

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DO ADULTO

Renata Melgaço Gonçalves

**A AVALIAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA ADULTO POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À
ATENÇÃO PRIMÁRIA, POR MEIO DO EMPREGO DO PRIMARY
CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool).**

Belo Horizonte
2017

Renata Melgaço Gonçalves

A AVALIAÇÃO DOS PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA, POR MEIO DO EMPREGO DO PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCATool).

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Aplicadas a Saúde do Adulto

Orientador: Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres.

Belo Horizonte
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Jaime Arturo Ramirez

Vice-Reitora

Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Pró-Reitora de Pós-Graduação

Profa. Denise Maria Trombert de Oliveira

Pró-Reitora de Pesquisa

Profa. Adelina Martha dos Reis

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor

Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Chefe do Departamento de Clínica Médica

Prof. Valéria Maria Augusto

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS APLICADAS À SAÚDE DO ADULTO

Coordenadora

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Subcoordenadora

Profa. Suely Meireles Resende

Colegiado

Prof. Eduardo Garcia Vilela

Profa. Gilda Aparecida Ferreira

Prof. Paulo Caramelli

Profa. Sarah Teixeira Camargos

Profa. Suely Meireles Rezende

Profa. Teresa Cristina de Abreu Ferrari

Representantes discentes

Mônica Maria Teixeira (titular)

Letícia Lemos Jardim (Suplente)

Aos amores da minha vida: minha mãe, meu pai e meu irmão por me terem dado educação, valores e por terem me ensinado a andar. Obrigada pela presença e amor incondicional. Aos meus amigos e familiares, por toda ajuda e paciência frente as minhas ausências e falta de tempo. À minha amada Vó Lourdes, por estar presente sempre em minha vida, mesmo na forma de anjo, e hoje não seria diferente, eu sei que você está aqui festejando comigo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me dar força e saúde para vencer dia após dia. Ao Meu orientador, Dr. Henrique Torres, por todo auxílio, paciência e disponibilidade que me foi oferecido no decorrer desta nossa caminhada. Agradeço por conter minha ansiedade de acabar logo, e me ensinar que devemos ir passo a passo, em uma caminhada contínua e firme. Obrigada por compartilhar todo seu conhecimento e se tornar inspiração profissional para mim. Aos meus colegas e amigos de trabalho e profissão, por me incentivarem a querer ser sempre uma pessoa e uma profissional melhor. Agradeço, ironicamente, por todas as noites em claro, noites mal dormidas, as dores de cabeça que tive por estresse, as crises de pânico por nunca acabar de escrever e as dificuldades que vivenciei nesta caminhada de 2 anos. Precisamos dos obstáculos da vida para descobrirmos que somos capazes!! Não foi fácil chegar até aqui, mas acreditei que chegaria, e cheguei. Obrigada a todos que me ajudaram nesta caminhada e não me deixaram desistir.

RESUMO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) quando fortalecida e adequadamente estruturada, pode apresentar significativos impactos na atenção secundária e terciária de saúde, podendo influenciar a evolução do quadro clínico inicial, evitando agravos à saúde e possíveis internações de média e alta complexidade. Condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização. O objetivo deste estudo foi realizar a avaliação de atributos da Atenção Primária em Saúde em pacientes internados em leitos de terapia intensiva (UTI) por CSAP, por meio da aplicação do formulário do *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, de Março à Setembro/2016. Tratou-se de uma pesquisa transversal e descritiva composta por 303 pacientes, sendo $n=163$ (53,8%) do sexo masculino e $n=140$ (46,2%) do sexo feminino. A idade dos entrevistados variou de 26 a 93 anos, com maior prevalência do grupo com idade igual ou superior a 60 anos ($n=177$, 58,42%). Belo Horizonte se destacou como local de procedência ($n=192$, 63,37%). O grupo de doenças mais prevalente foi o grupo denominado angina pela classificação do Ministério da Saúde de internações por CSAP, com 78,88% de internações. Dos resultados por atributo, apenas o atributo acesso de primeiro contato: utilização apresentou avaliação favorável (80,5% com escore maior que 6,6). Em análise bivariada em que se buscou avaliar a influência de dados sociodemográficos nos escores dos atributos, verificou-se que a variável sexo, apresentou associação positiva com os atributos longitudinalidade ($p=0,03$), coordenação: integração de cuidados ($p=0,013$) e coordenação: sistemas de informação ($p=0,02$). Na variável idade, nota-se significância apenas no atributo acesso de primeiro contato: Utilização, com o grupo de 60 anos ou mais apresentando escore superior a 6,6 em 88,1% dos entrevistados. Quanto ao local de consulta, é possível evidenciar que o Centro de Saúde destacou-se no atributo acesso de primeiro contato: utilização, que diz da utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema. Ao se avaliar a variável Diabetes Mellitus (DM), pode-se observar que os pacientes portadores desta patologia realizaram, de forma geral, uma pior avaliação dos atributos, tendo havido significância estatística no atributo coordenação: sistemas de informação ($p=0,016$). Foi possível concluir que a avaliação dos atributos de APS de uma população de pacientes atendidos em uma UTI de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, por CSAPs, de forma geral não foi considerada adequada, pelo ponto de vista do usuário, a partir do questionário empregado.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC), when strengthened and adequately structured, may have significant impacts on secondary and tertiary health care, and may influence the evolution of the initial clinical picture, avoiding worsening of health problems and possible hospitalizations of medium and high complexity. Primary Care Sensitive Conditions (PCSC) are health problems handled by actions which are typical of the first level of attention and whose evolution, in the absence of timely and effective attention, may require hospitalization. The objective of this study was to evaluate Primary Health Care attributes in patients hospitalized in intensive care (ICU) beds for PCSC, through the application of the Primary Care Assessment Tool (PCATool) form, to those admitted to the ICU from March to September / 2016. This was a cross-sectional and descriptive study composed of 303 patients, 163 (53.8%) males. The age of the interviewees ranged from 26 to 93 years, with a higher prevalence of patients aged 60 years or older (n = 177, 58.42%). Patients were mainly from the city of Belo Horizonte (n = 192, 63.37%). Most prevalent diseases belonged to the group named angina by Ministry of Health PCSC classification of hospitalizations (78.88%). Of results by attribute, only first contact access: utilization presented favorable evaluation (80.5% with a score greater than 6.6). In a bivariate analysis sought to evaluate the influence of sociodemographic data in the attributes' scores, it was verified that the gender variable was positively associated with the attributes longitudinality (p = 0.03), coordination: integration of care (p = 0.013) and coordination: information systems (p = 0.02). In the age variable, only the first contact access attribute: utilization, with the group of 60 years or more presenting a score higher than 6.6 in 88.1% of respondents. Regarding the place of consultation, it is possible to show that the outpatient center stood out in the attribute of first contact access: use, which is related to relying on a health service as a source of care for each new problem. When evaluating the variable Diabetes Mellitus (DM), it can be observed that the patients with this pathology had, in general, a worse evaluation of the attributes, and there was statistical significance in the attribute coordination: information systems (p = 0.016). It was possible to conclude that the evaluation of the PHC attributes by a population of patients seen in a UTI of a large hospital in Belo Horizonte, by PCSC, was generally not considered adequate according to the questionnaire employed.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características descritivas da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016	25
TABELA 2 - Grau de filiação da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	26
TABELA 3 - Resultado consolidado dos escores conforme o atributo, da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	27
TABELA 4 - Análise de associação bivariada entre a variável sexo da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	28
TABELA 5 - Análise de associação bivariada entre a variável idade da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	29
TABELA 6 - Análise de associação bivariada entre a variável local de consulta da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016	30
TABELA 7 - Análise de associação bivariada entre a variável DM da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	31
TABELA 8- Análise de associação bivariada entre a variável DM da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS

% - Porcentagem

ABS - Atenção Básica a Saúde

AP - Atenção Primária

APS - Atenção Primária à Saúde

AVC - Acidente vascular cerebral

BH - Belo Horizonte

CID - Código Internacional de Doenças

CSAP - Condições Sensíveis a Atenção Primária

CTI - Centro de Tratamento Intensivo

DAC - Doença arterial coronariana

DCV - Doenças cardiovasculares

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão arterial sistêmica

IAM - Infarto agudo do miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAP - Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*

RMBH - Região metropolitana de Belo Horizonte

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

UeE- Urgência e Emergência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Relevância e Justificativa	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 A avaliação do cuidado na atenção primária através do PCATool	15
3 OBJETIVOS	19
4 MÉTODOS.....	20
4.1 Desenho e cenário do estudo	20
4.2 Participantes	21
4.3 Coleta de dados	22
4.4 Amostra	23
5 RESULTADOS	24
6 DISCUSSÃO	33
6.1 Aspectos metodológicos.....	33
6.2 Características descritivas da população estudada	34
6.3 Características de grau de filiação da população estudada.....	35
6.4 Consolidado dos escores conforme o atributo.....	36
6.5 Associação bivariada entre a variável e o atributo.....	37
7 CONCLUSÃO.....	40
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	48
ANEXO I.....	47
ANEXO II.....	48
ANEXO III.....	49
ANEXO IV	50
ANEXO V	52

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. As ações são diretamente dirigidas a populações de territórios adstritos, sobre os quais, assume a responsabilidade sanitária.

Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro lançou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde (ICSAP), apresentada no anexo I. A criação da lista contendo esse grupo de condições, pode permitir desenvolver ações frente à Atenção Básica a Saúde (ABS) com objetivo de acompanhar os desfechos, assim como a gestão de condições clínicas que podem resultar em internações evitáveis, caso o cuidado adequado, em tempo certo seja provido. Entretanto, mesmo diante de uma gestão adequada das Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP's) é importante ressaltar que determinados casos podem necessitar de tratamento intensivo imediato, visando reduzir ou eliminar o risco de sequelas e/ou a morte do indivíduo. No momento do agravamento do caso clínico do paciente, quando indicado pelo médico, o mesmo é encaminhado à rede hospitalar, e quando disponível (presença de leitos físicos), esse paciente é internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), aumentando as possibilidades de sobrevivência. Quando se fala de leitos de UTI, diz-se de uma complexa rede que perpassa por recursos humanos especializados, área física adequada e a presença de equipamentos complexos, necessários para um atendimento de qualidade.

As internações decorrentes de condições sensíveis à atenção primária merecem atenção porque a implementação de políticas e ferramentas adequadas atua diretamente na diminuição do número de internações desnecessárias a partir de ações efetivas em atenção primária. A incidência deste tipo de internação vem sendo utilizado principalmente como parâmetro para análise de qualidade da atenção primária.

Diante do exposto, faz-se necessário desenvolver ações que visam evitar o agravamento dos casos, evitando internações hospitalares desnecessárias. Ações desenvolvidas na ABS, poderiam resultar em impacto na qualidade de vida, na otimização dos leitos de UTI já existentes e no custo dos serviços prestados.

Embora o estabelecimento de umnexo causal entre o cuidado (ou sua deficiência) na atenção primária e internações em terapia intensiva exija a comparação quanto ao provimento do cuidado entre diversos prestadores de APS (cidades ou distritos, ou mesmo unidades básicas) e seu efeito sobre as internações, a análise do instrumento do cuidado em APS de pacientes com CSAP's internados em UTI pode permitir levantar hipóteses sobre como se relacionam o cuidado e o desfecho (qualidade de vida e otimização dos leitos de UTI). Esse estudo visa realizar a avaliação de pacientes internados em UTI's por CSAP, utilizando-se do formulário do PCATool.

1.1 Relevância e Justificativa

O Estado de Minas Gerais (MG) apresentou apenas no ano de 2015, 22.238 internações de UTI por CSAPs, o que significa que 39% das internações totais de UTI do ano de 2015 poderiam ser parcialmente evitadas, se acompanhadas e tratadas na atenção primária. Ao averiguar os dados do município de Belo Horizonte, tem-se que em 2015 o município apresentou 2.389 internações de UTI por CSAP's, representando portanto, 14% das internações em UTI (DATASUS/TABWIN/SIHD). Segundo Alfradique et. al. (2009, p. 1346), “altas taxas de ICSAP não são obrigatoriamente indicativas de necessidade imediata de mudanças, mas sim um sinal de alerta para uma investigação de maior profundidade”.

Destaque-se também o quadro da atenção terciária no Estado, onde se observa que Minas Gerais apresenta atualmente um déficit de 1936 leitos de UTI (Anexo II).

Considerando as dificuldades acima apresentadas, evidentemente sem negar a importância do financiamento adequado e desburocratizado, julgou-se importante desenvolver estudos que avaliem a natureza da demanda atual de internação em UTI, que poderão impactar na gestão dos leitos de UTI já existentes, com base na suposição de que os pacientes assistidos adequadamente pela ABS são menos propensos à hospitalização no nível terciário.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo o Ministério da Saúde (2011, p.2):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância 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.

De acordo com Starfield, Shi e Macinko, (2005, p. 457) o termo Saúde Primária decorre dos idos dos anos 1920, quando o relatório Dawson foi lançado na Inglaterra. O relatório mencionava os Centros de Atenção Primária que estariam destinados a se tornar uma rede de Serviços Regionais.

Distinguiu três níveis de serviços de saúde: centros de saúde primários; secundários e hospitais-escola, propondo vínculos entre os três níveis e estabeleceu as funções de cada um, o que deu origem à regionalização, um sistema de organização de serviços de saúde voltado a atender as necessidades da população. Este sistema, inclusive, posteriormente foi a base dos sistemas de saúde de muitos países.

Em 1977 ocorreu a trigésima reunião da Assembleia Mundial da Saúde que estabeleceu uma meta para os governos participantes, qual seja, a de permitir que todo cidadão tivesse, no ano 2000 um nível de saúde que lhe permitisse uma vida social e economicamente produtiva.

Este movimento desencadeou uma série de ações e princípios que mais tarde, em nova conferência ocorrida em 1979 corroboraram o desenvolvimento de uma definição para Assistência Primária à Saúde como cita Starfield (2002, p.30), conforme indicou a Declaração de Alma-Ata:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade

como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

A conferência de Alma-Ata especificou os seguintes componentes como fundamentais à Atenção Primária à Saúde: a) educação em saúde; b) saneamento ambiental; c) programas de saúde materno-infantis, d) prevenção de doenças endêmicas; e) tratamento adequado de doenças e lesões comuns; f) fornecimento de medicamentos essenciais e g) promoção de boa nutrição, dentre outros.

Neste sentido, evidencia-se a importância da APS, que se desenvolveu intensamente, desde os relatórios de Lord Dawson.

Starfield, (2002, p. 19) assevera que todo sistema de atenção primária possui duas metas principais:

A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um último nível de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008, p. 7), a mudança do modelo da medicina tradicional, baseada na cura, para uma prática baseada na prevenção e embasada em evidência já ocorre no Brasil, como forma de incorporar as evidências científicas no processo de decisão, garantindo assim a realização de ações afetivas.

Segundo Harzheim (2013, p.275) a mudança no padrão de morbimortalidade dos países em desenvolvimento com forte impacto de doenças crônicas não transmissíveis tem imposto novos desafios principalmente para atenção primária à saúde.

A APS quando fortalecida e adequadamente estruturada, pode apresentar significativos impactos na atenção secundária e terciária de saúde, podendo influenciar a evolução do quadro

clínico inicial do paciente e evitando assim agravos à saúde e possíveis internações de média e alta complexidade.

De acordo com Nedel et. al., (2010, p.62) “condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização”. Diante disso, espera-se que o tratamento precoce de doenças crônicas tenha impacto direto na redução de internações hospitalares (ALFRADIQUE et. al. 2009). Assim, estudar internações evitáveis, pode representar um importante indicador da qualidade prestada pelo serviço de APS (FERNANDES et. al. 2009). Embora outros fatores possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutiva da atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido fundamental para abordar o problema. (FERNANDES et. al. 2009).

Segundo Nedel et. al., (2010, p.62), “acumula-se informações de que pacientes que consultam em serviços organizados segundo os princípios da APS, internam menos por CSAP que aqueles que consultam em serviços de atenção ambulatorial tradicional”. Considerando a elevada carga de doenças crônicas degenerativas que se somam àquelas típicas dos países em desenvolvimento, é de se supor que parte das doenças que resultam em internações em leitos de UTI podem ser influenciadas pelo cuidado em saúde na ABS. Devido à gravidade dos pacientes internados na UTI, torna-se necessário entendermos a estruturação da Rede de Urgência e Emergência (UeE) a seguir.

Segundo o Ministério da Saúde (2013) para a organização de uma rede UeE, é necessário conhecer o perfil epidemiológico da população que, conforme a secretaria de Vigilância Epidemiológica possui uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC), quanto considerados pessoas acima de 40 anos.

Considerando a mortalidade precoce e as sequelas decorrentes das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas e suas famílias acometidas por grupo de condições, somando-se a isso o alto impacto socioeconômico. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Ainda conforme o Ministério da Saúde (2013, p.13):

A rede de UeE, como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso. Assim, com o objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de urgência e emergência de forma coordenada pela atenção básica, é necessário muito mais do que a ampliação da rede de serviço: é necessário, de forma qualificada e resolutiva, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.



Fonte: SAS/MS, 2011.

Diante do cenário de saúde apresentado, entre os desafios encontrados, tem-se o da avaliação da atenção primária ou dos sistemas de saúde nela baseados, levando com isso o desenvolvimento de ferramentas de avaliação. Dentre elas, destaca-se o PCATool, usado neste trabalho e que será objeto de comentários adicionais.

2.1 A Avaliação do Cuidado na Atenção Primária Através do PCATool

Harzheim (2013, p. 275) relata que,

Num momento de forte expansão da APS na Américas e, principalmente, no Brasil, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange as características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde.

De acordo com Fernandes et al. (2009, p. 931):

A não realização de controle de saúde no PSF implicou maior associação com internações por condições sensíveis e a falta de vínculo com o PSF manteve-se no modelo multivariado final, registrando uma probabilidade duas vezes maior de internações por condições sensíveis ao cuidado primário.

Ainda sobre o tema, Boing et. al. (2012, p.1) concluiu que “houve redução substancial nas internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 e 2009, porém algumas doenças apresentaram estabilidade ou acréscimo, exigindo atenção do setor saúde”.

Segundo Harzheim (2013, p. 284) o PCATool versão adulto é um instrumento para medir a presença e extensão dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, além do grau de afiliação do usuário ao serviço de saúde. “O PCATool foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian em 1966. Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010, p. 10). Devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o PCATool preenche a devida lacuna, promovendo informações individuais sobre a estrutura. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

O sistema foi criado por Barbara Starfield, médica pediatra e mestre em saúde pública que dedicou sua vida aos estudos da APS na Universidade John Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos. Seu objetivo era a criação de um Sistema de Atenção Primária à Saúde efetiva que leva em consideração a necessidade de treinamento profissional, estimulando a pesquisa e levando a conhecimento de gestores da saúde a importância destas condicionantes que auxiliariam no desenvolvimento de um sistema efetivo.

O manual do PCATool é dividido em quatro atributos essenciais e três outras características, chamadas atributos derivados, que qualificam as ações dos serviços de APS (STARFIELD, 2001), são eles:

- Acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema.

- Longitudinalidade: presença de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo.
- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária.
- Coordenação da atenção: alguma forma de continuidade seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos.

Quanto aos atributos derivados, tem-se:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado.
- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade.
- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Através da ferramenta para análise de internações desnecessárias, Ferrer e Grisi (2016, p. 513), chegaram à conclusão, que o Brasil possui uma alta taxa de ICSAP. Das 501 pessoas entrevistadas em São Paulo, chegou-se ao alarmante percentual de 65% de internações desnecessárias.

A mesma conclusão acompanhou outro estudo relacionado à Atenção Primária que utilizou o PCATool como ferramenta de medição. De acordo com Paula (2016, p. 343):

Os usuários das unidades básicas de saúde avaliaram como insatisfatórios atributos considerados fundamentais para uma atenção à saúde mais equânime e concorrente para autonomia do usuário e controle social. Infere-se que ainda existem obstáculos que dificultam o acesso dos usuários aos serviços básicos de saúde e que ações do cuidado ainda estejam sendo desenvolvidas sem privilegiar a participação do usuário e o contexto comunitário onde vivem.

Diante disso, em um país com tantos desafios no campo do cuidado à saúde, incluindo a demanda crescente por cuidados nos diversos níveis de atenção, o custeio das ações nos níveis de complexidade mais elevada, deve ser calcado na análise adequada da demanda acompanhada pelo desenvolvimento de medidas que permitam geri-la com melhoria da qualidade.

3 OBJETIVOS

1. Realizar a avaliação de uma população de pacientes internados em terapia intensiva adulto, por condição sensível à Atenção Primária, por meio do PCATool.
2. Verificar a influência de fatores sócio- demográficos e relacionados ao paciente no desempenho da atenção primária, avaliada pelo PCATool, em pacientes internados em Terapia Intensiva por CSAP.

4 MÉTODOS

4.1 Desenho e cenário do estudo

O instrumento PCATool é composto por 87 itens, divididos em 10 componentes em relação aos atributos da APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2010, p. 33). As respostas são em escala *Likert*, sendo “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=0). As respostas marcadas com “não sei/não lembro” foram consideradas como “provavelmente não” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Ao formulário foi acrescentado a opção 0, sendo utilizada para relatar situações que “não se aplicam”. Os valores que, originalmente, variam em escala de 1 a 4, foram transformados em escala contínua de 0 a 10, conforme a fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})$$

$$\text{Ou seja} \quad \frac{(\text{escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

Para o cálculo do escore essencial, é necessário que seja realizado a soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais, mais o grau de filiação, dividido pelo número de componentes. É considerado escore essencial os atributos: Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Coordenação e Integralidade.

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva, em que pacientes admitidos em UTI's, com CSAP, foram avaliados por meio de entrevistas e dados dos prontuários. As entrevistas de campo foram realizadas por meio do questionário da *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) –Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Foi realizado um pré teste com 20 pacientes visando avaliar possíveis dificuldades na utilização do formulário.

Ao se realizar o pré-teste, utilizando-se de todos os atributos, foi gasto um tempo de aproximadamente uma hora e vinte minutos na entrevista. Considerando que os pacientes se encontravam em um quadro clínico crítico (por estar internado em uma UTI), optou-se pela não realização da entrevista referente ao atributo Integralidade, restringindo-se apenas as perguntas aos atributos Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade e Coordenação, visando reduzir o

tempo da entrevista. Para tomada de decisão foi observado o conteúdo das perguntas e sua relação com as internações hospitalares, como demonstrado a seguir.

O atributo integralidade é dividido em dois: serviços disponíveis e serviços prestados. No atributo serviços disponíveis, encontram-se questões como: participação em programas sociais, programas de suplementação nutricional, vacinação, avaliação de saúde bucal, planejamento familiar, uso de drogas, programa de saúde mental, dentre outros. No atributo serviços prestados, tem-se questões como: alimentação saudável, segurança do lar, testes sanguíneos, possíveis exposições a substâncias perigosas, uso de armas de fogo, prevenção de queimaduras e quedas, dentre outras. Avaliou-se que a relação destes itens com a internação era menos evidente do que as encontradas nos atributos: Acesso de primeiro contato: Utilização; Acesso de Primeiro Contato: Acessibilidade; Longitudinalidade; Coordenação: Integração de cuidados; e Coordenação: Sistemas de informação, que apresentam questões como: se o serviço funciona final de semana, 24hs por dia, durante a noite, tempo de espera para ser atendido, se é difícil conseguir atendimento médico, se quando precisa de realizar uma revisão médica, qual serviço procura, se é sempre o mesmo profissional que o atende, se o paciente se sente à vontade na consulta, se o profissional o conhece como pessoa, informações referentes ao encaminhamento de consultas especializadas, dentre outras (para maior detalhes, verificar anexo V).

É considerado alto escore aquele com valor $>6,6$, que corresponde na escala de 1 a 4 ao escore 3 (“provavelmente sim”). (GONÇALVES, 2015).

A opção pelas dimensões de acesso, longitudinalidade e coordenação, foi feita em virtude de serem as que, provavelmente, melhor se relacionam com o desfecho internação em UTI. A pesquisa de campo ocorreu no período de Março a Setembro/2016.

4.2 Participantes

Os critérios de inclusão no estudo foram: (1) Pacientes internados na UTI no período de Março de 2016 a Setembro de 2016 que possuem como causa da internação os CID’S descritos no anexo I; (2) Pacientes aptos a responder à entrevista; (3) pacientes maiores de 18 anos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado a todos os pacientes incluídos ou seus responsáveis (anexo IV).

Os dados foram coletados em um hospital de grande porte de Belo Horizonte, sendo selecionada a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Os critérios para seleção do hospital foram: 1) Estar presente no Estado de Minas Gerais; 2) Possuir mais de 90 leitos de UTI com financiamento Federal e/ou Estadual; 3) Ser considerado Hospital de retaguarda para Rede de Urgência e Emergência; 4) Ser Hospital geral.

Com o objetivo de diversificar a amostra, foi selecionado um hospital adicional da região metropolitana, o Hospital Risoleta Tolentino Neves, com os seguintes critérios: possuir mais de 30 leitos de UTI com financiamento Federal e/ou Estadual; ser considerado Hospital de retaguarda para Rede de Urgência e Emergência (Credenciado na alta complexidade). Iniciada a coleta de dados percebeu-se, após o terceiro mês, a necessidade de exclusão do Hospital Risoleta Tolentino Neves do estudo. No decorrer da busca ativa observou-se que devido à gravidade dos pacientes, aproximadamente 70% dos mesmos encontravam-se fora de condições para responder ao formulário proposto, devido à confusão mental (ocasionado pelo uso de medicamentos) e uso de dispositivo mecânico de respiração. Diante do cenário, foi mantida a coleta de dados exclusivamente na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

4.3 Coleta de dados

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob número CAAE – 50796115.4.0000.5149.

Primeiramente foi realizada uma análise da lista Brasileira das condições sensíveis à Atenção Primária (anexo I). Em seguida, foi realizada uma busca ativa dos pacientes, ainda internados na UTI, com diagnóstico de internação do Código Internacional de Doença (CID's) descrito no Anexo I, para o preenchimento de questionário estruturado (Anexo V). Além da investigação da condição que motivou a internação, foi também investigado os diagnósticos secundários relacionados às condições clínicas/agravantes associadas ao diagnóstico que motivou a internação. Como dados adicionais foram coletadas do prontuário médico informações sobre a alfabetização dos pacientes, presença de fatores de risco e Diabetes Mellitus (DM). A definição para classificação de municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) foi utilizado a partir dos dados do IBGE. Como fatores de risco, foram considerados: Hipertensão, tabagismo, sedentarismo, obesidade e dislipidemia. Tais dados foram colhidos através de consulta em prontuário médico. A presença de DM foi considerada em um grupo separado pois

sua ocorrência constitui, em si, fator de risco que, isoladamente determina desfechos clínicos da mesma natureza que a presença já diagnosticada de doença coronariana, arterial periférica ou Acidente Vascular Cerebral (AVC).

4.4 Amostra

No ano de 2015 a Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, apresentou um total de 8.675 diárias de internações em UTI por CSAP, conforme demonstrado por grupo no anexo III, representando 17% das diárias em UTI da Santa Casa (Fonte: DATASUS/TABWIN/SIHD). Foi estimado o tamanho amostral de 300 indivíduos para obter 80% de poder estatístico, na estimativa da proporção de pacientes internados na UTI por CSAP, considerando o escore acima de 6,6 em todos os domínios. A precisão (erro amostral) foi de 0,08 e o nível de significância de 0,05 (95% de confiança). O teste utilizado foi o teste Z para estimar uma proporção. O software utilizado foi o Minitab versão 14.

A amostragem foi aleatória, obtidas com pacientes que estivessem na UTI no momento em que se dava as visitas, que foram realizadas três vezes por semana, com duração de 3 horas em cada dia, no período de 07 meses. As entrevistas no momento das visitas foram realizadas com todos os pacientes internados por CSAP's e em condição de responder o questionário.

5 RESULTADOS

As características descritivas da população estudada são apresentadas na tabela 1 e 2. Pode-se perceber que o grupo se apresentou relativamente homogêneo em relação ao sexo: masculino n= 163 (53,8%) e feminino n=140 (46,2%). A idade dos entrevistados variou de 26 a 93 anos, destacando-se pela prevalência o grupo com idade igual ou superior a 60 anos, correspondendo a 177 pessoas (58,42%). Quanto à cidade de origem, Belo Horizonte se destaca, haja vista que 192 pessoas (63,37%) lá residem. Quanto ao grupo de doenças, aquele que mais gerou internação em UTI, segundo a classificação do Ministério da Saúde de ICSAP, foi o grupo 10, denominado angina, contendo apenas o CID I20. Neste grupo observou-se 78,88% das internações, representando 239 pacientes. A seguir foram listados a presença de fatores de risco. Observou-se que a grande maioria apresentava dois ou mais fatores, representando uma população de 49,5% (n=150). A presença de DM foi observada em 29,7% dos pacientes entrevistados.

Tabela 1- Características descritivas da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.

	<i>n</i>	%
Idade (anos)		
18-39	11	3,63
40-59	115	37,95
>= 60	177	58,42
Sexo		
Masculino	163	53,80
Feminino	140	46,20
Cidade de Origem *		
BH	192	63,37
RMBH	77	25,41
Interior de MG	34	11,22
Alfabetizado		
Sim	249	82,18
Não	54	17,82
CID's relacionados a internação		
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1	0,33
Pneumonias bacterianas	13	4,29
Doenças pulmonares	4	1,32
Hipertensão	4	1,32
Angina	239	78,88
Insuficiência Cardíaca	31	10,23
Diabetes Mellitus	2	0,66
Infecção no rim e trato urinário	6	1,98
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1	0,33
Doença inflamatória órgão pélvico feminino	1	0,33
Úlcera gastrointestinal	1	0,33

Fonte: tabela da autora

* Para classificação de municípios da região metropolitana foi utilizado os dados do IBGE.

Tabela 2- Comorbidades da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.

	<i>n</i>	%
Fator de risco associado*		
0	20	6,60
1 fator	133	43,89
2 ou mais fatores	150	49,50
Diabetes Mellitus		
Sim	90	29,7%
Não	213	70,3%

Fonte: tabela da autora

*Hipertensão, tabagismo, sedentarismo, obesidade e dislipidemia (National Cholesterol Education Program).

Quanto as entrevistas realizadas, conforme tabela 3, nas perguntas referentes ao grau de filiação (A1, A2 e A3), quais sejam: a presença de um profissional de saúde ou serviço de saúde que geralmente o paciente procura quando está doente; se este serviço possui um profissional de saúde que o conhece como pessoa; e a presença ou não de um profissional de saúde (médico ou enfermeiro) responsável pelo atendimento regular do paciente, respectivamente, observou-se que a grande maioria dos entrevistados 94,1% (n=285) possui um serviço de referência quando fica doente. Entretanto, ao serem questionados se neste serviço existe algum profissional (médico ou enfermeiro) que o conhece como pessoa e se há neste serviço um profissional de saúde que é mais responsável pelo seu atendimento, pode-se observar que o resultado não foi favorável, apresentando em ambas as perguntas um resultado com resposta negativa superior a 50% (61,7% e 54,1%, respectivamente).

Tabela 3- Grau de filiação da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.

	<i>n</i>	%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente procura quando fica doente ou precisa de conselhos sobre sua saúde?		
Sim	285	94,1%
Não	18	5,9%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?		
Não	187	61,7%
Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima	1	0,3%
Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente	115	37,9%
Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável pelo seu atendimento de saúde?		
Não	164	54,1%
Sim, mesmo que A1 & A2 acima.	2	0,6%
Sim, o mesmo que A1 somente.	113	37,3%
Sim, o mesmo que A2 somente.	23	7,6%
Sim, diferente de A1 & A2	1	0,3%

Fonte: tabela da autora

Ao avaliarmos os resultados por atributo, conforme a tabela 4 temos: no atributo acesso de primeiro contato: utilização, composto por 3 perguntas, e acesso de primeiro contato: acessibilidade, composto por 12 perguntas, que dizem respeito da acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, observou-se um resultado favorável para o primeiro (utilização), com 80,5% (n= 244) dos entrevistados apresentando um escore adequado e um resultado muito pouco favorável para o segundo (acessibilidade), sendo que 98,7% (n= 299) dos entrevistados apresentaram um escore inferior ou igual a 6,6, respectivamente.

Ao avaliarmos o atributo longitudinalidade, item composto por 14 perguntas, que diz sobre a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo, sendo que a relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde, observou-se que 59,1% (n=179) possui um escore inferior ou igual a 6,6.

No atributo Coordenação: integração de cuidados, composto por 10 perguntas, e no atributo Coordenação: sistema de informação, composto por 3 perguntas, que pressupõem alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, em que o provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços observou-se que 75,2% (n= 228) e 83,2% (n=252) apresentaram escore inferior ou igual a 6,6, respectivamente.

Tabela 4- Resultado consolidado dos escores conforme o atributo, da população estudada, internada em unidade de Terapia Intensiva da Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016.

Atributo	Pacientes com escore > 6,6	
	n	%
Acesso- Primeiro contato: UTILIZAÇÃO	244	80,5%
Acesso- Primeiro contato: ACESSIBILIDADE	4	1,3%
Longitudinalidade	124	40,9%
Coordenação- INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	75	24,7%
Coordenação- SISTEMA DE INFORMAÇÃO	51	16,8%

Fonte: tabela da autora

Ao se realizar uma análise de associação bivariada, observou-se os resultados apresentados nas tabelas de 5 a 8.

Verificou-se que a variável sexo, apresentou associação positiva com os atributos longitudinalidade (p=0,03), coordenação: integração de cuidados (p=0,013) e coordenação: sistemas de informação (p=0,02).

Tabela 5- Análise de associação bivariada entre a variável sexo da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016

Atributo	Masculino <i>n</i> = 163	Feminino <i>n</i> = 140	<i>p</i>
Acesso de primeiro contato- UTILIZAÇÃO	125 (76,7%)	119 (85%)	0,068 (*)
Acesso de primeiro contato – ACESSIBILIDADE	2 (1,2%)	2 (1,4%)	1 (**)
LONGITUDINALIDADE	54 (33,1%)	70 (50,0%)	0,03 (*)
Coordenação – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	31 (19,0%)	44 (31,4%)	0,013 (*)
Coordenação – SISTEMA DE INFORMAÇÕES	128 (78,5%)	124 (88,6%)	0,02 (*)

Fonte: tabela da autora

*- Teste realizado: qui quadrado

** - Teste realizado: fisher"s

Na variável idade, nota-se significância apenas no atributo acesso de primeiro contato: Utilização, evidenciando que o grupo de 60 anos ou mais apresenta um escore superior a 6,6 em 88,1% dos entrevistados.

Tabela 6- Análise de associação bivariada entre a variável idade da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016

Atributo	18-39	40-59	60 ou mais	<i>p</i>*
Acesso de primeiro contato- UTILIZAÇÃO	6 (54,5%)	82 (71,3%)	156 (88,1%)	<0,001
Acesso de primeiro contato – ACESSIBILIDADE	0 (0%)	2 (1,7%)	2 (1,1%)	1
LONGITUDINALIDADE	3 (27,3%)	43 (37,4%)	78 (44,1%)	0,145
Coordenação – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	1 (9,1%)	28 (24,3%)	46 (26,0%)	0,358
Coordenação – SISTEMA DE INFORMAÇÕES	8 (72,7%)	91 (79,1%)	153 (86,4%)	0,06

Fonte: tabela da autora.

* Teste realizado: qui quadrado linear

Analisando o local de consulta, é possível evidenciar que apesar da significância estatística observada, o Centro de Saúde destacou-se no atributo acesso de primeiro contato: utilização, que diz da utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema de saúde.

Tabela 7- Análise de associação bivariada entre a variável local de consulta da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016

Atributo	Centro de saúde	Hospital público	Clínica de especialidades SUS	UPA	Pronto Socorro SUS	Atendimento privado	<i>p</i> *
Acesso de primeiro contato: UTILIZAÇÃO	173 (94,5%)	9 (56,3%)	5 (100%)	46 (55,4%)	5 (83,3%)	6 (60%)	0,001
Acesso de primeiro contato: ACESSIBILIDADE	2 (1,1%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0,058
LONGITUDINALIDADE	102 (55,7%)	3 (18,8%)	5 (100%)	5 (6,0%)	3 (50%)	6 (60%)	0,001
Coordenação: INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	64 (35%)	3 (18,8%)	4 (80%)	1 (1,2%)	2 (33,3%)	1 (10%)	0,001
Coordenação: SISTEMA DE INFORMAÇÕES	162 (88,5%)	12 (75%)	4 (80%)	64 (77,1%)	5 (33,3%)	5 (50%)	0,009

Fonte: tabela da autora

*Teste realizado: fisher"s

Ao se avaliar a variável Diabetes Mellitus (DM), pode-se observar que os pacientes portadores desta patologia realizaram, de forma geral, uma pior avaliação dos atributos, tendo havido significância estatística no atributo coordenação: sistemas de informação ($p=0,016$).

Tabela 8- Análise de associação bivariada entre a variável DM da população estudadas e o atributo, com desfecho do escore superior a 6,6, para internação por CSAP na Santa Casa de Belo Horizonte, MG, Março a Setembro/ 2016

Atributo	DM: Sim	DM: Não	P-valor
Acesso de primeiro contato- UTILIZAÇÃO	78 (36,6%)	166 (77,9%)	0,079 (*)
Acesso de primeiro contato – ACESSIBILIDADE	1 (0,47%)	3 (1,41%)	1 (**)
LONGITUDINALIDADE	40 (18,8%)	84 (39,4%)	0,418 (*)
Coordenação – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS	23 (10,8%)	52 (24,4%)	0,833 (*)
Coordenação – SISTEMA DE INFORMAÇÕES	82 (38,5%)	170 (79,8%)	0,016 (*)

Fonte: tabela da autora

*- Teste realizado: qui quadrado

** - Teste realizado: fisher"s

As variáveis: cidade, fatores de risco e grupo de CID, não apresentaram significância estatística.

6 DISCUSSÃO

6.1 Aspectos Metodológicos

A necessidade da avaliação da Atenção Primária (AP) foi apontada em grande número de estudos, mas, os instrumentos para essa avaliação podem apresentar diferentes abordagens metodológicas, podendo se prestar a avaliar grandes grupos a partir de banco de dados ou grupos de menores números de usuários a partir de questionários, surveys, etc. Neste estudo escolheu-se a alternativa de avaliar o cuidado na atenção primária com instrumento conhecido e validado, em um conjunto de pacientes com uma condição clínica em que se supõe que um cuidado adequado pode evitar ou reduzir as internações. Essas condições são as CSAP, cuja proporção no conjunto das internações hospitalares representam um marcador de qualidade dos cuidados na atenção primária. (FERNANDES et. al. 2009).

Esse estudo fez a opção de examinar as ICSAP's de uma outra perspectiva, utilizando-se de avaliar um instrumento de avaliação da APS em pacientes individuais internados em uma unidade de saúde. A internação por CSAP não é usada como desfecho, mas sim um critério de inclusão para se avaliar o cuidado primário. Os desfechos avaliados são aqueles relacionados a qualidade da atenção, conforme avaliados pelo usuário. São poucos os estudos que fazem essa opção metodológica, mas ela tem a possibilidade de levar em consideração aquilo que ocorre no local de atendimento.

A busca de se analisar uma população de terapia intensiva (conforme indicado na introdução) resultou da preocupação com a falta de leitos de UTI no Estado de Minas Gerais e da suposição de que o cuidado primário adequado teria a possibilidade de evitar ou reduzir desfechos clínicos que levassem o paciente a terapia intensiva. Embora o desenho do estudo não permita comprovar esta hipótese, ele reforça a necessidade de que a mesma seja cuidadosamente investigada.

Existe um possível viés na escolha de pacientes de Terapia Intensiva na medida em que eles podem constituir o grupo que pior se cuida (possibilidade não investigada), mas que, a princípio não invalidariam os resultados. Outro aspecto importante desta população seria o viés relacionado ao fato de estarem doentes e, portanto, tenderem a uma pior avaliação de seus cuidados anteriores.

Cabe ainda destacar que as internações por CSAP não são evitáveis em sua totalidade, podendo constituir parte da história natural das doenças ou até mesmo, conforme destacam alguns estudos, resultado de um maior acesso ao início da implantação de um sistema de atenção primária. Feitas essas observações o estudo aponta para o fato de que, na amostra escolhida a avaliação do cuidado em Atenção Primária a Saúde foi em geral mal avaliado.

6.2 Características descritivas da população estudada

Nota-se que Belo Horizonte constitui-se a principal origem dos pacientes, correspondendo à 63,37% (n= 192) das internações em UTI por CSAP, que pode ser explicada pela localização e porte do hospital estudado. Entretanto, o fato de 25,41% (n=77) dos entrevistados serem moradores da Região metropolitana de Belo Horizonte e 11,22% do interior de Minas Gerais, pode ser explicado pela importância do hospital estudado como referência no Estado de Minas Gerais. Segundo Botega, Rodrigues e Andrade (2006) “a maioria dos aglomerados de saúde encontra-se em regiões onde se concentra a maior parte da população estadual e o melhor perfil socioeconômico”. Ainda segundo Botega e colaboradores, (2006)

Algumas macrorregiões de saúde, não parece haver resolubilidade dos seus serviços de saúde, seus pacientes residentes têm de percorrer elevadas distâncias para obterem o serviço de saúde necessário, principalmente nos atendimentos de alta complexidade, que se encontram concentrados em alguns municípios.

Conforme Fernandes et. al. (2009, p. 928), as altas taxas de hospitalizações evitáveis em idosos, podem justificar o percentual deste estudo, no qual o grupo de pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, correspondem a 58,42% das internações. Este fato se explica também pela elevada prevalência de condições cardíacas na amostra estudada.

Ao se analisar o grupo de doenças que mais gerou internação em UTI, notou-se uma alta incidência de internações com angina (78,88%), o que evidencia que a população estudada está exposta a um cenário de risco para doenças cardíacas, conforme demonstrado pelo grande percentual de pacientes com dois ou mais fatores de risco cardiovascular (49,5%) e DM (29,7%).

Segundo Xavier et. al. (2008, p. 1543):

a alta incidência da doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM) e acidente vascular cerebral (AVC) resulta da longa interação de fatores de risco, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), *diabetes mellitus* (DM), dislipidemias, tabagismo, sedentarismo, estresse e obesidade. O controle e acompanhamento com vigilância à saúde dos idosos pode melhorar a adesão aos tratamentos e diminuir a incidência de eventos agudos.

O hospital estudado apresenta atualmente 155 leitos de UTI, sendo destes, 40 leitos coronarianos (representando 90% dos dados coletados), 75 leitos clínicos e 40 leitos pós-operatório. Apesar do possível viés de seleção que resulta da amostra com predomínio de cardiopatas e principalmente, coronariopatas, foi possível apontar que os indicadores de qualidade obtidos a partir dos questionários estavam ruins, principalmente se levado em conta a necessidade de uma fonte continuada de atenção desta população, o que pode ser avaliado por meio do atributo longitudinalidade, que indicou que 59,1% dos entrevistados apresentam escore inferior à 6,6.

Dos 19 grupos classificados na lista de ICSAP, foram representados na tabela 1 apenas 11. Os demais não apresentaram nenhuma internação no decorrer do estudo.

A presença de dois ou mais fatores de risco em 49,5% da população estudada pode indicar a importância de um cuidado de melhor qualidade para se buscar um menor número de internações por CSAP, na direção contrária ao que o estudo indicou, na medida em que os atributos em geral, mostraram-se em mal avaliados.

Ao observarmos a variável “sexo”, percebe-se o predomínio do sexo masculino, representando 53,80% das internações, situação ligeiramente diferente da apresentada por Boing et. al. (2011) com dados colhido entre 1998 a 2009, em que ocorreram 34.304.012 internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, sendo, 48,1% entre os homens e 51,9% entre as mulheres.

6.3 Características de grau de filiação da população estudada

Ao avaliarmos o atributo grau de filiação, tal resultado sugere que os pacientes apresentam um serviço de referência, porém neste serviço, na grande maioria, não mantêm vínculo pessoal e profissional adequado com os responsáveis pelo seu atendimento. Uma possibilidade pode ser levantada a partir do relato informal por parte de alguns entrevistados, segundo os quais nos

serviços de saúde, principalmente voltados para atenção básica, existe uma grande rotatividade de profissionais de saúde, dificultando assim o vínculo. Percentual de 55,1% dos pacientes afirmam que com “certeza não” ou “provavelmente não” é o mesmo médico ou enfermeiro que o atende todas as vezes no serviço de saúde indicado.

6.4 Consolidado dos escores conforme o atributo

Ao analisarmos o resultado do atributo acesso de primeiro contato: Utilização, único atributo com melhor avaliação (80,5% apresenta escore superior a 6,6), pode-se evidenciar a fidelidade dos pacientes, aos serviços que apontam como referência.

Entretanto, ao avaliar o atributo acesso de primeiro contato: acessibilidade, os resultados sugerem a fragilidade do sistema de saúde neste quesito fundamental para que o cuidado ocorra a tempo e a hora, o que é também fundamental para continuidade do mesmo. Segundo Gill (1998, p.352), a continuidade do cuidado está associada a uma menor probabilidade de hospitalização futura. É possível que as políticas que encorajam os pacientes a concentrar seus cuidados em um único provedor, que o acolha oportunamente, pode levar a menores taxas de hospitalização e possivelmente custos mais baixos de cuidados de saúde. Os dados sugerem que apesar dessa concentração ocorrer (acesso de primeiro contato- utilização) há dificuldades para que o cuidado seja oportunizado (acesso de primeiro contato- acessibilidade).

No atributo longitudinalidade, os resultados sugerem a fragilidade de vínculo entre as partes, que pode ser explicado pela grande rotatividade (55,1% dos pacientes afirmam não ser o mesmo médico ou enfermeiro que o atende todas as vezes no serviço) e ainda pela superlotação dos serviços, diminuindo assim o tempo das consultas (segundo informações colhidas informalmente por parte dos entrevistados).

Ao avaliar o atributo coordenação: integração de cuidados, tal resultado pode sugerir uma dificuldade do sistema de saúde, quando falamos de articulação entre cuidado primário e secundário. Além disso, dos pacientes internados, 11,9% (n=36) nunca realizaram consultas especializadas, podendo assim esses dados afetarem parcialmente o resultado final referente a este atributo. Aos que nunca fizeram consulta especializada, para as perguntas que seguem no formulário (referente a esse item), foi assinalado a opção zero (não se aplica), e para transformação no escore de 0 a 10, o valor 0 foi transformado em 1 (valor mínimo).

Observando os resultados do último atributo, coordenação: sistemas de informação, observa-se uma possível falta de compromisso/informação acerca da importância dos documentos tais como exames, sumários de alta, relatórios médicos, e a falta de conhecimento do mesmo sobre as informações contidas em seu prontuário.

6.5 Associação bivariada entre a variável e o atributo

Observou-se que em relação a variável sexo, nos atributos longitudinalidade ($p=0,03$), coordenação: integração de cuidados ($p=0,013$) e coordenação: sistemas de informação ($p=0,02$), houve a significância estatística e pode-se perceber uma maior frequência de mulheres no grupo de desempenho adequado nestes atributos. Tal resultado pode estar relacionada ao fato de que as mulheres utilizam com maior frequência uma fonte continuada de atenção, assim como participam mais de ações de promoção, prevenção e cura. Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007, p.565) observa que a frequência de homens nos serviços de atenção primária é menor do que a das mulheres. Com respeito as altas taxas de morbimortalidade do sexo masculino, há autores que associam esse fato à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina (GOMES, NASCIMENTO E ARAÚJO, 2007).

Na variável idade, somente o atributo acesso de primeiro contato: Utilização, apresentou significância estatística, indicando que os pacientes agrupados de 60 anos ou mais, utilizam mais o serviço de saúde indicado no início do questionário, sugerindo um maior vínculo do usuário com o serviço. Os dados apontam para outro fato que diz respeito à diferença favorável de adesão a serviços de saúde conforme a faixa etária 60 anos ou mais. Observa-se que dos 182 entrevistados e que indicaram o Centro de Saúde como serviço de referência, 64,8% possuem 60 anos ou mais.

Na variável local de consulta, outro item que se identificou significância estatística, no atributo primeiro acesso: utilização, percebe-se uma maior frequência do escore adequado para usuários da clínica de especialidades SUS. Entretanto o pequeno número de pacientes não permite conclusões definitivas, podendo-se especular que os pacientes que chegam a ser encaminhados para atenção secundária sentem-se melhor atendidos. Cabe destacar também que o centro de

saúde neste item obteve 94,5% de avaliação adequada, indicando que esse local é importante referência de procura dos entrevistados para seus cuidados.

No atributo acesso de primeiro contato: acessibilidade, cabe destacar que neste item todos os locais de atendimento foram mal avaliados. A avaliação ruim do centro de saúde pode se dever em parte à organização do atendimento que não contempla horário noturnos e de final de semana (na maioria das vezes), conforme apresentados nas perguntas c1 e c2, sendo necessário recorrer ao serviço com atendimento 24hs. Além do mais, esse paciente que não é atendido nos finais de semana e a noite no centro de saúde, não avalia bem a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e os Pronto Atendimentos (PA's). Entretanto, o questionário também apresenta perguntas referentes a acesso em caso de problemas agudos, tempo de espera, dentre outras, que no caso de uma avaliação ruim indicam problemas de acesso. Ao avaliar a pergunta, c10 e c12 que se referem ao alto tempo de espera para agendar uma hora no serviço de saúde e se é necessário faltar o trabalho ou escola para ir ao serviço de saúde, tem-se resposta positiva de 79,5% e 72,2% respectivamente. Nas perguntas, c8 referente a se ter fácil acesso a consulta de rotina e c9 referente a tempo de espera para consulta ser superior a 30 minutos, observa-se que em 48,5% e 43,6% (respectivamente) do total de entrevistados indicaram “sim” ou “provavelmente sim” em suas respostas. Entretanto, apesar da dificuldade do acesso observado nas respostas, nota-se que na pergunta c11, onde os mesmos são questionados sobre a dificuldade de se conseguir atendimento médico, apenas 25,7% por pacientes responderam positivamente. A satisfação de 74,3% dos entrevistados, pode ser refletida pela simples satisfação de se conseguir uma consulta médica.

Nos atributos longitudinalidade e coordenação: integração de cuidados, observa-se maior frequência da clínica de especialidades SUS apresentando escore adequado. Os dois itens dizem de importantes parâmetros de pacientes crônicos, com fatores de riscos. Entretanto a má avaliação do centro de saúde (55,7% e 35% respectivamente, dos dois itens citados acima), chama a atenção para uma possível falta de vínculo e integração entre atenção primária e secundária, entre outros fatores.

Já no atributo coordenação- sistema de informação percebe-se que o centro de saúde apresentou melhor resultado, pressupondo que estes serviços possuem alguma forma de continuidade por meio de prontuários médicos e outros documentos.

Quando somadas as percentagens de diabéticos e portadores de dois ou mais fatores de risco, indica-se que 79,2% da população estudada já necessitaria de um APS de qualidade, visto que a presença de fatores de risco demanda de acompanhamento. Apesar disso, o estudo mostrou que de forma geral os pacientes com DM apresentaram escore pior que os não diabéticos (ver tabela 7). Apesar da significância estatística ocorrer somente no atributo Coordenação: Sistemas de informações, pode-se sugerir que os pacientes com DM não se sentem bem acompanhados, por isso avaliaram mal o sistema de saúde.

As variáveis: cidade, fatores de risco e grupo de CID, não apresentaram significância estatística.

7 CONCLUSÃO

Foi possível concluir que a avaliação dos cuidados da APS de uma população de pacientes atendidos em um CTI de um hospital de grande porte de Belo Horizonte, por CSAPs, de forma geral não foi considerada adequada a partir do questionário empregado.

Embora o centro de saúde seja um importante local de atendimento para os pacientes, conforme avaliação do atributo acesso de primeiro contato: utilização, particularmente na população estudada (prevalentemente idosa e portadora de 2 ou mais fatores de risco) a avaliação do cuidado nos demais atributos foi de modo geral ruim, com destaque para pacientes com DM que avaliaram negativamente sua assistência.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados, este estudo aponta para a importância de se avaliar o cuidado prestado pela atenção primária com o intuito entender os indicadores relacionados a internações hospitalares evitáveis. Em conformidade ao apresentado, sugere-se que possíveis melhorias na Atenção Primária à Saúde possam vir acompanhadas de reduções nas taxas de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Sugere-se a diminuição de barreiras ocasionadas por horário de funcionamento das UBS's, além do estímulo ao vínculo pessoal e profissional, entre os pacientes e profissionais de saúde, como possíveis medidas para melhoria dos indicadores. Destaca-se a possibilidade da utilização de dados oriundos dos instrumentos como o PCATool e as ICSAP para a orientação à gestores, profissionais e pesquisadores, sobre ações que podem ter impactos e melhorias nas condições de vida e na incidência de agravos (redução de fatores de riscos) da população, principalmente idosa.

Por fim, a pesquisa propõe que se possa incluir em estudos subsequentes a avaliação do impacto financeiro das internações em UTI por CSAP, verificar a possibilidade de que uma eventual economia possa ser revertida em ações de prevenção a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, *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)**. Rio de Janeiro, vol. 25, n.6, pp. 1337-1349. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 20 de Mar. de 2015.

ANNALS OF FAMILY MEDICINE. Jeannie L. Haggerty, PhD1, Raynald Pineault, MD, PhD2, Marie-Dominique, Beaulieu, MD, MSc3 Yvon Brunelle, MA4, Josée Gauthier, MSc5, François Goulet, MD6, Jean Rodrigue, MD7. Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *In: Annals of family Medicine*. Vol. 6, nº2, March/April 2008, p.116-123.

ANSARI Z, CARSON N, SERRAGLIO A, BARBETTI T, CICUTTINI F. **The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: reducing demand on hospital services in Victoria**. *Aust Health Rev* 2002; 25(2):71-77. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12756887>. Acesso em 03 Fev. 2017.

ARAUJO, Lavínia Uchôa Azevedo de et al. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde sob a perspectiva do idoso**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3521-3532, Ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803521&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

BOING, Antonio Fernando et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *In: Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.2 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2017.

BOTEGA, Laura de Almeida; RODRIGUES, Roberto Nascimento; ANDRADE, Mônica Viegas. Distribuição Espacial das Internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. *In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 15., 2006, Caxambú – MG. Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais. Belo Horizonte: ABEP, 2006.*

BRASIL. **DATASUS/SIHD - Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado**. Nº diárias de UTI aprovadas - Sistema de Informação Hospitalar. 2016. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 Mar. 2016.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, **Ministério da Saúde. Secretaria- Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento**. Avaliação econômica em saúde: desafios para gestão no Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA**. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 21 Mar. 2015.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria n. 221, 17 abril 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70-71, 18 abr. Seção 1.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 20 mai. 2017.

BRASILEIRA MED FAM COMUNIDADE. Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde de crianças e adolescentes com HIV: **PCATool-Brasil**. Rio de Janeiro, 2013 outo-dez: 8(29): 274-84.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de and THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *In: Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.5 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar. 2017.

CARDOSO, Clareci Silva et al . Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *In: Rev Panam Salud Publica*, Washington , v. 34, n. 4, p. 227-234, Oct. 2013 . Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar. 2017.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares; BUTTENBENDER, Dóris Clarita; HOEFEL, Ana Lucia and SOUZA, Leonardo Lemos de. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.2 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2017.

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al . Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. In: **Rev. Saúde Pública**. São Paulo , v. 43, n. 6, p. 928-936, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Mar. 2017.

FERRER, Ana Paula Scoleze and GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. In: **Rev. Assoc. Med. Bras.** [online]. 2016, vol.62, n.6 [cited 2017-02-24], pp.513-523. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302016000600513&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Fev. 2017.

FOLLAND, Sherman; GOODMAN, Allen C; STANO, Miron. **A economia da saúde**. Porto Alegre: Bookman, 5ª ed, 2008.

GILL JM, Mainous AG 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. In: **Archives of family Medicine**. 1998;17 (5):360-367. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9682689>>. Acesso em 15 Fev. 2017.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

GONCALVES, M. R. et al. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. In: **Family Practice**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 238-242, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26124441>>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

HARZHEIM E, OLIVEIRA MMC, AGOSTINHO MR, HAUSER L, STEIN AT, GONÇALVES MR et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *In: Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29):274-84. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)829](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)829)>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

IBGE. **Minas Gerais – Belo Horizonte. Informações estatísticas**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310620>>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

MOURA, Bárbara Laisa Alves et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *In: Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [online]. 2010, vol.10, suppl.1 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2017.

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. **Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) Final Report**. NIH Publication No. 02-5215 September 2002. Disponível em: <<https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/resources/heart/atp-3-cholesterol-full-report.pdf>>. Acesso em 27 jun. 2017.

NEDEL, *et al.* **Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura**. Brasília, vol.19, n. 1, pp. 61-75, jan-mar 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 20 Mar. 2015.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de et al. Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *In: Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2016, vol.50, n.2 [cited 2017-02-24], pp.335-345. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 07 Mar. 2017.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara and EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *In: Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.12 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2017.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Coordenação Estadual de Terapia Intensiva**. Déficit de leitos de UTI no estado de Minas Gerais, por Macro Região. Março, 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Diretoria de Informação em Saúde**. Diárias de UTI geradas por grupo de CSAP, no ano de 2014, em MG. Março, 2015.

SOUZA, Leonardo Lemos de and COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS**. *In: Rev. Saúde Pública* [online]. 2011, vol.45, n.4 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Fev. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 02 Fev. 2017.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. *The Milbank Quarterly* 83.3 (2005): 457–502. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>>. Acesso em 01 Fev. 2017.

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *In: The Journal of Family Practice*, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

UFMG. **Núcleo Observatório de Custos e Economia da Saúde – NOCES/FACE**. Departamento de Ciências Administrativas da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais / CAD/UFMG. Março, 2015.

XAVIER, André Junqueira et al . Tempo de adesão à Estratégia de Saúde da Família protege idosos de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares em Florianópolis, 2003 a 2007. *In: Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1543-1551, Oct. 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Mar. 2017.

ANEXOS

ANEXO I

Lista Brasileira das condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP)

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; 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; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes melitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; 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; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.

ANEXO II

Déficit de leitos de UTI no estado de Minas Gerais, por Macro Região.

Macro-região	População 2013	Necessidade de Leitos UTI Macro-região	População 2013	Necessidade de Leitos UTI Micro-região	Leitos de UTI Disponíveis SUS 2014	Déficit/Superávit
CENTRO	20.734.097	3735	6.480.169	1.167	662	-505
JEQUITINHONHA			388.053	69	20	-49
OESTE			1.272.776	230	81	-149
LESTE DO SUL			694.964	125	55	-70
CENTRO SUL			762.179	138	53	-85
NORDESTE			840.763	152	20	-132
LESTE			1.523.095	274	75	-199
SUDESTE			1.651.433	297	246	-51
NORTE DE MINAS			1.661.130	299	105	-194
TRIÂNGULO DO SUL			752.948	136	56	-80
NOROESTE			691.080	124	53	-71
TRIÂNGULO DO NORTE			1.260.398	227	123	-104
SUL			2.755.109	497	250	-247
TOTAL					20.734.097	3735

Fonte: Coordenação Estadual de Terapia Intensiva/ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais- Agosto-2016

ANEXO III

Diárias de UTI geradas por grupo de CSAP, no ano de 2015, na Santa Casa de Belo Horizonte

Grupo de CSAP	Número de diárias de UTI 2015
Grupo 1	2
Grupo 2	25
Grupo 3	0
Grupo 4	200
Grupo 5	0
Grupo 6	310
Grupo 7	0
Grupo 8	371
Grupo 9	33
Grupo 10	5559
Grupo 11	1103
Grupo 12	690
Grupo 13	99
Grupo 14	02
Grupo 15	72
Grupo 16	69
Grupo 17	28
Grupo 18	110
Grupo 19	2
Total	8675

Fonte: (Fonte: DATASUS/TABWIN/SIHD).- Agosto-2016

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto de Pesquisa: Internações em Terapia Intensiva adulto por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Uma avaliação do cuidado da Atenção Básica em Saúde.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal de Minas Gerais.

Nome do Voluntário: _____

Idade: _____ **Anos**

RG: _____

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de **pesquisa “Internações em Terapia Intensiva adulto por Condições Sensíveis à Atenção Primária: Uma avaliação do cuidado da Atenção Básica em Saúde”**, de responsabilidade do pesquisador Henrique Oswaldo da Gama Torres e Renata Melgaço Gonçalves.

O objetivo desse estudo é avaliar o cuidado na Atenção Básica à Saúde, ou seja, o atendimento realizado nos postos de saúde e pelas equipes de saúde da família, em pacientes que tiveram de ser internados em UTI por doenças que chamadas Condições Sensíveis à atenção Primária. A intenção de se avaliar essas internações é para verificar a qualidade do atendimento nos postos e pelas equipes de saúde da família para esses casos e avaliar a possibilidade de que internações por essas doenças possam ser evitadas. Além disso buscamos saber também a influência de fatores sócio demográficos e sócios-econômicos (idade, sexo, renda, e local de moradia, entre outros) nas internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em UTI. Será realizado um questionário com perguntas que avaliam a qualidade do cuidado para o preenchimento do formulário próprio pelo avaliador, após leitura em voz alta, e destacando a resposta mais adequada do voluntário. Não está prevista a realização de qualquer exame ou o uso de qualquer medicamento. Desta forma, o incomodo previsto com a realização dessa pesquisa consiste no cansaço ou desconforto na realização da entrevista, tendo em vista a condição clínica que motivou sua internação. Por essa razão os pesquisadores se comprometem a interromper a entrevista caso os pacientes demonstrem estarem cansados ou desconfortáveis. **Benefícios esperados:** Espera-se que as informações fornecidas poderão contribuir para a gestão dos leitos de UTI já existentes e para o cuidado dos pacientes, com base na hipótese que os pacientes assistidos adequadamente pela ABS são menos propensos à Hospitalização no nível terciário, particularmente na terapia intensiva. A sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e nada será pago por sua participação. A sra (sr.) não é obrigado a participar dessa pesquisa e pode interrompê-la a qualquer momento que desejar, sem prejuízo de seu atendimento.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.

O(A) pesquisador(a) me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado de Minas Gerais, que atende na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31270-901, Belo Horizonte, MG – Brasil. Endereço eletrônico: coep@prpq.ufmg.br. Telefax: (31) 34094592

Eu _____, RG nº _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Belo Horizonte, ____ de _____ de _____

Nome e assinatura do paciente

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Testemunha

Testemunha

Pesquisador

ANEXO V

INSTRUMENTO PCATool-BRASIL VERSÃO ADULTO

Data da Internação: _____ CID: _____ Diagnóstico Médico: _____

Fator de Risco: _____ Origem: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Campo de Coleta: _____

Instrumento PCATool-Brasil Versão Adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- Não
 Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- Não
 Sim (mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima)
 Sim (médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- Não
 Sim (mesmo que A1 & A2 acima)
 Sim (o mesmo que A1 somente)
 Sim (diferente de A1 & A2)- Por favor, dê o nome e endereço.

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

***Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5). --- Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).**

***Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/ enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).**

***Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).**

***Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).**

***Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).**

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

A5- Esclareça ao entrevistado que: A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B)

B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	Não se aplica
B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não	Não se aplica

					lembro	
C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adoece alguém de lá atende você no mesmo dia?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia?						
C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário?						
C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

D – LONGITUDINALIDADE

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza , sim	Provavelmente , sim	Provavelmente , não	Com certeza , não	Não sei / não lembr o	Não se aplic a
D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou pergunta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

enfermeiro que melhor conhece você?						
D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro” ?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D11 – O seu “médico/enfermeiro”						

sabe a respeito do seu trabalho ou emprego?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

- Sim
- Não (Passe para a questão F1)
- Não sei / não lembro (Passe para a questão F1)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	Não se aplica
-----------------------------------	-------------------------	---------------------------	---------------------------	-------------------------	-----------------------------	----------------------

E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei / não lembro	Não se aplica
F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de exames de laboratório)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0

F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0
F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ?	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 0