



Internações Sensíveis à Atenção Primária: uso de ferramenta decodificadora para estudo das percepções dos profissionais da saúde, São Paulo, Brasil

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

tania.rehem@gmail.com

Universidade de Brasília, DF, Brasil

Emiko Yoshikawa Egry

emiyegry@usp.br

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Suely Itsuko Ciosak

siciosak@usp.br

Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo

No Brasil, em decorrência da implantação do Sistema Único de Saúde, houve nos últimos anos o crescimento da oferta de serviços na atenção primária, indicando a ampliação de acesso a esses serviços. Um dos desafios no atendimento às necessidades de saúde da população tem sido a avaliação e o monitoramento destes serviços. A lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária é um dos instrumentos para esta avaliação. O objetivo deste estudo foi compreender como os profissionais de saúde percebem a internação de usuários sob seu acompanhamento, com diagnósticos que fazem parte desta lista. É um estudo descritivo e exploratório, do tipo qualitativo, performado na cidade de São Paulo, no qual fizeram parte profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que forneceram os dados através de entrevista. Particularmente neste estudo intentou-se destacar a potencialidade de uma ferramenta decodificadora aplicada aos discursos dos pesquisandos. A ferramenta mostrou-se potente para a realização deste estudo, na medida em que ressaltou, no material coletado, as estruturas mais significativas, objetivando na análise aquilo que é subjetivo da percepção dos profissionais. O estudo apontou que na percepção de profissionais essas internações ocorrem em decorrência de vários fatores, entre eles: pouca escolarização dos



usuários; dificuldade de eles entenderem as recomendações e aderirem ao tratamento; ter hábitos alimentares pouco saudáveis; dificuldades decorrentes de fatores ambientais e socioeconômicos. Admitem que a atenção primária sozinha não é suficiente para enfrentar os problemas de saúde. O estudo mostra que as práticas assistenciais são fundadas nas teorias multicausais que ficam limitadas diante dos determinantes sociais da saúde e da doença. Interpretadas dessa maneira, as intervenções encontram-se reduzidas, de forma pontual, segmentada e sem articulação com a totalidade maior a que o fenômeno está inscrito.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Avaliação; Metodologia de pesquisa

Abstract

In Brazil, due to the implementation of the Unified Health System, in recent years there has been growth in the supply of services in primary care, indicating the expansion of access to these services. One of the challenges to deal with health needs of the population has been evaluating and monitoring these services. The Brazilian list of hospitalizations for primary care sensitive conditions is one of the instruments for this review. The aim of this study was to understand how health professionals perceive the hospitalization of users under their monitoring with diagnoses that are part of this list. It is a descriptive study, a qualitative, performed in São Paulo with professionals of the Family Health Strategy; which provided the data through interviews. Particularly in this study wants to highlight the capability of a decoder tool applied to the discourses. The tool proved to be potent in this study, in that it emphasized the material collected the most significant structures, aiming at analyzing what is subjective perception of professionals. The study found that the perception of these professionals hospitalizations occur due to several factors, including: poor education of users; difficulty of users to understand the recommendations and adhere to treatment; users have habits unhealthy eating; and others difficulties arising from environmental and socioeconomic factors. Admit that primary care alone is not sufficient to tackle the health problems. The study shows that healthcare practices are founded on theories that are limited to the understanding of the social determinants of health and disease process. Interpreted this way, interventions are reduced, limited and weak coordination with the larger whole to which the phenomenon is enrolled.

Keywords: Primary health care; Hospitalization; Evaluation; Research methodology.



Resumen

En Brasil, debido a la implementación del Sistema Único de Salud, en los últimos años ha habido un crecimiento de la oferta de servicios en la atención primaria, lo que indica la expansión del acceso a estos servicios. Uno de los retos para hacer frente a las necesidades de salud de la población ha sido la evaluación y el seguimiento de estos servicios. La lista brasileña de hospitalizaciones por condiciones sensibles de atención primaria es uno de los instrumentos para esta revisión. El objetivo de este estudio fue entender cómo los profesionales de la salud perciben la hospitalización de los usuarios bajo su supervisión con los diagnósticos que forman parte de esta lista. Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, realizado en São Paulo con los profesionales de la Estrategia Salud de la Familia, que proporcionaron los datos a través de entrevistas. En particular, en este estudio quiere resaltar la capacidad de una herramienta decodificador aplicada a los discursos de pesquisandos. La herramienta resultó ser potente en este estudio, en el que se hizo hincapié en el material recogido las estructuras más importantes, el objetivo de analizar lo que es la percepción subjetiva de los profesionales. El estudio encontró que la percepción de estos profesionales de estas hospitalizaciones se producen debido a varios factores, entre ellos: la baja escolaridad de los usuarios, dificultad de los usuarios para entender las recomendaciones y la adhesión al tratamiento, tener hábitos nutricional poco saludables y otras dificultades derivadas de factores ambientales y socioeconómicos. Se percibe que la atención primaria por sí sola no es suficiente para hacer frente a los problemas de salud. El estudio muestra que las prácticas de salud se basan en teorías multicales que limitan a la comprensión de los determinantes sociales de la salud y el proceso de la enfermedad. Interpretado de esta manera, las intervenciones se reducen de manera oportuna, específica y sin coordinación con el conjunto más amplio al que está inscrito el fenómeno.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Hospitalización; Evaluación; Metodología de la investigación.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido um dos níveis de atenção fundamental para estruturação dos sistemas nacionais de saúde.

No Brasil, a APS foi implantada com o propósito de ser a porta de entrada do sistema, sem caráter de focalização na parcela mais pobre da população, nem se



restringindo a um pacote básico de serviço.

Os primeiros passos para a organização desse nível de atenção no Brasil foram dados no início da década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Em seguida, teve início a implantação do Programa de Saúde da Família, passando a ser chamado posteriormente como estratégia saúde da família (ESF), visando provocar mudanças no modelo de assistência (Souza, 2002).

Muito embora a evolução do crescimento da oferta de serviços da APS possa indicar ampliação de acesso a esses serviços, permanecem alguns desafios no campo do atendimento das necessidades de saúde da população. Para o enfrentamento desses desafios, o Brasil vem discutindo a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão.

A estruturação dessa rede deve ter como ponto de partida a organização da APS, enquanto ordenadora de fluxos e contra fluxos de pessoas para os demais níveis do sistema.

No que diz respeito a esses fluxos, em muitas situações em que a APS não é resolutiva, a demanda por internações hospitalares provavelmente inclui uma proporção de casos com diagnósticos sensíveis a esse nível de atenção e que, assim, poderiam ser aí resolvidas. Ou seja, o fato de existir um marco legal instituído não garante que a APS seja acessível e de qualidade.

Nesse sentido a avaliação e o monitoramento são fundamentais para o redirecionamento e os ajustes necessários, sendo as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) um dos indicadores que vem sendo utilizado pelo Brasil, com essa finalidade.

A elaboração desse indicador teve início no ano de 2007, tendo como marco conceitual o modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras, sendo publicado em 2008, na forma de anexo da Portaria SAS n.º 221, de 17 de abril de 2008 (Alfradique et al., 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil define, no art. 2.º dessa Portaria, que a lista brasileira de ICSAP será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde.

O indicador Ambulatory Care Sensitive Conditions, como é conhecido na literatura internacional, teve origem na década de 1980, quando foi desenvolvido o conceito



de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como reflexo indireto de problemas com o acesso e a efetividade dos cuidados primários (Billings & Teicholz, 1999).

A partir de então, estudos vêm sendo desenvolvidos, utilizando dados de internações potencialmente evitáveis, mostrando sua estreita relação com as características dos sistemas de saúde e especialmente com a política de atenção primária (Bermúdez-Tamayo, Márquez-Calderón, Rodríguez del Aguila, Perea-Milla & Ortiz Espinosa, 2004; Mendonça, Harzheim, Duncan, Nunes, & Leyh, 2011; Rehem & Egry, 2011; Rehem, 2011).

A lista brasileira de ICSAP, publicada pelo Ministério da Saúde como instrumento de avaliação desse nível de atenção, pressupõe a existência de uma relação linear de causa e efeito que, na verdade, deve ser questionada. É importante ressaltar que existem outras questões que devem ser considerados na avaliação dessa política, mas especificamente quanto à ocorrência das ICSAP, que se relacionam, entre outros aspectos, à visão de mundo e, assim, como se compreende o processo saúde doença dos indivíduos e grupos sociais, tanto por parte dos formuladores dessas políticas quanto dos gestores e trabalhadores de saúde responsáveis por sua implementação.

Diante do exposto e considerando a portaria publicada pelo Ministério da Saúde que institui a Lista Brasileira de ICSAP, justifica-se a realização de estudos com o objetivo de identificar, em um dado território, o comportamento da ICSAP e seus determinantes para compreender em que medida a lista pode ser utilizada como instrumento para avaliação da APS.

Assim, o presente estudo adotou como objeto a Lista Brasileira de ICSAP tendo como objetivo compreender como os profissionais de saúde percebem a internação de usuários sob seu acompanhamento com diagnósticos que fazem parte desta lista.

Metodologia

Estudo qualitativo tendo como cenário a microrregião de saúde de Cidade Ademar no município de São Paulo, considerando que neste local existe um sistema de saúde que integra os serviços de atenção primária, com os de média e alguns serviços de alta complexidade, o que se constitui em aspecto fundamental para a análise das ICSAP.



Foi realizado em três unidades básicas de saúde tendo como critério de seleção aquelas que estavam localizadas na área de abrangência onde moravam a maioria dos usuários que foram internados no hospital da microrregião em 2008, com diagnóstico ICSAP.

Participaram do estudo profissionais das unidades básicas de saúde, responsáveis pela aplicação desta política, privilegiando os sujeitos sociais que detêm atributos que o investigador pretendia conhecer. O número de participantes foi determinado considerando-se o critério de saturação.

As entrevistas ocorreram nas unidades básicas de saúde, mediante agendamento prévio, em locais reservados, com duração média de 20 minutos e realizadas por meio de roteiro semiestruturado, composto por dois blocos de perguntas, sendo o primeiro bloco referente a variáveis sociodemográficas e o segundo bloco contendo questões norteadoras, permitindo ao entrevistado discorrer livremente sobre a temática do estudo.

Contemplou o roteiro as seguintes perguntas norteadoras: No ano de 2008, diversas pessoas da área de abrangência de sua unidade foram internadas por doenças consideradas como uma condição sensível à atenção primária. O que você pode me dizer sobre isto? Como a Unidade poderia contribuir para mudar a situação?

As entrevistas foram iniciadas após explicação dos objetivos, assim como leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram gravadas e transcritas, mantendo o conteúdo das falas. Após a transcrição, o material foi preparado para ser processado por meio da ferramenta decodificadora Alceste (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto), segundo as etapas (Camargo, 2005):

Etapa A - preparo do corpus, que é constituído de um conjunto de unidades de contexto inicial (UCI); reconhece as UCI; faz uma primeira segmentação do texto; agrupa as ocorrências das palavras em função de suas raízes e procede ao cálculo dessas formas reduzidas.

Etapa B - faz o cálculo das matrizes de dados e classifica as unidades de contexto elementar (UCE). Essa é uma etapa de cálculo.

Etapa C - fornece os resultados mais importantes. Apresenta o dendograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o qual ilustra as relações entre as classes.



Etapa D - com base nas classes de UCE escolhidas, o programa calcula e fornece-nos as UCE mais características de cada classe, permitindo a contextualização do vocabulário típico de cada classe obtido na descrição das classes. Fornece, ainda, classificações hierárquicas ascendentes (CHA) para cada classe, permitindo, assim, o estudo das relações dos elementos (palavras) intraclasse.

A escolha da análise lexical nesse estudo justificou-se em função da mesma realizar, em presença de entrevistas abertas, agrupamentos de palavras afins e deletar palavras que apresentaram pouco interesse até conseguir representar o sentido do texto (Minayo,2007).

Este estudo, foi submetido à aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (processo n.º 860/2009/CEP-EEUSP); Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (parecer n.º 144/10-CEP/SMS); e Hospital (CEP-HGP:01/1/P), acompanhado do TCLE.

Resultados e discussão

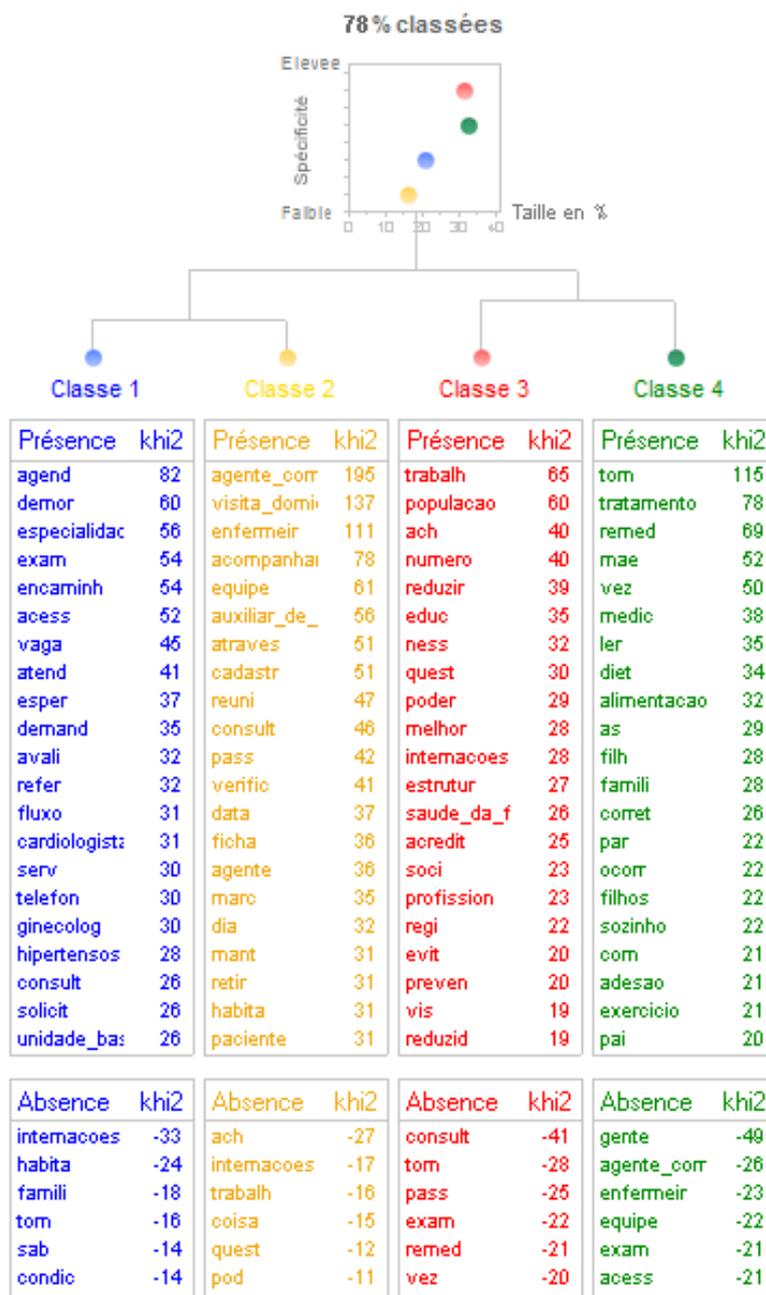
Participaram das entrevistas 26 profissionais da APS, envolvendo médico consultante, médico responsável técnico, enfermeiro, enfermeiro responsável técnico, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Considerando as três unidades básicas, predominavam profissionais do sexo feminino, na faixa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

A seguir serão descritos os resultados das quatro operações realizadas pelo Alceste:



Quadro 1: Classificação hierárquica descendente (CHD) – dendograma de classes estáveis.

ETAPAS	RESULTADOS
Leitura do texto (corpus) e cálculo dos dicionários	26 entrevistas deu origem a 26 Unidades de Contextos Iniciais, demonstrando que todo o material foi aproveitado para análises posteriores.
Cálculo das matrizes de dados e classificação das Unidades de Contexto Elementar	58.953 palavras no corpus, sendo 4.601 palavras distintas ou diferentes. Palavra mais repetida apareceu 2.355 vezes.
	887 palavras analisáveis, 259 palavras instrumento e 26 palavras variáveis. As 887 palavras analisáveis ocorreram 25.865 vezes.
Descrição das classes de Unidades de Contexto Elementar	Geradas 1.401 unidades de contexto elementar. Após a realização de duas Classificações Hierárquicas Descendentes foram retidas 1.099 UCE das 1.401 presentes no corpus. Isso significa que foram aproveitadas 78% das Unidades de Contexto Elementar existentes (figura 1), originando 4 classes de segmentos (UCE) de texto diferentes entre si. O número mínimo de UCE retida por uma classe foi 71.
Realização de cálculos complementares	A classe 4 deteve o maior número de UCE, 349 (31,76%) com 147 palavras analisáveis. Em seguida, vem a classe 3 com 339 UCE (30,85%) com 128 palavras analisáveis. A classe 1 vem em 30 lugar, 234 UCEs (21,29%) com 129 palavras analisáveis, e, por último, a classe 2 com 177 UCE (16,11%) com 116 palavras analisáveis. Nesta etapa foi analisada a Classificação Hierárquica Ascendente, observando-se as associações entre as palavras dentro de uma mesma classe.



Classification double - code 121 - Lundi 14 Mars 2011 à 20h24 (1mn)

Figura 1: Relatório Alceste: Rapport détaillé



O Programa Alceste ao realizar uma análise de classificação hierárquica descendente, permite uma análise lexicográfica do material textual, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário. Numa análise padrão, após reconhecer as indicações das Unidades de Contextos Iniciais, o programa divide o material em Unidades de Contextos Elementares, que são segmentos de textos que compartilham o mesmo vocabulário (Camargo, 2005) permitindo desta forma, identificar as dimensões e/ou categorias emergentes dentro de cada classe.

Ao analisar os extratos da lista de Unidades de Contextos Elementares selecionadas, neste estudo, apreendeu-se as seguintes dimensões: sociais, econômicas, ambientais, biológicas, psicológicas e ideológicas.

Com relação às causas sociais, observa-se que a escolaridade apareceu como uma razão importante para a ocorrência das ICSAP, conforme os relatos abaixo:

As pessoas não admitem que não sabem ler, que não sabem escrever.

Mesmo estando em caixinhas separadas, ela não sabe ler, se confunde toda, a família não dá suporte é um dos outros motivos para internação [...] (médico)

Diversos estudos têm demonstrado a influência do nível de escolaridade e suas implicações para a saúde, manifestados das mais diferentes formas, como, por exemplo, na percepção dos problemas de saúde, na capacidade de entendimento das informações sobre saúde, na adoção de estilos de vida saudáveis, no consumo e acesso aos serviços de saúde, na adesão aos procedimentos terapêuticos e no cuidar da própria saúde (Fonseca & Bertolozzi, 2008).

Estudo realizado utilizando ICSAP como indicador para avaliação da ESF revelou associação significativa entre baixa escolaridade e ICSAP (Rodrigues Neto, Faria, Caldeira & Fernandes, 2009).

Na microrregião de Cidade Ademar, segundo informações da Organizações Sociais de Saúde Santa Catarina, de 26.983 crianças na faixa etária ≥ 7 a ≤ 14 anos, 177 (0,66%) estão fora da escola. Essa situação é semelhante quando comparada aos dados do Brasil, onde, no censo de 2000, quase a totalidade (95%) das crianças nessa mesma faixa de idade estavam matriculadas na escola (IBGE, 2011).

No entanto, essas condições de oferta e possível acesso à escola vigente na atualidade no município de São Paulo deverá produzir impacto somente nas futuras gerações. No presente, a população adulta, principalmente a parcela de idosos, é



resultado de uma situação menos favorável que prevaleceu no passado na região do estudo ou, ainda mais grave, em outras regiões menos desenvolvidas do país.

Para alguns profissionais, a ocorrência das doenças e consequentemente das ICSAP pode estar relacionada ao ciclo de vida das pessoas, colocando, assim, a responsabilidade nas questões biológicas para as internações por CSAP.

[...] idoso é a mesma coisa. Eles têm uma vulnerabilidade maior também, acho que tem muito a questão fisiológica, de resposta imunológica, e a questão ambiental também [...] (enfermeira)

O ciclo de vida tem sido enfatizado como teoria de abordagem pelas equipes de saúde da família como ferramenta de trabalho, pois a compreensão de cada momento e sua interferência no processo saúde-doença possibilita aos profissionais prever quando e como as doenças podem ocorrer. Com esse entendimento, a equipe poderia adotar medidas de promoção, prevenção e tratamento, de forma a evitar o agravamento e, consequentemente, possíveis limitações, evitando assim as ICSAP.

Nesse sentido, considerando o desgaste próprio, em função do ciclo de vida, é esperado que a população idosa fique mais vulnerável a determinadas doenças. Entretanto, isso não significa que a condição de saúde dessa população deva agravar-se necessariamente ao ponto de se tornar inevitável a internação hospitalar. Portanto, parte das internações por CSAP poderá não ocorrer caso essa população tenha acesso a serviços de saúde de qualidade e conte, por exemplo, com o apoio da família ou a presença de um cuidador para ajudar nas atividades de vida diária, incluindo o uso correto das medicações.

Na fala de outros profissionais, essas internações são atribuídas à responsabilidade dos pacientes que não cuidam da sua saúde e não seguem, por exemplo, as orientações médicas. Colocam, de certa forma, que a culpa pela ocorrência das ICSAP é do paciente e da família.

[...] estas internações ocorrem porque as pessoas têm um descuido com a própria saúde deles, eles acham que as pessoas têm que fazer algo por ele, mas eles mesmos não se cuidam, às vezes não tomam a medicação corretamente [...]. (agente comunitária)

Muito embora seja visível o esforço dos profissionais em buscar uma explicação para a ocorrência das ICSAP, elas se dão em um espaço restrito. As questões por eles levantadas deveriam integrar a sua prática e deixar de ser vistas como questões exteriores a ela. Por fim, e em defesa desses profissionais, podemos perguntar se



problemas tão complexos seriam sensíveis a ações individuais e pontuais.

As condições de moradia foram apontadas como relevantes na fala dos profissionais para a ocorrência das ICSAP:

[...] as condições de habitação, animal, inseto, cachorro, gato, os ambientes são aglomerados[...] (médica)

Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2007, um em cada três brasileiros que vivem nas cidades não tem condições dignas de moradia (IBGE,2011).

As questões emocionais e psicológicas também apresentam relevância para os profissionais no tocantes às ICSAP, conforme os relatos a seguir:

[...] ela começou a chorar do nada, conversando com ela, ela foi me explicando o que estava acontecendo. Os familiares não dão atenção, deixa a pessoa jogada, não estão nem aí para as medicações, se essa pessoa é hipertensa, diabética, às vezes nem toma a medicação. (auxiliar de enfermagem masculino)

Entre as questões socioeconômicas, a alimentação teve destaque dentre as relatadas pelos profissionais para explicar as ICSAP:

[...] não tem horário de alimentação correto; falta comida, realmente falta dinheiro, é uma coisa que acontece [...]. (médica)

Na sociedade atual são grandes as dificuldades para que se possa ter uma alimentação saudável. A indústria de produtos alimentares gera grande oferta de alimentos industrializados que, se por um lado, trazem mais comodidade para as pessoas, por outro trazem grandes prejuízos à sua saúde. Esse quadro é ainda agravado quando se trata de uma parcela da população de muito baixo poder aquisitivo e de informação, conforme é a realidade da região Sul do município de SP (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2011).

As condições ambientais também mereceram destaque nos relatos como favorecedores das ICSAP.

[...] esses pacientes que já foram internados, as crianças, às vezes, estas internações, é até mesmo pelas condições básicas, saneamento básico, muitas vezes são internadas porque não têm essa consciência de que ali naquela água suja pode estar contaminada ou até mesmo condições de higiene. (auxiliar de enfermagem feminina)

Quanto ao saneamento básico, segundo dados de abril de 2011, publicado no Informativo Interno da Organização Social de Saúde Santa Catarina – folheto Placar



Saúde-, na microrregião de Cidade Ademar, 99,28% dos domicílios têm coleta regular de lixo, 0,67% é jogado a céu aberto e 0,06% é queimado. Quanto ao esgoto, 70,29% dos domicílios estão ligados à rede de esgoto, 11,02% são desprezados em fossa e 18,69%, a céu aberto.

De acordo com o mesmo Informativo, 99,60% dos domicílios têm água tratada (rede pública), 0,12% usa água de poço e 0,28% usa outras fontes de abastecimento. A água consumida é filtrada em 54,25% dos domicílios, 0,69% é fervida, 3,55% usam cloro e 41,50% não fazem qualquer tratamento da água.

A positividade da teoria multicausal para a interpretação da saúde-doença, hegemônica até hoje, além de resultar na impossibilidade de conhecer o peso relativo de cada um dos fatores de determinação do fenômeno, tem como agravante o fato de que os modelos empíricos em epidemiologia, ao trabalharem isoladamente tais fatores, são capazes, no máximo, de controlar os intervenientes, paradoxo que resulta na sua redução à unicausalidade (Oliveira & Egry, 2000).

Nesse sentido, a fala dos profissionais entrevistados, ao atribuir isoladamente aos aspectos sociais, econômicos, psicológicos, ambientais, biológicos, entre outros, a causa das ICSAP, traz para discussão tanto a teoria da multicausalidade quanto a unicausalidade. Esta última, por exemplo, ao referir que a falta da higiene das mãos, isoladamente, pode ser um fator para a ocorrências das ICSAP, conforme relatado anteriormente.

A busca da causalidade tem caráter instrumental, na medida em que as categorias interpretativas que dela resultam dão suporte a projetos de intervenção sobre a realidade (Oliveira & Egry, 2000).

Da mesma forma que os profissionais entrevistados percebem a causa das doenças e conseqüentemente das ICSAP, de forma isolada, em uma relação de linearidade, o que caracteriza a teoria da multicausalidade, eles também propõem intervenções pontuais e isoladas para reduzir ou evitá-las, conforme os relatos a seguir:

[...] no âmbito maior acho que as interações podem ser reduzidas, assim, as questões de saneamento básico, acho que devem influir muito, com relação a habitação [...].
(enfermeira)

[...] agente olha em propaganda política, propaganda eleitoral, propaganda até dos meios de comunicação não vinculados à política, fala-se só de hospital, fala-se só de pronto-socorro, não se valoriza a atenção primária [...]. (médica)



Os relatos, acima no que diz respeito ao que pode ser feito para reduzir ou evitar as ICSAP, giram em torno da valorização da APS por todos os segmentos da sociedade, seja paciente, mídia e autoridades, embora não façam referência ao tipo de valorização para essa política. Por outro lado, reduzir ou evitar as ICSAP, para alguns profissionais, pode ter relação, por exemplo, com o processo de trabalho, mais especificamente ao pouco tempo destinado à realização das consultas e a ampliação de coberturas vacinais.

De todo modo, o que se percebe é que, na visão dos profissionais, as intervenções devem ocorrer de forma pontual, segmentada, sem articulação maior, o que é justificado pela visão de mundo dos trabalhadores, e, assim, a forma como se percebe o processo saúde/doença e, conseqüentemente, a busca das alternativas para solução.

Merece destaque o fato de que esses profissionais não representam a parcela menos informada e menos comprometida com a saúde da população. Provavelmente por exercerem sua prática profissional na APS, são levados a buscar uma interpretação para esses fatos, embora não sejam capazes de articular uma compreensão mais abrangente da realidade.

Quanto ao uso do Alceste neste estudo, o fato das 26 entrevistas darem origem a 26 Unidades de Contextos Iniciais demonstra claramente a pertinência e a potência deste programa para uso em pesquisa qualitativa. Corroborando com isso, estudos utilizando o Alceste demonstram em seus resultados, a adequação e a compatibilidade do mesmo como forma de tratar os fenômenos psicossociais envolvidos no pensamento e na linguagem (Soares,2005; Eduardo,2010; Hino, Takahashi, Bertolozzi & Egry,2011).

Conclusão

Estudar as ICSAP, adotando apenas a abordagem quantitativa, usando variáveis e indicadores, deixa de considerar que a realidade social é rica e complexa e que sua compreensão ocorre apenas por aproximação, não podendo reduzir-se a interpretações numéricas ou a dados estatísticos para universalizar a concepção do fenômeno real (Minayo, 2007). No caso das ICSAP, torna-se fundamental a utilização da abordagem qualitativa para compreender, na percepção dos profissionais responsáveis pela aplicação da política de APS, as razões para a ocorrência dessas interações.



O Alceste se mostrou uma ferramenta importante, para realização deste estudo, na medida em que evidenciou no material coletado o que foi mais relevante, extraindo do mesmo as estruturas mais significativas. O seu uso tornou objetivo na análise aquilo que é subjetivo na coleta dos dados. Ou seja, a análise quantitativa de dados textuais não deixa de considerar a qualidade do fenômeno estudado, e ainda fornece critérios provenientes do próprio material para a consideração do mesmo como indicador de um fenômeno de interesse científico (Camargo, 2005).

O estudo apontou que, na percepção de profissionais, as ICSAP acontecem em função de vários fatores, como por exemplo, fatores ambientais e socioeconômicos, e que a APS sozinha não dá conta de enfrentar esse problema, mostrando o limite da aplicação da Lista Brasileira para avaliar esse nível de atenção.

Agradecimento

A realização desse estudo contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Referências

- Alfradique, M.E., et al. (2009). Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP Brasil). *Cad Saúde Pública*. 25(6), p. 1337-1349.
- Bermúdez-Tamayo, C., Márquez-Calderón, S., Rodríguez del Aguila, M.M., Perea-Milla, L.E. & Ortiz Espinosa, J. (2004). Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 33(6), p. 305-11
- Billings, J. & Teicholz, N. (1990). Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff*. 9(4), p. 158-65.
- Portaria nº. 221/2008 de 17 de abril. Diário Oficial da União de 21/09/2008 - Seção 1:50. Ministério da Saúde.
- Camargo, B.V. (2005). ALCESTE: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuíno & S.M. Nóbrega (org), *Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais* (511-539). João Pessoa: Ed. Universitária.
- Eduardo, L.P. (2010). Necessidades em saúde de escolares na perspectiva das



- instituições de ensino e saúde do território. Tese, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Fonseca, R.M.G.S. & Bertolozzi, M.R. (2008). A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: E.Y. Egry, & R.M.G.S. Fonseca (org), 7º Curso de Atualização em Saúde Coletiva (20). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- Hino, P., Takahashi, R.F., Bertolozzi, M.R. & Egry, E.Y. (2011). As necessidades de saúde e vulnerabilidades de pessoas com tuberculose segundo as dimensões acesso, vínculo e adesão. *Rev. esc. Enferm USP*, 45 (no. Spe2) p. 1656 – 1660.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011). *Cidades@*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Web site. Acesso julho 13, 2011, em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
- Mendonça, C.S., Harzheim, E., Duncan, B.B., Nunes, L.N. & Leyh, W. (2011). Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implantation of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, Jun, p. 1-8.
- Minayo, M.C.S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10a ed.). São Paulo, SP: Hucitec.
- Oliveira, M.A.C. & Egry, E.Y. (2000). A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. Esc. Enf. USP*, 34(1), p. 9-15.
- Rodrigues Neto, J.F., Faria, A.A., Caldeira, A.P. & Fernandes, V.B.L. (2009). Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia saúde da família. *Rev Saúde Pública*, 43(6), p. 928-936.
- Rehem, T.C.M.S.B. & Egry, E.Y. (2011). Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), p. 4755-4766.
- Rehem, T.C.M.S.B. (2011). *Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos*. Tese, Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo; São Paulo.
- Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (2011). *Diagnóstico sintético da saúde na cidade de São Paulo*. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) Web site. Acesso agosto 20, 2011, em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/IndicadoresDS.pdf>.
- Soares, C (2005). *Em torno do pensamento social e do conhecimento do senso comum. A aplicação da metodologia Alceste em contextos discursivos*



Tecnologias da Informação em Educação

nº e special

2º

CONGRESSO
LUSO-BRASILEIRO
EM INVESTIGAÇÃO
QUALITATIVA

Indagatio Didactica, vol. 5(2), outubro 2013

ISSN: 1647-3582

distintos. In: A.S.P. Moreira, B.V. Camargo, J.C. Jesuíno & S.M. Nóbrega (org),
Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais (pp. 541-571).
João Pessoa: Ed. Universitária.

Souza, H.M. (2002). Saúde da Família: desafios e conquistas. In: B. Negri & A.L.A.
Viana (org), O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio (pp.221-240) .
São Paulo: Ed. Sobravime.