modo, devido a ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção em APS. Cada atributo essencial identificado no instrumento PCATool-Brasil é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção. Isto pode ser exemplificado pelo atributo acesso de primeiro contato formado pelo componente acessibilidade (estrutura) e pelo componente utilização (processo).

Para adaptá-lo à realidade brasileira, cada versão original do instrumento foi transformada em uma ferramenta aplicável por meio de entrevistadores e passou por um processo de tradução e tradução reversa, adaptação, *debriefing* e validação de conteúdo e de construto, além da análise de confiabilidade (HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2006).

Esse instrumento, já validado em outros países (PASARÍN, 2007; LEE, 2009) foi validado por nosso grupo e recebeu o nome de Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool- Brasil. No processo de validação da versão Criança e Adulto, alguns itens de importância conceitual não atingiram o ponto de corte estatístico definido pela literatura (DEVELLIS, 1991), contudo, optou-se por mantê-los no PCATool-Brasil, por se tratarem de aspectos fundamentais para avaliação da qualidade da APS. Esses itens serão citados posteriormente neste manual. A versão para profissionais está em processo atual de validação, mas é possível o uso de uma versão em espelho da versão para Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Criança, como exemplifica este Manual.