

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Frederico Marques Andrade

**ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
HOSPITALAR**

Montes Claros, MG

2015

Frederico Marques Andrade

**ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
HOSPITALAR**

Dissertação (Mestrado) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área de Concentração: Saúde coletiva.

Linha de Pesquisa: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços.

Orientadora: Profa. Dra. Maisa Tavares de Souza Leite.

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

Montes Claros, MG

2015

A553a	<p>Andrade, Frederico Marques.</p> <p>Atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços de urgência e emergência hospitalar [manuscrito] / Frederico Marques Andrade. – 2015.</p> <p>61 f. : il.</p> <p>Inclui Bibliografia.</p> <p>Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2015.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Maisa Tavares de Souza Leite. Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.</p> <p>1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde da criança. 4. Serviços de saúde - Avaliação. 5. Hospitalização. I. Leite, Maisa Tavares de Souza. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.</p>
-------	--

Catalogação: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor João dos Reis Canela

Vice-reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Professor Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professora Karen Tôrres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Vanessa Souto Vieira

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professor Dario Alves de Almeida

Pró-reitor de Pós Graduação: Professor Hercílio Martelli Júnior

Coordenador de Pós-Graduação Stricto Sensu: Professor Ildenílson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Maisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATO: FREDERICO MARQUES ANDRADE

TÍTULO DO TRABALHO: "Atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços de urgência e emergência hospitalar"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

BANCA (TITULARES)

PROF^a. DR^a MAISATAVARES DE SOUZA LEITE-ORIENTADORA/PRESIDENTE
PROF^a. DR^a.MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO -COORIENTADORA
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA - ORIENTADOR/PRESIDENTE
PROF^a. DR^a. VENEZA.BERENICE OLIVEIRA – COORIENTADORA

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTES)

PROF^a DR^a. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA SILVA
PROF^a DR^a MARIA APARECIDA VIEIRA

ASSINATURAS

[X] APROVADO

[] REPROVADO

AGRADECIMENTOS

Vários são os agradecimentos a serem realizados, uma vez que vários foram os momentos e passos para este momento se tornasse concreto. Várias foram as dificuldades e muitos foram os momentos de incerteza.

À Deus, poder maior e supremo que durante os últimos tempos cada dia me fez ter a certeza da sua existência e força, me abençoando e me iluminando em todos os passos.

À toda minha família de sangue, Mãe, Pai, Irmão e Tias(os), que mesmo sem entender o motivo da ausência e do distanciamento respeitaram o momento e sempre estiveram na torcida.

À minha Avó Rosa, há exatos dez anos partiu desta etapa de vida e a cada dia lembro o quanto ela está feliz com tudo que ocorre na minha vida.

À toda minha família de coração, sempre digo que meus amigos são os melhores do mundo e a cada dia tenho a certeza do quanto torcem e o tanto que querem minha felicidade e se alegram com as minhas realizações.

À minha orientadora Maisa Tavares e à minha co-orientadora Maria Fernanda que durante esta trajetória, através de seus conhecimentos, me fizeram repensar a importância do conhecimento e me fizeram respeitá-las cada dia mais pelo seu profissionalismo.

Àos professores que compuseram minhas bancas para este estudo. Como me deixaram ansioso e depois como me deixaram tranquilo com suas orientações, em especial a Dr Antônio que sempre, ao final do dia, nunca deixou de amparar as dúvidas.

À todas as minhas chefias, como o entendimento de vocês é importante, como eu precisei e vocês nunca deixaram de estender as mãos.

À minha equipe do HUCF, vocês a cada dia provam o porquê sou Enfermeiro e me enchem de orgulho, meu maior prazer é trabalhar para vocês.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde é o modelo assistencial responsável pela reorganização de todo sistema de saúde. Sua eficácia pode ser avaliada indiretamente nos outros níveis de atenção à saúde por meio das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), uma lista de doenças que devem ser sanadas em seu âmbito. Este estudo avaliou os atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços de urgência e emergência hospitalares por meio dos seus registros. Trata-se de um estudo transversal, documental, quantitativo e analítico realizado em uma cidade de médio porte de Minas Gerais. Foram analisados 723 registros de atendimentos pediátricos nos serviços de urgência e emergência, escolhidos de forma aleatória no período 2010 e 2014 por meio da Regressão de *Poisson*. Os resultados apontaram que 31,8% dos atendimentos pediátricos em serviços de urgência e emergência foram por CSAP. Das crianças atendidas que apresentaram diagnósticos de doenças da lista de CSAP, 82,5% foram classificadas em menor prioridade de atendimento e 84,8% retornam as unidades de urgência e emergência após o primeiro atendimento. Das internações pediátricas ocorridas no período, 37,8% ocorreram por CSAP. As variáveis associadas aos atendimentos pediátricos por CSAP em um serviço de urgência e emergência foram: crianças residentes em áreas não cobertas pela ESF, crianças residentes em áreas cobertas pela ESF sem residência multiprofissional, classificação por atendimento de menor prioridade nos serviços de urgência e emergência e retorno aos serviços de urgência e emergência hospitalares após o primeiro atendimento. Os resultados denotam que a ampliação da cobertura da ESF e a implantação de programas de formação de recursos humanos como a residência multiprofissional em Saúde da Família pode diminuir as internações e o atendimento pediátrico por CSAP em serviços de urgência e emergência, indicando uma APS mais eficaz. A lista de CSAP pode ser utilizada como importante sinalizador para avaliação da efetividade da ESF. A ampliação da ESF pode reduzir a internação pediátrica por CSAP e a ocorrência de atendimentos pediátricos por CSAP em serviços de urgência e emergência, potencializada por meio da residência multiprofissional em saúde da família nas suas unidades. Desafios apontam para a melhoria da longitudinalidade e do acesso do atendimento pediátrico na APS.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Saúde da criança. Avaliação de serviços de saúde. Hospitalização.

ABSTRACT

The primary health care (PHC) is the assistance model responsible for the reorganization of the whole health system. Its efficiency can be indirectly assessed on the other levels of health care through the Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), a list of diseases that should be remedied in its scope. This study evaluated the PHC through the pediatric consultations by ACSC in hospital emergencies services. This is a cross-sectional, documentary, quantitative and analytic study performed in a medium-sized city in the north of Minas Gerais. 723 records of pediatric consultations in the emergency services comprised in a period from 2010 to 2014 were analyzed and randomly chosen through the *Poisson* regression. The results showed that 31.8% of the pediatric consultations in the emergency services were for ACSC, prevailing consultations with children aged from 2 to 6 years old (36.8%) and male (54.3%). Among the children who were assisted that were diagnosed with the ACSC disease's list, 82.5% were classified in lesser priority and 84.8% returned to the emergency units after the first consultation. Among the pediatrics hospitalizations occurred in this period, 37.8% occurred due to ACSC. The variables associated to ACSC were: children living in areas not covered by the Family Health Strategy (FHS), children living in areas covered by the FHS without multiprofessional residency, classification by consultation of lower priority in the emergency services and return to the hospital emergency services after the first consultation. The results denote that the expansion of the FHS's coverage and the implementation of human resource training programs as the Family Health multiprofessional residency may decrease the hospitalizations and the pediatric consultations by ACSC in emergency services, indicating a more efficient PHC. It is possible to conclude that the ACSC list can be utilized as an important signaling to the principle's evaluations in the FHSs. The extension of the FHS can reduce the pediatric internalization by ACSC and the occurrence of pediatric consultations by ACSC in emergency services, potentiated through the multiprofessional residency in Family Health in its units. Challenges point to an improvement of the longitudinality and access of pediatric care in PHC.

Key-words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Health. Health services evaluation. Hospitalization.

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HUCF	Hospital Universitário Clemente de Faria
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PCATOOL	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
PMC	Projeto Montes Claros
PMCL	Programa de Medicina Comunitária de Londrina
PSF	Programa Saúde da Família
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SPT 2000	Saúde Para Todos no ano 2000
SUH	Serviço de Urgência Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	Atenção Primária à Saúde: conceitos, avaliação e desafios	12
1.2	Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): sinalizador para a avaliação da APS.....	18
1.3	A saúde da criança, seus atendimentos nos serviços de urgência e emergência e CSAP	20
2	OBJETIVOS	25
2.1	Objetivo geral	25
2.2	Objetivos específicos	25
3	METODOLOGIA	26
3.1	Delineamento do estudo	26
3.2	Objeto do estudo	26
3.3	Amostragem	26
3.4	Coleta de dados	27
3.5	Análise dos dados	29
3.6	Aspectos éticos	29
4	PRODUTO CIENTÍFICO	30
5	CONCLUSÕES	46
	REFERÊNCIAS	48
	APÊNDICES	55
	ANEXOS	56

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações, individuais e coletivas. Tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral, impactando na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Sua capacidade resolutiva deve aproximar-se de 80% perante os problemas de saúde da população enfatizando a promoção da saúde e a redução dos custos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2011a; STARFIELD, 2002).

Nacionalmente, tem como ponto determinante a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), onde foi discutida e alicerçada (NUNES, 2009). Busca profundas mudanças na organização da saúde pública no Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A APS é considerada um componente-chave no sistema de saúde brasileiro. Esse reconhecimento fundamenta-se no seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população dos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O atendimento primário em saúde possui um leque de programas em vários ciclos de vida. A saúde da criança ganha destaque diante da sua maior vulnerabilidade (SILVA; VIEIRA, 2014). A APS se torna assim um grande pilar na vigilância da saúde infantil uma vez que constitui cenário adequado para o desenvolvimento de ações preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (STÁBILE *et al.*, 2013).

A eficiência da APS depende de um sistema de monitoramento permanente em seu nível e demais pontos que compõe a rede de atenção em saúde. Para avaliar o seu desempenho e verificar sua qualidade de impacto por meio do acesso e resolutividade, vários são os estudos que verificam o atendimento de usuários portadores de condições clínicas que deveriam ser sanadas na APS e que evoluem aos níveis secundários e terciários (MELO; EGRY, 2014).

O *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings nos EUA. Traduzindo livremente para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), estas, representam um grupo de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MELO; EGRY, 2014).

O estudo de Nedel e colaboradores (2008) agrega uma nova forma de análise destes dados, percebendo que as CSAP, independente das internações, permitem identificar grupos carentes de atenção à saúde adequada. As CSAP não avaliam determinantes pessoais da condição clínica do paciente ou a qualidade do ato médico que leva à hospitalização, mas o resultado de políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde (NEDEL *et al.*, 2008).

A evolução de um cliente nos níveis de atenção à saúde demonstra complexidade da enfermidade ou não resolutividade do caso em níveis primários. Por isso, os atendimentos de urgência e emergência na atenção à saúde da criança, quando crescentes, são fortes sinais de alerta para uma análise mais criteriosa. Assim, faz-se necessário o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos para discutir e planejar medidas que amenizem o caos identificado no setor saúde, principalmente no atendimento pediátrico (RIEGEL *et al.*, 2014).

Hoje se pode afirmar que a análise dos atendimentos e internações por CSAP são uma ferramenta imprescindível para o monitoramento do desempenho da rede assistencial e a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em várias nações, incluindo o Brasil (MELO; EGRY, 2014; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014). Altas taxas de atendimentos e internações por CSAP são associadas a deficiências da cobertura e no acesso da população ao serviço, e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde da população (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

Com base nestes dados, situa-se o município de Montes Claros, estado de Minas Gerais no ano de 2015. Este município, em um intervalo de seis anos, recebeu investimentos que fizeram com que a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 48,42% (2008) elevasse à 93% (2014) (BRASIL, 2015) e ampliasse programas de formação e qualificação de pessoas como a Residência multiprofissional em saúde da família. Estas características de ampliação se assemelham com vários municípios brasileiros e estudos sobre impactos nas CSAP se tornam importantes para justificar esta ampliação e estas ações quando se verifica a eficiência da ESF.

1.1 Atenção Primária à Saúde: conceitos, avaliação e desafios

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações, individuais e coletivas, que tem por objetivo desenvolver uma atenção integral, impactando na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (STARFIELD, 2002).

Movimentos estudantis de Medicina Preventiva e Integral em 1940 e Medicina Comunitária em 1960 influenciaram as discussões e implementação de políticas de APS nos anos subsequentes (NUNES, 2015). Pode-se afirmar que a década de 1970 é o marco deste debate. Em um contexto de crise econômica e crítica ao papel do Estado Keynesiano (modelo político econômico que inseria o estado como condutor de todo processo financeiro), as soluções e ajustes macroeconômicos difundidos pelo ideal neoliberal implicavam, entre outros elementos, redução do papel do Estado no financiamento e provisão de serviços referentes à política social. A política de saúde não ficou isenta (SUMAR; FAUSTO, 2014).

A APS abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Ela é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipes interdisciplinares, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente nestes territórios. Ela se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir assim uma atenção integral (BRASIL, 2012a).

A terminologia “Atenção Primária à Saúde” comumente remete ao entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada em equipes de saúde de baixa complexidade assistencial, estas equipes se caracterizam pelo uso diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, privilegiando ações de promoção em saúde. É senso comum também, a ideia que estes locais são a porta de entrada do usuário no sistema de saúde, cabendo-lhes a resolutividade de casos menos complexos e a promoção de saúde no intuito de

amenizar as reincidências de doenças relacionadas à hábitos e condições de risco sanitário comportamental (LAVRAS, 2011).

No entanto, a APS 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 (BRASIL, 2012a).

A APS é considerada um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se no seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde. A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde (BRASIL, 2011b).

As atividades de trabalho na APS são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão participativa, sob a forma de trabalho em equipe e de maneira intersetorial, pois, considera a saúde o resultado de múltiplos fatores, não limitados apenas às questões biológicas. Ela permite aos usuários melhor acessibilidade geográfica, visto que uma das suas formas de organização se baseia na importância de aproximação da população. Suas ações são desenvolvidas de forma descentralizada, próxima da vida das pessoas, e deve ser o contato preferencial dos usuários aos serviços de saúde, assim, este entendimento deve ser vital para os gestores e profissionais de saúde na organização deste serviço no intuito de privilegiar ações que contemplem esta característica (PAIM *et al.*, 2011; BRASIL, 2012a).

A APS fundamenta-se na ideologia que o papel da comunidade vai muito além da cobrança pelos resultados do sistema de saúde, considerada o indivíduo participante do processo de construção da sua saúde por meio de uma não segregação de seus contextos sociocultural e sociodemográficos (SILVA; SILVA; BOUSSO, 2011).

Evidenciam-se condições de saúde potencialmente melhores em países com maior número de pessoas assistidas por uma APS resolutiva (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Nos últimos anos, os enunciados da política de APS brasileira vêm ganhando reformulações e aprimoramentos. A Política Nacional de Atenção Básica, publicada em 2006 e sua revisão em 2011 situam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como caminho prioritário para reorganização da APS. A ESF evoluiu demograficamente ao passar dos anos, atingindo em janeiro de 2013 uma cobertura nacional de 105 milhões de habitantes (54% da população) (BRASIL, 2015).

A ESF possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa. Permite o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, sendo possível construir vínculos mais espontâneos e mais naturais com a população, “ir além da técnica” no sentido de transformar técnicas e protocolos em meios para se alcançar um fim maior, no qual o incentivo para que os usuários desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade, esteja em primeiro lugar (VASCONCELOS, 2001).

A ESF propõe uma dinâmica de estruturação dos serviços de saúde, assim como para a relação com as pessoas, as famílias e as comunidades. Necessita de avaliação constante quanto ao oferecimento de uma assistência integral e resolutiva e humanizada das práticas de saúde, visando sempre a qualidade de vida da população e a saúde como direito de cidadania (ALVES, 2005).

Portanto, a avaliação da presença dos atributos da atenção primária e do funcionamento da ESF em consonância com os princípios do SUS, deve ser uma atividade a acontecer no âmbito nacional, regional e local, com vistas a fornecer subsídios para as adequações necessárias, principalmente por se tratar de um processo em implantação e com tendência a universalização (VIANA, 2012).

Avaliar os serviços da ESF, tomando por base o comportamento dos usuários, favorece o conhecimento de aspectos do trabalho que vem sendo desenvolvido e, consequentemente, apontam-se possibilidades e caminhos para o seu redirecionamento (MOURA; AGUIAR, 2004).

A avaliação é considerada uma das mais antigas atividades, presente desde os primórdios na história da humanidade. Hoje, poucos ousariam se posicionar contra a transparência de uma

avaliação e seus resultados nos serviços de saúde. O conceito de avaliação de programas públicos surge internacionalmente logo após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Para essa finalidade, foram desenvolvidos inúmeros métodos a fim de possibilitar a análise das vantagens e dos custos de programas (SCHIESARI, 2014).

Cresce a valorização da avaliação como prática no âmbito da gestão pública, este fato tem sido apontado como um fenômeno ocorrido no mundo pelo menos nos últimos cinquenta anos (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

A qualificação das ações de saúde é uma constante preocupação da OMS desde a década de 80. Inicialmente, o foco era no custo-efetividade das ações de saúde, mas com a evolução dos debates a qualidade passou a ter papel central. O conceito de qualidade é complexo uma vez, que não existe um consenso único, vários fatores definem a qualidade de um sistema de saúde, fatores estes que estão associados a cultura, a temporalidade, aos valores da sociedade, com consequente mudança nos critérios para avaliar a qualidade da atenção (SERAPION; SILVA, 2011).

A origem do conceito de avaliação em saúde remete a Donabedian, para este teórico a avaliação dos serviços de saúde pode ser realizada por meio da eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (os sete pilares da qualidade) e da tríade estrutura-processo-resultados. A estrutura é definida como os recursos para a execução dos serviços, o processo, como o conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes e da dinâmica apresentada na inter-relação entre elas; e os resultados, como os efeitos ou os produtos das ações dos serviços de saúde (DONABEDIAN, 1990).

De modo amplo, a palavra avaliação está relacionada à determinação de valor, quantificação, tendo como base uma escala de referência. De modo mais específico, o objetivo de uma avaliação de programa é produzir efeitos e resultados concretos, fundamentando as decisões a serem tomadas por gestores, executores e sociedade civil em geral. Serve para aprimorar um programa ou serviço e modificá-lo a partir do conhecimento de suas qualidades e fraquezas, aprendendo a partir de experiências anteriores, verificando sua eficiência e eficácia, de acordo com os objetivos aos quais se propõe. Também é utilizado para mensurar resultados e

impactos de uma atividade e distingui-los da influência de outros fatores externos, esclarecer se os custos de uma atividade se justificam, informar decisões quanto à expansão, melhorar a concepção e gestão de atividades futuras, comparar a eficácia de intervenções alternativas e aumentar o grau de responsabilização pelo resultado (FINKLER; DELL'AGLIO, 2013).

O produto na saúde possui várias características peculiares que dificultam a sua avaliação. A dimensão do processo de trabalho na saúde tem como objeto o cuidado, que advém da demanda dos indivíduos, das famílias, dos grupos sociais, das comunidades e da coletividade. Este produto final, o cuidado, é consumido no ato da sua produção, não pode ser estocado, sofre grande influência do seu consumidor no ato da sua produção e é de difícil padronização por ser um trabalho coletivo (PAULA *et al.*, 2014).

O monitoramento da qualidade assistencial é considerado necessário à consolidação do SUS, ao subsidiar o gerenciamento dos serviços de saúde e o aprimoramento da atenção fornecida nos diversos níveis assistenciais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Os serviços de saúde compõem uma rede complexa de assistência, que envolve vários setores e ações, como prevenção, cuidado, tratamento e promoção, onde há a interação de diferentes atores, entre os quais a população, corporações, gestores, dirigentes políticos, profissionais e segmentos empresariais. A administração de todo esse contexto, seja público ou privado, exige controles e avaliações permanentes, ou seja, instrumentos que ofereçam informações eficazes aos gestores para as tomadas de decisões (AYACH; MOIMAZ; GARBIN, 2013).

Por meio da avaliação, é possível identificar os possíveis resultados esperados na APS, permitindo, assim, concluir a modificação no estado de saúde do usuário decorrente da atenção de saúde prestada. Este resultado será utilizado como parâmetro para o juízo de valor a ser emitido na avaliação dos resultados alcançados pelos serviços de APS (TANAKA, 2011).

Várias iniciativas com foco na avaliação da APS vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde a década de 1990. Pesquisas são incentivadas pelo Ministério da Saúde para avaliações dos serviços de saúde no intuito de nortear a elaboração e a reorientação de políticas e programas da APS (BRANDAO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Existem desafios substanciais para estabelecer parâmetros de avaliação na APS. Para esta superação, pesquisadores do *Primary Care Policy Center* elaboraram uma série de instrumentos para avaliação da APS, reunidos no chamado *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Essas ferramentas balizam-se nos atributos essenciais e derivados da APS sistematizados: acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural. Mais recentemente, o MS, propôs a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ). Este instrumento de autoavaliação contempla elementos normativos, sendo aplicado a gestores de serviços e sistemas de saúde e a profissionais da saúde, de forma voluntária, com o objetivo de nortear a resolução de problemas e promover a melhoria da APS (BRASIL, 2012b).

Outra forma de avaliação da APS seria a mensuração indiretamente. Esta verificaria o desempenho da APS e sua qualidade de impacto por meio do acesso e resolutividade nos níveis secundários e terciários (MELO; EGRY, 2014). Até hoje, várias são as dificuldades de acesso para a população, vários são os problemas em se tornar uma verdadeira porta de entrada do sistema, fazendo com que a busca por serviços de urgência seja a solução encontrada (SILVA; VIEIRA, 2014).

A crescente procura por serviços de urgência/emergência hospitalar (SUH) transforma esta área em uma das mais problemáticas do SUS. A lotação exagerada dos serviços hospitalares de urgência e emergência e a sobrecarga nos serviços secundários e terciários pela procura frequente de resolução de agravos muitas vezes concernentes à assistência inicial na ESF induzem a uma análise sobre a resolutividade no acolhimento das urgências e emergências nos serviços de APS (LUMER; RODRIGUES, 2011).

O atendimento de urgência e emergência objetiva restabelecer a queixa e/ou demanda vital do usuário atendido. Ao absorver pacientes de outras unidades de saúde, com quadros clínicos das mais diversas complexidades e especialidades, o serviço torna-se ocioso em potencial de atendimento, recebendo demanda com problemas de saúde que poderiam ser sanados na atenção primária, superlotando-o (COELHO *et al.*, 2010).

A análise desses atendimento e internações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária, mas também para avaliar o desempenho do

sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na APS, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado (FERREIRA *et al.*, 2014).

Todo o processo de avaliação deve ser encarado pela necessidade de enfrentamento de seus desafios. Nacionalmente, durante sua evolução, a APS apresentou várias vitórias e muitos desafios. Em relação ao uso dos serviços de saúde, 57% do público brasileiro utiliza a atenção básica como seu serviço de saúde de uso habitual. Além disso, os usuários das ESF afirmam que os encaminhamentos aos serviços hospitalares são mais efetivos quando feitos pela equipe saúde da família, ocorrendo uma redução no tempo de espera quando o encaminhamento é feito pela equipe de ESF quando comparado com outras fontes (ALMEIDA *et al.*, 2010).

Ao referenciar-se a ESF cita-se dificuldades como a desarticulação do trabalho em equipe, com sinais de atuação individualizada e de sobreposição de ações; a carência de recursos de apoio; as limitações de infraestrutura das unidades e a desvalorização da população ao modelo (MOUTINHO *et al.*, 2014). Todas estas dificuldades contribuem para o aparecimento de demandas – que deveriam ser sanadas na APS - em serviços de Urgência e Emergência, além disso, uma proporção significativa da população ainda busca os serviços especializados sem encaminhamentos feitos pela APS (ALMEIDA *et al.*, 2010).

1.2 Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): sinalizador para a avaliação da APS

A avaliação da efetividade da APS contribui para orientar a gestão e as políticas de saúde. Um dos sinalizadores para auxiliar nesta avaliação são as CSAP. As CSAP constituem um grupo de doenças, como as preveníveis por vacinação, pneumonias, diabetes, hipertensão e outras, para as quais o cuidado ambulatorial efetivo e oportuno pode reduzir o risco de internação hospitalar, através de ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e manejo adequado (ABAID; NEDEL; ALCAYAGA, 2014).

Sua origem é internacional. Nasce a partir do *ambulatory care sensitive conditions*, desenvolvido por Billings, no ano de 1993, como um corolário do conceito de mortes evitáveis, traduzido livremente para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Em 2008, o Ministério da Saúde brasileiro publica

uma lista de CSAP utilizando marco conceitual proposto por autores internacionais com algumas adaptações para o nosso país (BRASIL, 2008).

A lista brasileira das CSAP (ANEXO A) foi elaborada por a partir de uma revisão de literatura e da análise do modelo americano original, seguida por uma oficina em que as condições foram selecionadas de acordo com os seguintes critérios: existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde, ser uma condição de fácil diagnóstico, ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro), ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização, haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente e o diagnóstico não ser induzido por incentivos financeiros (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014). A lista possui 20 grupos de diagnósticos, 120 categorias de CID e 15 subcategorias. A partir de então, estudos no Brasil vêm utilizando as CSAP como indicador indireto da qualidade ambulatorial ou, mais especificamente, da APS (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008; NEDEL *et al.*, 2008; CALDEIRA *et al.*, 2011; BATISTA *et al.*, 2012;).

O monitoramento das CSAP tem a finalidade de identificar camadas da população sem acesso à atenção ambulatorial bem como conhecer o impacto disso no sistema de saúde. Análises e monitoramentos das CSAP impactariam na diminuição do risco de internações (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, 27% das internações ocorrem devido a estas condições evitáveis. Entre os agravos que levam a internações por CSAP prevalecem as doenças imunizáveis, transmissíveis, patologias cardíacas e respiratórias, do aparelho circulatório e relacionadas ao pré-natal e parto. A redução das internações por CSAP é um dos marcadores da efetividade da ESF, pelo pressuposto de que as pessoas hospitalizadas não receberam atenção à saúde oportuna e adequada no nível primário, levando a um agravamento de sua condição clínica (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

O estudo de Nedel e colaboradores (2008) agrupa uma nova forma de análise destes dados, percebendo que as CSAP, independente das internações, permitem identificar grupos carentes de atenção à saúde adequada. As CSAP não avaliam determinantes pessoais da condição clínica do paciente ou a qualidade do ato médico que leva à hospitalização, mas o resultado de

políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde (NEDEL *et al.*, 2008). Agrega-se a esta ideologia o estudo de Martins e Franco (2013) que objetivou quantificar a demanda de pacientes para um serviço de saúde terciário por CSAP cardiológicas em município de médio porte no sul do Brasil, independentemente de ter ocorrido internação. Este estudo mostrou que a lista de CSAP pode ser base para a construção de novos métodos de avaliação da APS (MARTINS; FRANCO, 2013).

A evolução de um cliente nos níveis de atenção à saúde demonstra possível complexidade da enfermidade ou não resolutividade do caso em níveis primários. Por isso, os atendimentos de urgência e emergência, quando crescentes, são fortes sinais de alerta para uma análise mais criteriosa. Uma frequente superlotação dos serviços de urgência é observada, sendo que a demanda nem sempre corresponde a pacientes com necessidade imediata de intervenção (RIEGEL *et al.*, 2014).

Recomenda-se que o indicador CSAP não seja utilizado isoladamente, pois pode levar a hipóteses superficiais acerca da realidade. No entanto, quando associado de forma complementar com outros dados, este indicador é uma eficaz ferramenta necessária para análises da situação em saúde dos municípios e um aliado em seu planejamento (UGÁ *et al.*, 2013).

1.3 A saúde da criança, seus atendimentos nos serviços de urgência e emergência e CSAP

As crianças por muitos anos foram tratadas da mesma forma que adultos nas políticas públicas. Foram colocadas no lugar de *infante* (quietinhos, tradução livre do francês), sem voz, como objetos da esfera doméstica. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (AIRÉS, 2011).

O sistema de saúde brasileiro, por muitos anos, manteve a saúde da criança interligada à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. A partir de 1984, por meio do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), surgem estratégias de enfrentamento aos agravos nas condições de saúde da população infantil. Seu foco foi o de promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencentes a grupos

de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde. As ações abrangiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; controle das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e a imunização (MARIA REFRANDE, 2012).

A seguir, em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (BRASIL, 1990).

Em decorrência da discrepância regional existente no país, em 1996, adota-se principalmente pelas regiões norte e nordeste do Brasil, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Este modelo surge como estratégia para a APS na perspectiva de uma avaliação dos desencadeantes que afetam a saúde infantil, almejando a qualidade da assistência. Essa abordagem origina-se na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e apresenta como objetivo a promoção rápida e significativa da redução da mortalidade infantil no Brasil. Focou-se no conjunto de doenças de maior prevalência na infância, tratando-a na coletividade (BRASIL, 2011c).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual postulava como diretrizes ações que tinham o intuito de fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância. Aprimorando-se, o MS propôs linhas de cuidado, as quais permitiram uma visão ampliada dos usuários em todas as dimensões. Esta forma de organizar a assistência aproxima e articula os três níveis de atenção à saúde, indicando, proporcionalmente, a construção do cuidado integral na saúde da criança (SILVA *et al.*, 2009).

A saúde da criança ganha destaque nos serviços de saúde diante sua característica de maior vulnerabilidade nas condições de saúde (SILVA; VIEIRA, 2014). A APS é um grande pilar na vigilância da saúde infantil uma vez que constitui cenário adequado para o desenvolvimento de ações preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Estas ações consistem na promoção do nascimento saudável, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na imunização,

na promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, no enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e nos cuidados às doenças prevalentes (STÁBILE *et al.*, 2013).

Assistir à criança é mais do que aplicar princípios de atendimento adulto a uma pessoa pequena. As crianças possuem padrões específicos, respostas fisiológicas próprias e necessidades especiais com base em seu porte, maturidade e desenvolvimento psicossocial (COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013).

Diversos fatores colocam a criança em situação de risco. Entre as causas que demandam assistência emergencial estão as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, provocando, muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que constitui a emergência médica de maior importância na área pediátrica (COSTA; MIRANDA; SOUZA, 2013).

Problemas evidenciados, na saúde da criança, relacionam-se às morbidades e hospitalizações por causas evitáveis no país. Entre estas causas que acometem crianças menores de quatro anos no Brasil, predominam as afecções respiratórias, seguidas por doenças infecciosas ou parasitárias, doenças do aparelho digestivo, por causas externas e, as doenças do aparelho geniturinário. Destaca-se que, tais doenças poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações sensíveis e resolutivas ainda na APS (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

A área pediátrica surge em políticas públicas primárias, secundárias e terciárias de saúde, devido à sua relevância nos indicadores de saúde e indicadores de desenvolvimento de uma população no cenário internacional (COUTO *et al.*, 2010).

No setores secundários e terciários, as ações se mostram mais tímidas e mais próximas do modelo materno-infantil histórico como pode-se observar no programa Rede Cegonha. Este programa, implantado em 2011, procura garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. Esta rede propõe ampliar o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal; oferta de transporte adequado no período do pré-natal e no momento do parto; vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto, obtendo-se sempre vaga para a gestante e para o bebê; realização de parto e nascimento

seguros, por práticas humanizadas e eficientes de atenção; acompanhante no parto, de livre escolha da mulher; atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade (BRASIL, 2011d).

Como parte dessa rede de atendimento à saúde da criança, destacam-se os serviços de urgência e emergências no nível terciário. Estes serviços devem estar preparados e organizados para atender a demanda da população pediátrica. Para esta organização, é necessário retirar deles o grande número de pessoas portadoras de demandas por atendimento classificadas como urgências de menor complexidade. Pessoas com situações de emergência que requerem uma menor densidade tecnológica devem ter seus agravos atendidos na APS (MENDES, 2009).

O serviço de urgência e emergência deve atender crianças que necessitam de tratamento imediato. Neste serviço, os quadros são classificados de acordo com a situação e correspondem à ocorrência imprevista de agravos à saúde, com ou sem risco potencial de vida. Em um pronto-socorro pediátrico do Sul do Brasil, em 2010, apenas 4% dos atendimentos caracterizaram atendimentos de urgência e emergência, enquanto 96% seriam de resolutividade nos níveis primário e secundário. Este resultado evidencia uma inversão do papel dos serviços de urgência e emergência que, ao invés de serem destinados a atender situações de emergência, são procurados para atender demandas do nível de atenção primário (ARRUÉ *et al.*, 2013).

Um recente estudo brasileiro sobre atendimento pediátrico nos serviços de urgência e emergência, onde foram analisados 361 atendimentos, apontou que as hipóteses diagnósticas das crianças foram as Doenças Respiratórias, com 58,2%, seguidas das doenças gastrointestinais com 24,9% e das causas externas, correspondendo a 5,8%, ressalta-se que estas condições, são tratáveis na APS. No que se refere ao encaminhamento realizado às crianças após o atendimento, descreve-se que cerca de 96% tiveram alta pois tiveram sua queixa resolvida devido à baixa complexidade do seu atendimento. Estes dados reforçam o apontamento para uma inversão do modelo assistencial (DALCIN *et al.*, 2013).

As doenças respiratórias agudas na infância são as mais comuns causas para a busca de serviço em hospitais. Crianças com doença respiratória apresentam elevado fator de risco para uma deterioração rápida do estado de saúde devido ao aumento no consumo de oxigênio,

diminuição da capacidade residual funcional e maior resistência das vias aéreas. Os componentes cartilaginosos das vias respiratórias tornam-se mais propensos a obstruções com aumento da pressão negativa como ocorre na angústia respiratória. Por causa da mecânica respiratória desfavorável, as crianças desenvolvem insuficiência respiratória mais rapidamente devido a fadiga muscular (McDOUGALL, 2013).

Atendimentos de urgência e emergência na atenção à saúde da criança sempre foram crescentes, agregados às dificuldades para cuidar da criança no ambiente doméstico, nas escolas e creches pelas limitadas ações de promoção da saúde. Uma frequente superlotação dos serviços de urgência é observada, porém a demanda nem sempre corresponde a pacientes com necessidade imediata de intervenção. O que leva ao entendimento de uma descrença nos serviços da atenção básica, supervalorização da atenção hospitalar ou problemas em seu acolhimento. Assim, faz-se necessário o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos para discutir e planejar medidas que amenizem o caos identificado no setor saúde, principalmente no atendimento pediátrico (RIEGEL *et al.*, 2014).

Diferente das CSAP para indivíduos adultos, na área infantil há uma prevalência para doenças agudas, com maior predominância para a área respiratória (CALDEIRA *et al.*, 2011). Observa-se também que gastroenterite, epilepsia e doenças de acometimento do aparelho respiratório estiveram entre as cinco causas mais frequentes de hospitalização na faixa etária pediátrica (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2013).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- ✓ Avaliar os atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços de urgência e emergência hospitalares por meio dos seus registros.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar os atendimentos pediátricos em serviços de urgência e emergência hospitalares quanto aos seus aspectos sociodemográficos e assistenciais.
- ✓ os atendimentos pediátricos em serviços de urgência e emergência hospitalares por meio da lista utilizada das condições sensíveis à atenção primária.
- ✓ Identificar os fatores que levam aos atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços de urgência e emergência hospitalares com suas características sociodemográficas e assistenciais.

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo transversal, documental, quantitativo, analítico.

3.2 Objeto de estudo

Este estudo foi constituído pelos registros dos prontuários eletrônicos do paciente (PEP) de crianças, na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos atendidos pelos serviços de urgência e emergência hospitalar da cidade de Montes Claros disponíveis por meio do sistema Alert® do Hospital Universitário Clemente de Faria. Este sistema é um software que implanta o protocolo de Manchester, utilizado em muitos países para classificar o risco de pacientes que procuram os serviços de urgência e emergência, e que, previamente à decisão de sua implantação nas instituições do Estado de Minas Gerais, um grupo de especialistas brasileiros fez a avaliação desse protocolo quanto à viabilidade de adaptação do mesmo à realidade brasileira (SOUZA, *et al.*, 2011; PORTUGAL, 2002).

Como critérios de inclusão elencou-se os atendimentos registrados no PEP no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014, teste período foi escolhido devido à implantação da informatização dos atendimentos e da classificação de risco de atendimento pelo Protocolo de Manchester. Como critérios de exclusão elencou-se atendimentos ocorridos em finais de semana e feriados municipais, períodos estes que as unidades de APS não se encontram abertas, assim como atendimentos com preenchimento incompletos da totalidade de dados contidos no PEP.

3.3 Amostragem

A amostra foi calculada com base na prevalência de CSAP esperada de 27% (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014). Para a determinação do tamanho da amostra, utilizou-se a fórmula:

$$\frac{n = Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Sendo:

n: é o tamanho total da amostra

z: escore da variável normal padrão (para o nível de confiança de 95%, z=1,96)

p: proporção com que o fenômeno ocorre na população = 0,27

q: complementar de p (proporção com que o fenômeno não ocorre na população) = 0,73

N: tamanho da população = 31382

E: erro máximo admitido (erro de estimativa) = 0,05

Por meio desta fórmula e considerando a margem de erro nesta pesquisa de 5% para mais ou para menos, foi obtida uma amostra de 300,22 acrescida de 20% como segurança para perdas. Para maior precisão da amostra empregou-se o cálculo de correção por efeito de desenho (*D_{eff}*) uma vez que os dados estavam presentes em conglomerados (como no sistema Alert® os registros de atendimento disponíveis são de todos os serviços de urgência e emergência hospitalares, considerou-se os quatro serviço de urgência e emergência da cidade de Montes Claros como conglomerados). Neste estudo o *D_{eff}* utilizado foi de 2 (SEGRI *et al.*, 2011).

Sendo assim a amostra inicial de 361,264 atendimentos pediátricos foi multiplicada por 2 obtendo-se o total arredondado de 723.

3.4 Coleta de dados

O formulário de coleta de dados (APÊNDICE A) foi elaborado a partir de itens do PEP com questões que possibilitaram o alcance dos objetivos da pesquisa, sendo um roteiro resumido do PEP acrescido de informações sobre cobertura da ESF no município colhidas na Coordenação da Atenção Básica do município. O instrumento contempla aspectos sociodemográficos (idade, sexo e procedência) e assistenciais (cobertura da ESF no município, horário de atendimento, complexidade do atendimento, retorno ao serviço de urgência e emergência após o primeiro atendimento e conclusão do atendimento).

Para os itens sociodemográficos deveceu-se os seguintes critérios:

- *Idade:* foram categorizados obedecendo a distribuição de crianças com até dois anos incompletos (crianças menores), de dois a seis anos incompletos (pré escolares) e maiores de seis anos (escolares) (BRASIL, 1990).
- *Sexo:* foram categorizados em masculino e feminino.

- *Procedência:* foram categorizados em área que não possuía cobertura da ESF na data que a criança procurou atendimento, área com cobertura da ESF sem a modalidade de funcionamento do ensino da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na data que a criança procurou atendimento e área coberta pela ESF com a modalidade de funcionamento do ensino de Residência Multiprofissional em Saúde da Família na data que a criança procurou atendimento.

Para os itens assistenciais obedeceu-se os seguintes critérios:

- *Cobertura da ESF no ano de atendimento:* foram categorizados obedecendo dois períodos, o primeiro quando a cobertura da ESF estava presente em 54% do município e o segundo quando a cobertura da ESF estava presente em 90% do município.
- *Horário de atendimento:* foram categorizados obedecendo dois períodos: o primeiro período quando a busca pelo atendimento pediátrico no serviço de urgência e emergência ocorreu quando a ESF se encontrava em horário de funcionamento/atendimento e o segundo período quando a busca pelo atendimento pediátrico no serviço de urgência e emergência ocorreu quando a ESF não se encontrava em funcionamento/atendimento.
- *Prioridade do atendimento:* a classificação de Manchester classifica a prioridade do atendimento quando o cliente procura pelo mesmo, assim, classifica a prioridade por cores: verde, azul, amarelo, laranja e vermelho, respectivamente do cliente com menos prioridade de atendimento para o que possui maior prioridade de atendimento, para esta categoria foram divididos em dois grupos: atendimentos de menor prioridade, classificados como verde e azul e atendimentos de maior prioridade, amarelo, laranja e vermelho, ressalta-se que o protocolo de Manchester estabelece que os paciente classificados como verde e azul devem ser atendidos pela APS).
- *Retorno ao serviço de urgência e emergência após o primeiro atendimento:* foram categorizados em sim ou não.
- *Conclusão do atendimento:* foram categorizados em duas conclusões, a primeira se após atendimento na urgência e emergência se retornou ao domicílio e a segunda se após atendimento na urgência e emergência foi internado.

O formulário elaborado previamente neste estudo foi aplicado pelo pesquisador mediante visitas realizadas no Pronto Socorro do Hospital Universitário Clemente de Faria em horário

previamente agendado pelo serviço e em local determinado pelos mesmos. Os atendimentos utilizados como sujeitos para este estudo foram selecionados por meio de sorteios aleatórios. O período de coleta iniciou em 22 de Dezembro de 2014 e encerrou em 12 de Fevereiro de 2015.

3.5 Análise dos dados

Os dados foram compilados e estruturados em um banco de dados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) for Windows®*, versão 18.0. As etapas da análise incluíram, respectivamente, descrição da amostra, análise de regressão *Poisson* bivariada das características sociodemográficas e assistenciais com as CSAP (variável dependente) – teste do qui-quadrado, razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC: 95%) – e análise multivariada. A análise multivariada também foi realizada por meio de Regressão de *Poisson* com variância robusta, utilizando-se a mesma variável dependente (CSAP), e como variáveis independentes aquelas com nível de significância estatística do valor de $p<0,25$ nas análises bivariadas. Ao final da análise, as variáveis com pelo menos uma categoria com valor de $p<0,05$ no teste de *Wald* foram consideradas associações estatisticamente significantes com o desfecho.

3.6 Aspectos éticos

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e autorização do Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF) (APÊNDICE B) quanto à realização deste estudo por meio do termo de concordância da instituição para participação em pesquisa. A pesquisa foi aprovada através de parecer 918.061 de 17/12/2014 (ANEXO B).

Foi garantida toda a privacidade dos dados, bem como observadas e respeitadas as rotinas de trabalho do Pronto Socorro do HUCF para não prejuízo do fluxo de serviço. Foi assegurada a privacidade, a confidencialidade das informações, sendo estas utilizadas exclusivamente para fins científicos, e foi garantido ao Hospital o direito de revogar a decisão de participação da pesquisa a qualquer momento. A pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c).

4 PRODUTO CIENTÍFICO

Atendimentos pediátricos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em serviços hospitalares.

O artigo, produto desta dissertação, será apresentado à *Revista Cadernos de Saúde Pública (Online)* (ISSN 1678-4464, Qualis A2 na área Saúde Coletiva e Enfermagem) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. O artigo foi redigido conforme normas do periódico.

ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERVIÇOS HOSPITALARES.

RESUMO

A Atenção Primária em Saúde é o modelo assistencial responsável pela reorganização de todo sistema de saúde. Sua eficácia pode ser avaliada indiretamente nos outros níveis de atenção à saúde por meio das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), uma lista de doenças que devem ser sanadas em seu âmbito. Este estudo avaliou os atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços hospitalares por meio dos seus registros. Trata-se de um estudo transversal, documental, quantitativo e analítico realizado em uma cidade de médio porte de Minas Gerais. Foram analisados 723 registros de atendimentos pediátricos nos serviços hospitalares de urgência e emergência, escolhidos de forma aleatória no período 2010 e 2014 por meio da Regressão de *Poisson*. Os resultados apontaram que 31,8% dos atendimentos pediátricos hospitalares foram por CSAP. Das crianças atendidas que apresentaram diagnósticos de doenças da lista de CSAP, 82,5% foram classificadas em menor prioridade de atendimento e 84,8% retornam as unidades hospitalares após o primeiro atendimento. Das internações pediátricas ocorridas no período, 37,8% ocorreram por CSAP. As variáveis associadas aos atendimentos pediátricos por CSAP em um serviços hospitalares foram: crianças residentes em áreas não cobertas pela ESF, crianças residentes em áreas cobertas pela ESF sem residência multiprofissional, classificação por atendimento de menor prioridade nos serviços hospitalares e retorno aos serviços hospitalares após o primeiro atendimento. Os resultados denotam que a ampliação da cobertura da ESF e a implantação de programas de formação de recursos humanos como a residência multiprofissional em Saúde da Família pode diminuir as internações e o atendimento pediátrico hospitalar por CSAP, podendo indicar uma ESF mais eficaz. A lista de CSAP pode ser utilizada como importante sinalizador para avaliação da efetividade da ESF. A ampliação da ESF pode reduzir a internação pediátrica por CSAP e a ocorrência de atendimentos pediátricos por CSAP em serviços hospitalares, potencializada por meio da residência multiprofissional em saúde da família nas suas unidades. Desafios apontam para a melhoria da longitudinalidade e do acesso do atendimento pediátrico na ESF.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Estratégia saúde da família. Saúde da criança. Avaliação de serviços de saúde. Hospitalização.

ABSTRACT

The primary health care (PHC) is the assistance model responsible for the reorganization of the whole health system. Its efficiency can be indirectly assessed on the other levels of health care through the Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), a list of diseases that should be remedied in its scope. This study evaluated the PHC through the pediatric consultations by ACSC in hospital emergencies services. This is a cross-sectional, documentary, quantitative and analytic study performed in a medium-sized city in the north of Minas Gerais. 723 records of pediatric consultations in the emergency services comprised in a period from 2010 to 2014 were analyzed and randomly chosen through the *Poisson* regression. The results

showed that 31.8% of the pediatric consultations in the emergency services were for ACSC, prevailing consultations with children aged from 2 to 6 years old (36.8%) and male (54.3%). Among the children who were assisted that were diagnosed with the ACSC disease's list, 82.5% were classified in lesser priority and 84.8% returned to the emergency units after the first consultation. Among the pediatrics hospitalizations occurred in this period, 37.8% occurred due to ACSC. The variables associated to ACSC were: children living in areas not covered by the Family Health Strategy (FHS), children living in areas covered by the FHS without multiprofessional residency, classification by consultation of lower priority in the emergency services and return to the hospital emergency services after the first consultation. The results denote that the expansion of the FHS's coverage and the implementation of human resource training programs as the Family Health multiprofessional residency may decrease the hospitalizations and the pediatric consultations by ACSC in emergency services, indicating a more efficient PHC. It is possible to conclude that the ACSC list can be utilized as an important signaling to the principle's evaluations in the FHSs. The extension of the FHS can reduce the pediatric internalization by ACSC and the occurrence of pediatric consultations by ACSC in emergency services, potentiated through the multiprofessional residency in Family Health in its units. Challenges point to an improvement of the longitudinality and access of pediatric care in PHC.

Key-words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Health. Health services evaluation. Hospitalization.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem suas origens conceituais na Conferência de Alma Ata, onde foi estabelecido que a mesma se tornasse a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população¹. Ela inaugurou a construção de um novo modelo para a saúde voltada para a promoção e a prevenção de agravos². Essa se caracteriza por um conjunto de ações individuais e coletivas, que tem o objetivo de desenvolver uma atenção integral, impactando na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades^{2,3}.

A APS possui programas de atuação em vários ciclos de vida. Dentre eles, a saúde da criança ganha destaque diante sua maior vulnerabilidade nas condições de saúde⁴. A gestão de todo este contexto exige controles e avaliações permanentes, exige instrumentos que ofereçam informações eficazes aos gestores para as tomadas de decisões⁵.

A avaliação da efetividade da APS contribui para orientar a gestão e as políticas voltadas à saúde da criança. Um dos marcadores para auxiliar nesta avaliação são as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). As CSAP constituem um grupo de doenças, como as preveníveis por vacinação, pneumonias, diabetes, hipertensão e outras, para as quais o cuidado ambulatorial efetivo e oportunamente pode reduzir o risco de internação hospitalar, por meio de ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e manejo adequado⁶. As CSAP permitem identificar grupos carentes de atenção à saúde adequada. As CSAP não avaliam determinantes pessoais da condição clínica do paciente ou a qualidade do ato médico que leva à hospitalização, mas o resultado de políticas e ações executadas frente a tais problemas de saúde⁷.

A avaliação dos atendimentos e internações por CSAP é uma ferramenta imprescindível para o monitoramento do desempenho da rede assistencial e a avaliação da qualidade da atenção primária à saúde no contexto internacional^{8,9}. Altas taxas de atendimentos e internações por CSAP são associadas a deficiências da cobertura e no acesso da população ao serviço, e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde da população⁹.

Dados sobre CSAP permitem problematizar alguns dos nós críticos da APS, auxiliando na avaliação das ações de saúde, em especial da ESF¹⁰. Assim, este presente estudo buscou avaliar os atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária em serviços hospitalares.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, documental, quantitativo e analítico baseado nos registros dos prontuários eletrônicos do paciente (PEP) de crianças, na faixa etária de 0 a 12 anos incompletos, atendidas pelos serviços hospitalares de uma cidade polo de médio porte, cerca de 400 mil habitantes. Esta cidade passa nos últimos anos por um processo de ampliação de oferta de serviços de APS por meio da ampliação de cobertura até os 93%¹¹.

Foram considerados elegíveis para o estudo os atendimentos pediátricos oficialmente registrados no PEP no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014. Foram excluídos do

estudo os atendimentos realizados em finais de semana e feriados e todas as amostras escolhidas ocorreram por meio de sorteio aleatório.

A amostra desse estudo foi composta a partir do número de atendimentos no período da mesma, resultando em 31.382 atendimentos. Na determinação do cálculo amostral, foram considerados como parâmetros: uma frequência esperada de 27% do evento para a população¹⁰, um nível de confiança de 95%, acréscimo de 20% para perdas e cálculo de correção por efeito de desenho (*Deff* 2). Esse cálculo resultou em número amostral de 723 indivíduos.

Na coleta de dados, realizadas entre os meses de Dezembro de 2014 e Fevereiro de 2015, foi utilizada um roteiro resumido do PEP acrescido de informações sobre cobertura da ESF no município. Este contempla aspectos sociodemográficos (idade, sexo e procedência) e assistenciais (cobertura da ESF no município, horário de atendimento, complexidade do atendimento, retorno ao serviço hospitalar após o primeiro atendimento e conclusão do atendimento).

Os dados foram compilados e estruturados em um banco de dados, utilizando o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®) for Windows®, versão 18.0. As etapas da análise incluíram, respectivamente, descrição da amostra, análise de regressão *Poisson* bivariada tendo a ocorrência ou não de CSAP como variável dependente e a análise multivariada tendo como variáveis independentes aquelas com nível de significância estatística do valor de $p<0,25$ nas análises bivariadas. Ao final da análise, as variáveis com pelo menos uma categoria com valor de $p<0,05$ no teste de *Wald* foram consideradas associações estatisticamente significantes com o desfecho.

Foram definidas como variáveis independentes as características sóciodemográficas (cobertura da ESF, sexo, idade e região de abrangência) e assistenciais do atendimento (período de busca por atendimento, prioridade do atendimento, retorno ao serviço hospitalar após o primeiro atendimento e conclusão do atendimento).

A pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/2012¹². A pesquisa foi aprovada através de parecer 918.061. Foi assegurada a privacidade, a confidencialidade das informações, sendo

estas utilizadas exclusivamente para fins científicos, e foi garantido ao Hospital o direito de revogar a decisão de participação da pesquisa a qualquer momento.

RESULTADOS

Os dados mostraram (Tabela 1) um equilíbrio em relação à idade das crianças atendidas nos serviços hospitalares, sendo 36,6% (n=265) menores de dois anos, 31,7% (n=229) com idade entre 2 a 6 anos incompletos e 31,7% (n=229) com idade superior a 6 anos. O grupo mostrou-se homogêneo em relação ao sexo, destacando um percentual de 53,8% (n=389) do sexo masculino. Em relação à procedência dos clientes atendidos, os dados apontam que 70% (n=506) das crianças residem em áreas cobertas pela ESF.

Como características dos atendimentos, aponta-se que 84,5% (n=611) das crianças foram atendidas quando a cobertura média pela ESF no município era de 54%. Em relação ao horário de atendimento, 59,6% (n=431) buscam por atendimento em horários em que a ESF está funcionando. Ao avaliar a prioridade do atendimento, 25,2% (n=182) foram classificados como de menor prioridade e 74,8% (n=541) como de maior prioridade. Em 75,5% (n=546) dos casos há retorno na busca por atendimento no serviço hospitalar. Quando verificada a conclusão dos atendimentos, 87,6% (n=633) de todos os atendimentos retornam ao domicílio.

Da totalidade dos atendimentos, 31,8% (n=223) apresentaram CSAP. Das internações, 37,8% (n=34) foram por CSAP. Ao considerar os grupos de doenças das CSAP, observa-se que se descartam as infecções de ouvido, nariz e garganta, constituindo 40,8% (n=91) dos casos, as gastroenterites, 17,9% (n = 40), as doenças das vias aéreas inferiores, 11,7% (n = 26) e a asma, 11,2% (n=25) (Tabela 1).

Tabela 1. Características dos atendimentos pediátricos em unidades hospitalares. Montes Claros, MG, 2010-2014.

Variável	n	%
Aspectos sociodemográficos		
Idade		
< de 2 anos	229	31,7
De 2 a 6 anos	265	36,6
> de 6 anos	229	31,7
Sexo		
Masculino	389	53,8
Feminino	334	46,2
Procedência		
Área não coberta pela ESF	217	30,0
Área coberta pela ESF sem Residência Multiprofissional	415	57,4
Área coberta pela ESF com Residência Multiprofissional	91	12,6
Aspectos assistenciais		
Cobertura da ESF no ano de atendimento		
Cobertura média de 54% da população	611	84,5
Cobertura média de 90% da população	112	15,5
Horário de atendimento		
Atendido em horário de atuação da ESF	431	59,6
Atendido fora do horário de atuação da ESF	292	40,4
Prioridade do atendimento		
Menor prioridade	182	25,2
Maior prioridade	541	74,8
Retorno ao serviço hospitalar		
Não	177	24,5
Sim	546	75,5
Conclusão do atendimento		
Retorno ao domicílio	633	87,6
Internação	90	12,4
CSAP		
Sim	223	31,8
Não	500	69,2
Internações		
Por CSAP	34	37,8
Por outras condições	56	62,2
Classificação das CSAP		
Infecções de ouvido, nariz e garganta	91	40,8
Gastroenterites	40	17,9
Doenças de vias aéreas inferiores	26	11,7
Asma	25	11,2
Pneumonias bacterianas	19	8,5
Infecção de pele e tecido subcutâneo	10	4,5
Infecção do rim e trato urinário	07	3,1
Doenças imunizáveis	05	2,3
Total	223	100

Os dados (Tabela 2) mostraram que as CSAP ocorrem em 36,8% (n=82) das crianças com idade de 2 a 6 anos incompletos, seguida por crianças menores de 2 anos com 33,6% (=75). Quando se analisa a procedência da criança atendida, 40,8% (n=91) destes atendimentos por CSAP são oriundos de áreas não cobertas pela ESF. Ainda, 87,9% (n=196) dos atendimentos com CSAP ocorreram quando a cobertura da ESF no município era de 54%. Quando

analizada sua prioridade no atendimento, 82,5% (n=184) das crianças com CSAP apresentaram situações de maior prioridade. Após o atendimento, 84,8% (n=189) das crianças com CSAP não necessitaram de internação.

Quando as variáveis sociodemográficas e assistenciais dos atendimentos pediátricos foram submetidas à análise bivariada, observou-se que a ocorrência de CSAP teve correlação com as seguintes variáveis: procedência ($p=0,000$ para áreas sem ESF e $p=0,003$ para áreas com ESF sem Residência Multiprofissional), cobertura da ESF no ano de atendimento ($p=0,000$), prioridade do atendimento ($p=0,003$) e retorno ao serviço hospitalar ($p=0,002$) (Tabela 2).

Tabela 2. Resultado da análise bivariada entre CSAP e variáveis sociodemográficas e assistenciais dos atendimentos pediátricos em unidades hospitalares. Montes Claros, MG, 2010-2014.

Variável	Ausência de CSAP		Presença de CSAP		Valor p	
	n	%	n	%		
Aspectos sociodemográficos						
Idade						
< de 2 anos	154	30,8	75	33,6	0,608	
De 2 a 6 anos	183	36,6	82	36,8	0,363	
> de 6 anos	163	32,6	66	29,6		
Sexo						
Masculino	268	53,6	121	54,3	0,869	
Feminino	232	46,4	102	45,7		
Procedência						
Área não coberta pela ESF	126	25,2	91	40,8	0,000	
Área coberta pela ESF sem Residência Multiprofissional	294	58,8	121	54,2	0,003	
Área coberta pela ESF com Residência Multiprofissional	80	16,0	11	5,0		
Aspectos assistenciais						
Cobertura da ESF no ano de atendimento						
Cobertura média de 54% da população	415	83,0	196	87,9	0,000	
Cobertura média de 90% da população	85	17,0	27	12,1		
Horário de atendimento						
Atendido fora do horário de atuação da ESF	194	38,8	98	44,0	0,191	
Atendido em horário de atuação da ESF	306	61,2	125	56,0		
Prioridade do atendimento						
Menor prioridade	143	28,6	39	17,5	0,003	
Maior prioridade	357	71,4	184	82,5		
Retorno ao serviço hospitalar						
Sim	360	72,0	186	83,4	0,002	
Não	140	28,0	37	16,6		
Conclusão do atendimento						
Retorno ao domicílio	444	88,8	189	84,8	0,113	
Internação	56	11,2	34	15,2		
Total	500	100	223	100		

A análise multivariada (Tabela 3) mostrou que a prevalência de atendimento pediátrico em serviços hospitalares por CSAP em crianças que residem em áreas não cobertas pela ESF é

3,26 vezes a encontrada em áreas cobertas pela ESF que possuem a Residência Multiprofissional, já a prevalência de atendimento pediátrico em serviços hospitalares por CSAP em crianças que residem em áreas cobertas pela ESF sem Residência Multiprofissional é 2,24 vezes a encontrada quanto às que residem em área coberta pela ESF com a Residência Multiprofissional. A prevalência de atendimento pediátrico em serviços hospitalares por CSAP em crianças que apresentam classificação por atendimento de menor prioridade nos serviços hospitalares é 1,42 vezes a encontrada em crianças que apresentam classificação por atendimento de maior prioridade nos serviços hospitalares; a prevalência de atendimento pediátrico em serviços hospitalares por CSAP em crianças que retornam aos serviços hospitalares após o primeiro atendimento é 1,62 vezes a encontrada em crianças que buscam apenas um vez por atendimento.

Tabela 3. Resultado da análise multivariada ocorrência de condições sensíveis a atenção primária e variáveis investigadas. Montes Claros, MG, 2010-2014.

Variáveis independentes	RP (IC 95%)	p
Procedência		
Área coberta pela ESF com Residência Multiprofissional	1	
Área coberta pela ESF sem Residência Multiprofissional	2,24 (1,27 - 3,98)	0,006
Área não coberta pela ESF	3,26 (1,85 - 5,79)	0,000
Prioridade de atendimento		
Maior prioridade	1	
Menor prioridade	1,42 (1,06 - 1,92)	0,021
Retorno ao serviço hospitalar		
Não	1	
Sim	1,62 (1,19 - 2,20)	0,002

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou que 37,8% das internações pediátricas foram por CSAP, estas assemelham-se aos apontados em estudos brasileiros recentes^{6,9,10}. Estudos com dados obtidos de internações entre 2007 e 2008 no mesmo município, mostraram que 41,4% das internações pediátricas eram por CSAP¹³, assim, foi possível observar uma redução ao decorrer do tempo no mesmo município.

Inúmeros fatores podem ser determinantes dessa diminuição. Mas, o mais próximo está associado à ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família no município, no mesmo período analisado. Em 2007 a cobertura da ESF deste município era de aproximadamente 50%, chegando em 2014 próximos de 85%¹¹. O aumento da cobertura da ESF consolida o modelo assistencial e as ações de atenção à saúde para a criança. Mais equipes e maior

adequação ao novo modelo de assistência proposto pela ESF apresentam melhores resultados nas ações de atenção à saúde¹⁴.

Outra variável que merece destaque remete-se às causas mais comuns de atendimentos pediátricos por CSAP. Concomitantemente aos dados encontrados neste estudo, as infecções de ouvido, nariz e garganta e as gastroenterites estão entre os cinco grupos diagnósticos mais comuns para CSAP⁹. Com relação às infecções apresentadas, é importante explorar que estas, associam-se ao excesso de poluentes que delineiam a qualidade do ar, responsável pela irritação nas vias respiratórias e diminuição da capacidade pulmonar, assim um forte indicador das más condições sociais e ambientais que ainda persistem na realidade brasileira e uma realidade diária a ser enfrentada na APS⁸.

Nota-se que a gastroenterite ainda é, nos dias correntes, uma das principais causas de consulta, internação e letalidade infantil¹⁵. Estudos internacionais apontam que casos diagnosticados de gastroenterites sugerem a necessidade de um maior incentivo e sensibilização, por parte da APS, para as adequadas medidas de higiene e cuidados para o controle de seus transmissores¹⁶.

Problemas associados à crianças até os dois anos são um grande indicador da saúde populacional. Crianças nessa faixa etária são vulneráveis, a identificação e o conhecimento de tais vulnerabilidades, que culminam no agravo à saúde da criança e sua família, pela equipe multiprofissional, possibilita conferir maior integralidade às ações de saúde, promovendo a utilização de práticas direcionadas para as necessidades destas famílias, fundamento básico para a APS¹⁷. A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações, ações de puericultura devem ter o espaço assegurado nas políticas de atenção à saúde, há de se desenvolver processos avaliativos pertinentes e oportunos capazes de compreender de que forma e em que medida as ações e os princípios da ESF são direcionados à atenção à saúde da criança. Avaliar a atenção e a forma de organização do PSF na saúde da criança é apontar caminhos para as mudanças necessárias e capazes de promover melhorias das ações e das práticas oferecidas a este grupo¹⁸.

Outro dado apontado evidencia que os atendimentos ocorrem quando a ESF está funcionando. A ausência de projeto por parte da APS voltado para demandas espontâneas e problemas agudos, aliada a dificuldade de acesso aos serviços e a incapacidade dos mesmos em aplicar

seus princípios, como a longitudinalidade, acolhimento e integralidade, leva a uma descredibilidade por parte dos usuários, que migram de forma colossal para serviços hospitalares mesmo quando portadores de situações passíveis de resolução da atenção primária¹⁷. A escolha de famílias por serviços hospitalares pode remeter ao desinteresse e diminuição da demanda. Tais percepções demonstraram ausência de interação dos profissionais de saúde, inclusive evidenciaram a carência da escuta, impedindo essencialmente a fusão de horizontes¹⁹.

Um estudo qualitativo²⁰ realizada em unidades de pronto atendimento no Sul do Brasil, apontou que os motivos que levam aos atendimentos pediátricos nestas unidades estão relacionados a compreensão dos pais e cuidadores que a APS não se apresenta resolutiva diante dos problemas de saúde das crianças. Inúmeros problemas foram identificados, como, falta de acesso e morosidade na atenção às crianças; ausência de vínculo desencadeado pelo desinteresse e não responsabilização; carência da integralidade; falta de organização dos serviços pela privação da coordenação.

Outros dados do presente estudo, que reforçam as ideias anteriores, mostram que as crianças com CSAP atendidas nos serviços hospitalares apresentam retorno ao atendimento após a primeira consulta e que as crianças com CSAP que procuram este tipo de serviço não necessitam de internação. O fato das crianças retornarem, ocasionalmente nos serviços hospitalares retratam problemas na longitudinalidade das equipes. A longitudinalidade é importante no trabalho da equipe de saúde da família, e que sua prática está em conformidade com os princípios do modelo assistencial em questão. Este estudo corrobora com outro realizado no Paraná²¹ onde evidencia-se a necessidade uma relação duradoura entre profissional e usuário, acompanhando os diferentes ciclos de vida, conhecendo sua individualidade, o que viabiliza a elaboração de intervenções mais eficazes, chegando à resolutividade dos problemas com maior rapidez.

Outro ponto de destaque é o fato de crianças não cobertas pela ESF terem maior probabilidade de desenvolver CSAP em comparação às que moram em áreas cobertas pela ESF com a modalidade de Residência multiprofissional em SF implantada. Essa modalidade de ensino formal fortalece a reorganização do modelo assistencial com ênfase na promoção da saúde²². O caráter multiprofissional, presente nas diretrizes da APS e reforçado pela Residência, dá à proposta uma capacidade maior de atuação e de efetivamente atuar sobre os

determinantes da saúde²³. Atuar segundo o princípio da integralidade na APS amplia as interfaces a gerir e coloca novas dificuldades e desafios no plano das competências, questões que devem ser consideradas ao se pensar sobre o potencial de cada profissional e as possibilidades dos coletivos trabalharem interdisciplinarmente²⁴.

Nesta atividade o profissional que atua na ESF deve exercitar o método clínico centrado no paciente, desenvolver a prática baseada em evidência e utilizar as ferramentas de acesso e avaliação das famílias. Além da participação ativa no processo de organização, controle e avaliação do serviço: territorialização, cadastramento, sistema de informação, diagnóstico de saúde, treinamento de agentes comunitários de saúde e planejamento²⁵. A qualificação desses profissionais para atuar na ESF estabelece um perfil diferenciado e mais apto a atuar sobre os determinantes de saúde sob responsabilidade da ESF, potencializando uma eficiência e resolutividade²².

No presente estudo as CSAP apresentaram associação estatisticamente significativa para a variável cobertura da ESF no ano de atendimento da criança. O percentual de CSAP apresenta redução com intensidade maior nos grupos de municípios com as maiores coberturas de ESF e com os maiores incrementos de consultas médicas básicas por habitante²⁶.

Uma importante variável assume destaque no presente estudo: a criança atendida com menor prioridade de atendimento apresenta maior risco para CSAP do que as crianças que necessitam de maior prioridade de atendimento. Por um lado a associação estatística com a variável CSAP reafirma a classificação do serviço do serviço hospitalar, mostrando veracidade do processo, por outro, evidencia problemas de acesso e entendimento da proposta da APS. O acesso associa-se à problemas na organização dos serviços, que se traduzem em um formato ainda prescritivo, excludente e pouco participativo em como fazer saúde²⁷. Quando uma mãe/acompanhante busca por atendimento para suas crianças ela almeja agilidade, qualidade da atenção ou simplesmente ser atendidas. A busca pelo serviço de emergência pediátrica, mesmo quando as crianças apresentavam queixas não urgentes, foi justificada pela crença na qualidade do atendimento especializado e pela rapidez e resolubilidade no nível terciário de atendimento²⁸.

O acolhimento, o suporte de especialistas e o apoio matricial contribuem para a organização da ESF no atendimento às diversas necessidades de saúde da população e em sua

resolutividade. Iniciativas para divulgar e promover a ESF entre a população são necessárias para construir uma sólida base de apoio ao SUS²⁹.

O de que crianças que retornam mais vezes ao serviço hospitalar terem maior probabilidade de desenvolver CSAP está diretamente associada ao princípio de resolutividade da APS. Um sistema de saúde resolutivo é entendido como resposta social às necessidades de saúde. Define-se resolutividade como capacidade de solucionar problemas de saúde de pessoas em situação de vulnerabilidade social e biológica, como a criança, independente da complexidade ou nível de atenção³⁰. A ESF demonstra fragilidades no que se refere à atenção à saúde da criança, ficando evidenciada a existência de barreiras organizacionais, impedindo ou dificultando o acesso ao cuidado e sua resolutividade. Percebe-se um cuidado fragmentado, não contínuo e descoordenado em ambos os serviços de atenção primária, demonstrando que tais serviços carecem de estruturação e desenvolvimento de cuidados de saúde resolutivos para a criança e sua família³¹.

CONCLUSÕES

Neste estudo, os resultados apontaram que 31,8% dos atendimentos pediátricos em serviços hospitalares foram por CSAP, prevalecendo atendimentos de crianças com idade entre 2 e 6 anos (36,8%) e do sexo masculino (54,3%). Das crianças atendidas que apresentaram diagnósticos de doenças da lista de CSAP, 82,5% foram classificadas em menor prioridade de atendimento e 84,8% retornam as unidades hospitalares após o primeiro atendimento. Das internações pediátricas ocorridas no período, 37,8% ocorreram por CSAP o que apresentou redução no município, podendo se relacionar com a ampliação da cobertura da ESF. As variáveis associadas à CSAP foram: crianças residirem em áreas não cobertas pela ESF, crianças residirem em áreas cobertas pela ESF sem residência multiprofissional, classificação por atendimento de menor prioridade nos serviços hospitalares e retorno aos serviços hospitalares após o primeiro atendimento.

A lista de CSAP pode ser utilizada como importante sinalizador para avaliação dos princípios da ESF. A ampliação da ESF pode reduzir a internação pediátrica por CSAP e a ocorrência de atendimentos pediátricos por CSAP em serviços hospitalares, potencializada por meio da residência multiprofissional em saúde da família nas suas unidades. Desafios ainda são

encontrados quando se avalia a longitudinalidade e o acesso do atendimento pediátrico na APS.

Este estudo apresenta limitações próprias quanto aos reais motivos de busca por atendimento de pais e acompanhantes das crianças aos serviços hospitalares, além disso há de se analisar a confiabilidade dos diagnósticos médicos no serviço hospitalar, visto que este pode não permanecer como o diagnóstico definitivo do paciente. Este estudo também atenta para uma importante discussão quanto ao valor da ESF e a efetivação de preceitos de acesso e vinculação de atores sociais para a transformação do território. Por meio deste estudo, abre-se a necessidade de aprofundamento investigativo na análise de determinações sociais e métodos de trabalho empregados na ESF que impactam nas CSAP.

REFERÊNCIAS

1. Onocko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Côrrea CRS, Madureira PR, Gama CAP, Dantas DV, Nascimento R. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Públ 2012; 46: 43-50.
2. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
3. Machado DKS, Camatta MW. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. Cad Saude Colet 2013; 21: 224-32.
4. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Rev Bras Enferm 2014; 67:794-802.
5. Ayach C, Moimaz SAS, Garbin CAS. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. Saude soc 2013; 22: 237-48.
6. Abaid RA, Nedel FB, Alcayaga EL. Condições sensíveis à atenção primária: confiabilidade diagnóstica em Santa Cruz do Sul, RS. Rev Epidemiol Control Infect 2014; 4(3):208-14.
7. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Públ 2008; 42(6): 1041-1052.
8. Melo MD, Egry EY. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2014; 48:129-36 .
9. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. Epidemiol Serv Saúde 2014; 23(3): 463-74.

10. Cecconl RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev bras epidemiol* 2014; 17(4): 968-77.
11. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura SF. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> 2015; acesso em 10/03/2015.
12. Conselho Nacional de Saúde. Brasil. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.
13. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2011; 11(1): 61-71.
14. Silva JM, Caldeira AP. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(6): 1187-1193.
15. Carvalho TCN, Gabbay YB, Siqueira JAM, Linhares AC, Parente AT. Conhecimento sobre gastroenterite viral pelos profissionais de saúde de um hospital materno-infantil de referência no Estado do Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2014; 5(3): 11-18.
16. Soares AT, Couto C, Romão P, Melo IS, Braga M, Diogo J, Calhau P. Gastroenterite Aguda por *Campylobacter* Spp: Casuística de uma Urgência Pediátrica. *Acta Med Port* 2014; 27(5):556-60.
17. Oliveira LN, Breigeiron MK, Hallmann S, Witkowski MC. Vulnerabilidades de crianças admitidas em unidade de internação pediátrica. *Rev paul pediatr* 2014; 32(4): 367-73.
18. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, FSCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras, Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(7): 3229-3240.
19. Pina JC, Mello DF, Mishima SM, Lunardelo SR. Contribuições da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. *Acta paul enferm* 2009; 22(2):142-48.
20. Silva RMM, Cláudia S, Toso BRGO, Neves ETR, Rosa M. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *Acta paul. enferm* 2013; 26(4): 382-88.
21. Baratieri T, Marcon SS. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery* 2011; 15(4):802-810.
22. Matos FV, Cerqueira MBR, Silva AWM, Veloso JCV, Morais KVA, Caldeira AP. Egressos da residência de medicina de família e comunidade em Minas Gerais. *Rev bras educ med* 2014; 38(2): 198-204.
23. Pereira MO, Anginoni BM, Ferreira NC, Oliveira MAF, Vargas D, Colvero LA. Efetividade da intervenção breve para o uso abusivo de álcool na atenção primária: revisão sistemática. *Rev bras enferm* 2013; 66(3): 420-28.

24. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva 2013; 18(11): 3203-12.
25. Lancman S, Gonçalves RMA, Cordone NG, Barros JO. Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Rev saúde pública 2013; 47(5): 968-75.
26. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. Saúde soc 2011; 20(4): 912-26.
27. Barbosa SP, Elizeu TS, Penna CMM. Ótica dos profissionais de saúde sobre o acesso à atenção primária à saúde. Ciênc saúde coletiva 2013; 18(8): 2347-57.
28. Lima MB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. Saúde debate 2013; 37(96): 51-61.
29. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Rev Panam Salud Publica 2011; 29(2): 84-95.
30. Tanaka OY. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. Saude soc 2011; 20(4): 927-34.
31. Finkler AL, Viera CS, Tacla MT, Toso BR. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. Acta paul enferm 2014; 27(6):548-53.

5 CONCLUSÕES

Os atendimentos pediátricos em serviços de urgência e emergência foram por CSAP representaram 31,8%. A faixa etária mais representativa apresentou idade entre 2 e 6 anos, o sexo masculino prevaleceu nas crianças com CSAP, e a maior busca por atendimento ocorreu quando a cobertura da ESF era inferior à 60% do município. Das crianças com CSAP, 5% foram oriundas de áreas cobertas pela estratégia saúde da família com a modalidade de ensino residência multiprofissional em Saúde da Família. Acrescenta-se que, das crianças com CSAP, a grande maioria dos atendimentos apresentaram retorno à unidades de urgência e emergência após o primeiro atendimento. A ocorrência de CSAP em atendimentos pediátricos é maior em crianças que residem em áreas não cobertas pela quando comparadas à áreas cobertas pela ESF que possuem a Residência Multiprofissional.

A prevalência de atendimento pediátrico em serviços de urgência e emergência por CSAP em crianças residentes em municípios com cobertura de até 54% do território é maior quando comparada a crianças residentes em municípios com cobertura de 90% do território. Crianças que apresentam classificação por atendimento de menor prioridade nos serviços de urgência e emergência tem maior probabilidade de desenvolver CSAP quando comparadas a crianças que apresentam classificação por atendimento de maior prioridade nos serviços de urgência e emergência; e a prevalência de atendimento pediátrico em serviços de urgência e emergência por CSAP em crianças que retornam aos serviços de urgência e emergência hospitalares após o primeiro atendimento é maior do que em crianças que buscam apenas um vez por atendimento.

A ampliação da cobertura da ESF e a implantação da Residência Multiprofissional em SF, por meio da análise do marcador CSAP, demonstram que são fundamentais para a efetividade e a qualidade da APS. Estas iniciativas precisam ser metas a serem buscadas pelos gestores para o enfrentamento das CSAP na saúde da criança devido ao seu impacto positivo. Estas ações diminuem potencialmente o risco para a ocorrência de CSAP.

Mesmo com estas ampliações, alguns pontos ainda dificultam que a APS se torne efetiva em relação à sua resolutividade, acessibilidade e porta de entrada do SUS. A descrença na resolutividade do sistema por parte de mães/acompanhantes das crianças e a busca por atendimento em níveis terciários para situações que poderiam ser sanadas na APS mesmo

quando a ESF está atendendo trazem a tona problemas comportamentais que deverão ser sanados com conscientização e educação da população quanto a função da ESF. A APS deve ser realizada através dos seus preceitos onde a população torne, verdadeiramente, ativa do seu próprio processo de saúde-doença.

Este estudo apresenta limitações próprias quanto aos reais motivos de busca por atendimento de pais e acompanhantes das crianças aos serviços de urgência e emergência, além disso há de se analisar a confiabilidade dos diagnósticos médicos no serviço de urgência e emergência, visto que este pode não permanecer como o diagnóstico definitivo do paciente. Este estudo também atenta para uma importante discussão quanto ao valor da ESF e a efetivação de preceitos de acesso e vinculação de atores sociais para a transformação do território. Por meio deste estudo, abre-se a necessidade de aprofundamento investigativo na análise de determinações sociais e métodos de trabalho empregados na ESF que impactam nas CSAP.

REFERÊNCIAS

- ABAID, R.A.; NEDEL, F.B.; ALCAYAGA, E.L. Condições sensíveis à atenção primária: confiabilidade diagnóstica em Santa Cruz do Sul, RS. **Rev Epidemiol Control Infect**, vol. 4, n.3, abr 2014.
- AGUIAR, M.E.; MOTA, A. O Programa Saúde da Família no bairro do Bom Retiro, SP, Brasil: a comunicação entre bolivianos e trabalhadores de saúde. **Interface**, Botucatu, v.18, n.50, set 2014.
- ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F; DOURADO, I.; *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 6, jun. 2009.
- ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**, v. 26, n.2, fev. 2010.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n.16, 2005.
- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 2011.
- ARRUÉ, A.M.; NEVES, E.T.; BUBOLTZ, F.L.; *et al.* Demanda de um pronto-socorro pediátrico: caracterização dos atendimentos de enfermagem. **Rev enferm UFPE**, Recife, vol.7, n.4, abr 2013.
- AYACH, C.; MOIMAZ, S.A.S.; GARBIN, C.A.S. Auditoria no Sistema Único de Saúde: o papel do auditor no serviço odontológico. **Saúde soc.**, São Paulo, v.22, n.1, mar 2013.
- BATISTA, S. R. G., JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.; *et al.* Hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012.
- BRANDAO, A.L.R.B.S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C.E.A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan 2013.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.

_____, Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília. 21 Set. 2008. Seção 1:50.

_____, Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011a.

_____, Portaria GM/MS nº2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 21 out. 2011b.

_____, Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

_____, Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União 27 jun 2011d.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de AtençãoBásica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade**: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/2012**. Brasília, 2012c.

_____, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde. Histórico de cobertura SF. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acessado em 10/03/2015.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **População coberta pelas Equipes de Saúde da Família** [Internet] [acesso 2015 Jan 10]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>

CALDEIRA, A. P., FERNANDEZ, V.B.L., FONSECA, W.P.; et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev bras saude mater infant.**, Recife, vol.11, n.1, mar 2011.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev bras epidemiol**, São Paulo, v.17, n.4, dez 2014.

COELHO, M.F.; CHAVES, L.D.P.; ANSELMI, M.L.; *et al.* Análise dos aspectos organizacionais de um serviço de urgências clínicas: estudo em um hospital geral do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**, Ribeirão Preto, vol.18, n.4, jan 2010.

COSTA, P.C., MIRANDA, J.O.F., SOUZA, K.A.O. Assistência pré-hospitalar pediátrica realizada pelo serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU). **Rev cuida fundament**., vol.5, n.4, dez 2013.

COUTO, M.T.; PINHEIRO, T.F.; VALENÇA, O.; *et al* . O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v.14, n.33, Jun 2010.

DALCIN, J.F.; NEVES, E.T.; BIGOLIN, L.; *et al*. Crianças atendidas em pronto-atendimento infantil: perfil clínico e demanda de atendimento. **Rev Contexto saúde**, vol.13, n.25, dez 2013.

DIAS, S.; GAMA, A. Promoción da saúde: Evolução de um paradigma e desafios contemporâneos. **Rev salud pública**, Bogotá, v.16, n.2, abr 2014.

DIAS-DA-COSTA, J. S.; BORBA, L.G.; PINHO, M.N.; *et al*. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2008.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Phatol Lab Med, 1990.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, set 2011.

FERREIRA, J.B.B.; BORGES, M.J.G.; SANTOS, L.L.; *et al* . Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.23, n.1, mar 2014.

FIGUEIREDO, A.M.; KUCHENBECKER, R.S.; HARZHEIN, E.; *et al* . Análise de concordância entre instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde na cidade de Curitiba, Paraná, em 2008. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.22, n.1, mar 2013.

FINKLER, L.; DELL'AGLIO, D.D. Reflexões sobre avaliação de programas e projetos sociais. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 38, jun 2013.

FONTENELLE, L.F. **Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis**

à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura – Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v.20, n.4, Dec. 2011.

MACHADO, D.K.S.; CAMATTA, M.W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde. **Cad saúde colet**, vol.21, abr 2013.

MARIA REFRANDE, S.; SILVA, R.M.C.R.A.; PEREIRA, E.R.; *et al*. Estratégias em saúde da criança: contribuições ao ensino em enfermagem a partir do pensar Merleau-Pontyano. **Rev Cubana Enfermer**, Habana, v.28, n.2, jun 2012.

MARTINS, J.A.F.; FRANCO, S.C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 388-399, jul/set 2013.

McDOUGALL, R.J. **Paediatric emergencies**. Anaesthesia. 2013 Jan;68 Suppl 1:61-71.

MELO, M.D.; EGRY, E.Y. Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo. **Rev esc enferm USP**, vol.48, n.spe, jun 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à Saúde**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. 2009.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

MENDONCA, S.S.; ALBUQUERQUE, E.C. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v.23, n.3, set 2014.

MOURA, E. R. F.; AGUIAR, A. C. S. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia - CE. **Rev bras promoç saúde**. v. 17, n. 4, 2004.

MOUTINHO, C.B.; ALMEIDA, E.R.; LEITE, M.T.S.; *et al*. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trab educ saúde**, vol.12, n.2, set 2014.

NEDEL, F. B.; FACCHINE, L.A.; MARTÍN, M.; *et al*. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, 2010.

NUNES, E.D. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, jan 2015.

OLIVEIRA, B.R.G.; VIERA, C.S.; COLLET, N.; *et al.* Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev bras epidemiol**, vol.13, n.2, 2010.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev bras enferm**, Brasília, v.66, n.spe, set 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G.W.S.; FERRER, A.L.; *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev Saúde Pública**, vol.46, n.2, out 2012.

PAIM, J. S. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde debate**, vol.33, n.81, abr 2009.

_____.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista Lancet**, vol.11, n.31, 2011.

PAULA, M. ; PERES, A.M. ; BERNARDINO, E.; *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, vol.18, n.2, jun 2014.

PEREZ, J.R.D.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad Pesqui**, vol.40, n.140, jan 2010.

PORUTGAL. Grupo de Triagem de Manchester. **Triagem do serviço de urgência**. 2^a ed. Portugal: BMJ Publishing; 2002.

RIEGEL, F.; SILVEIRA SIQUEIRA, D.; BARBOSA, L.G.G.; *et al.* Perfil dos pacientes e atendimentos pediátricos numa unidade de pronto atendimento. **Rev enferm UFPE**, Recife, vol.8, n.5,jun2014.

RODRIGUES-BASTOS, R.M.; CAMPOS, E.M.S.; RIBEIRO, L.C.; *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev assoc med bras.**, São Paulo, v.59, n.2, abr 2013.

SCHIESARI, L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente?. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.10, out 2014.

SEGRI, N.J.; FRANCISCO, P.M.S.B.; ALVES, M.C.G.P.; *et al.* Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA - Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL - São Paulo). **Rev bras epidemiol**, São Paulo, vol.14, n.1, set 2011.

SERAPIONI, M.; SILVA, M.G.C. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciênc saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.11, nov 2011.

SILVA, A.C.M.A.; VILLAR, M.A.M.; WUILLAUME, S.M.; *et al.* Perspectivas de médicos do programa saúde da família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, vol.25, n.2 abr 2009.

SILVA, A.L.A.; MENDES, A.C.G.; MIRANDA, G.M.D.; *et al.* Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.48, n.4, ago 2014.

SILVA, M.C.L.S.R; SILVA, L.; BOUSSO, R.S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v.45, n.5, out 2011.

SILVA, R.M.M.; VIEIRA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev bras enferm**, vol. 67, n.3, set 2014.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde debate**. vol.33, n.81,jan 2009.

SOUZA, C.C.; TOLEDO, A.D.; TADEU, L.F.R.; *et al* . Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Rev Latino-Am enferm**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 1, p. 26-33, Feb. 2011 .

STABILE, A.P.; BRAZ, J.C.; FURTADO, M.C.C.; *et al*. Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev ciênc méd.**, Campinas, vol.22, n.1, jan/abr 2013.

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

SUMAR, N.; FAUSTO, M.C.R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **J manag prim health care**, Recife, v.5, n.2, ago 2014.

TADANO, Y.S.; UGAYA, C.M.L.; FRANCO, A.T. Método de regressão de Poisson: metodologia para avaliação do impacto da poluição atmosférica na saúde populacional. **Amb sociedade**. Campinas, vol.12, n. 2, dez 2009.

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez 2011.

UGÁ, M.A.D.; LAGUARDIA, J.; PORTO, S.M.; *et al.* A efetividade do sistema de saúde brasileiro: uma avaliação através de indicadores referentes a condições evitáveis. **Rev eletr de com inf inov saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, jun 2013.

VALERETTO, F.A.; SOUZA, M.C.; VORPAGEL, M.G.B.O Papel do Enfermeiro Integrante da Equipe da Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. **Brazilian j healt**, v.2, n.2/3, mai/dez 2011.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

VENTURA, D.; PEREZ, F.A. Crise e reforma da organização mundial da saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n.92, ago 2014.

VIANA, L.M.M. **Avaliação da atenção primária à saúde de Teresina na perspectiva das usuárias.** 2012. 127f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, Centro de Ciência da Natureza, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS NO PEP

Título da pesquisa: Registro dos atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária
Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Hospital Universitário Clemente de Faria – Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Frederico Marques Andrade

Endereço e telefone: Rua Monte Castelo, 46, Santa Rita, Montes Claros – MG / (38) 8831-8831

PRONTUÁRIO: _____

Data do atendimento: _____ Horário da demanda: _____

Localidade de origem da criança: _____

Bairro de origem da criança: _____

Área coberta pela ESF: () Sim () Não Área de Residência SF () Sim () Não

Idade da criança (anos): _____ Sexo: () Masculino () Feminino

Cor: () Branco () Negro () Pardo () Amarelo () Não declarado

Acompanhada: () Mãe () Pai () Tio/Tia () Avó/Avô () Irmão () Vizinho
 () Amigo () Outro (especificar): _____

Profissão do acompanhante: _____

CID principal: _____ Triagem inicial: _____

Conclusão do caso (pode ser marcado mais de um): () Medicação seguida de alta () Alta sem medicação () Solicitação de exames () Internação para UTI () Internação para pediatria () Cirurgia imediata () Óbito () Transferência para outra unidade

Criança com histórico de internação anterior: () Sim () Não. Se sim: Data a última internação _____ CID da última internação: _____

Assinatura do responsável pelo preenchimento:

APÊNDICE B–TERMO DE CONCORDÂNCIA INSTITUCIONAL

TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

Título da pesquisa: Registro dos atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária

Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Hospital Universitário Clemente de Faria – Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Frederico Marques Andrade

Endereço e telefone: Rua Monte Castelo, 46, Santa Rita, Montes Claros – MG / (38) 8831-8831

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1-Objetivo: Avaliar a demanda por atendimento pediátrico em um serviço de urgência hospitalar com base em condições sensíveis à atenção primária.

2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Os dados serão coletados no Prontuário eletrônico do Paciente (PEP) de crianças (0 a 12 anos incompletos) atendidas no Pronto Socorro do HUCF, no período de Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014, por meio da aplicação de um formulário específico, construído a partir do PEP do Pronto Socorro do HUCF. Após a coleta de dados serão analisados utilizando o programa estatístico PASW® 18.0 e trabalhados com análise bivariada, teste do qui-quadrado, razões de prevalência (RP) e análise múltipla.

3- Justificativa: Identificar os casos de atendimento / internação por condições sensíveis à atenção primária é de extrema importância para a avaliação do serviço. A identificação dessa demanda é cada vez mais necessária, visto que, o fato de atender as demandas de uma população tão específica quanto a infantil é uma das principais funções de qualquer serviço de saúde no mundo.

4- Benefícios: Os dados coletados serão devolvidos a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros, para que possam planejar ações para elevar a eficácia e a qualidade da assistência prestada à criança no atendimento de suas demandas por serviços de saúde.

5- Desconfortos e riscos: Poderá haver desconforto devido ao tempo desprendido pelos profissionais para orientar em qual local e computador realizar a busca das informações, tal fato se ocorrer será amenizado com o agendamento das coletas, pelos próprios profissionais do serviço de acordo com os melhores horários para tal.

6- Danos: O estudo não tem potencial de causar danos aos profissionais ou indiretamente à população estudada.

7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não são previstos procedimentos alternativos.

8- Confidencialidade das informações : A identidade dos pacientes será preservada. Asseguramos o sigilo e o anonimato das informações que os identifiquem.

Título da pesquisa: Registro dos atendimentos pediátricos por condições sensíveis à atenção primária

Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa: Hospital Universitário Clemente de Faria – Universidade Estadual de Montes Claros.

Pesquisador responsável: Frederico Marques Andrade

Endereço e telefone: Rua Monte Castelo, 46, Santa Rita, Montes Claros – MG / (38) 8831-8831

9- Compensação/indenização : esta pesquisa é de total responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Além disso, nós, nos comprometemos após finalização da pesquisa devolvê-los em forma de dados estatístico a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros.

10- Outras informações pertinentes

Você têm a liberdade de recusar a autorizar a realização deste estudo, bem como retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalização ou prejuízo. Além disso, lhes é garantida a solicitação de informações sobre o andamento do estudo em qualquer fase do mesmo.

11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/ empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição fomentadora da pesquisa.

Cristiane Vieira da Silva / Coordenadora de Apoio à Pesquisa / HUUF
Nome do participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Cristiane Vieira da Silva
Coordenadora de Apoio à Pesquisa
MASP 1306231-0
Hospital Universitário Clemente de Faria

20/11/14
Data

Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa

Frederico Marques Andrade
Nome do Pesquisador

Frederico Marques Andrade
Assinatura do pesquisador

15/11/2014
Data

Endereço e telefone: Rua Monte Castelo, 46, Santa Rita- Montes Claros-MG (38) 8831-8831

Cristiane Vieira da Silva
Coordenadora de Apoio à Pesquisa
MASP 1306231-0
Hospital Universitário Clemente de Faria

ANEXOS

ANEXO A– LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária – CSAP – ALFRADIQUE *et al.*, 2009

Grupos de diagnósticos	CID-10
1. Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
2. Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
4. Anemia	D50
5. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
7. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
8. Asma	J45-J46
9. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
10. Hipertensão	I10-I11
11. Angina pectoris	I20
12. Insuficiência cardíaca	I50, J81
13. Doenças cerebro-vasculares	I63-I67, I69, G45-G46
14. Diabetes mellitus	E10-E14
15. Epilepsias G40-G41	G40-G41
16. Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
19. Úlcera gastrintestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

CID-10: Classificação Internacional de doenças, 10 revisão.

ANEXO A–PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTRO DOS ATENDIMENTOS PEDIÁTRICOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Pesquisador: FREDERICO MARQUES ANDRADE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39338414.5.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 918.061

Data da Relatoria: 17/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza quantitativo. Os dados serão coletados no Prontuário eletrônico do Paciente (PEP) por meio da aplicação de um formulário, estes prontuários serão de atendimentos de Novembro de 2009 a Dezembro de 2014. Após a coleta de dados os resultados obtidos serão utilizados única e exclusivamente para fins científicos. Será utilizado o modelo de regressão de Poisson múltiplo. Inicialmente, será realizada à análise bivariada, selecionando-se para análise múltipla as variáveis que apresentaram nível descritivo (valor do teste de hipótese) de até 25%. O nível de significância estatística considerado para o modelo múltiplo será $p < 0,05$ e o intervalo de confiança utilizado será de 95%

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a demanda por atendimento pediátrico em um serviço hospitalar por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Poderá haver desconforto devido ao tempo desprendido pelos profissionais para orientar em qual local e computador realizar a busca das informações, tal fato se ocorrer será amenizado

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib	Bairro: Vila Mauricéia	CEP: 39.401-089
UF: MG	Município: MONTES CLAROS	
Telefone: (38)3229-8180	Fax: (38)3229-8103	E-mail: smelocosta@gmail.com

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES**



Continuação do Parecer: 918.061

com o agendamento das coletas, pelos próprios profissionais do serviço de acordo com os melhores horários para tal. Benefícios: Os dados coletados serão devolvidos a coordenação da estratégia de saúde da família de Montes Claros, para que possam planejar ações para elevar a eficácia e a qualidade da assistência prestada à criança no atendimento de suas demandas de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O tema é relevante e atual. A redação é clara, objetiva e os marcos referenciais são recentes e pertinentes ao tema do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib	CEP: 39.401-089
Bairro: Vila Mauricéia	
UF: MG	Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180	Fax: (38)3229-8103
E-mail: smelocosta@gmail.com	

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 918.061

MONTES CLAROS, 17 de Dezembro de 2014

Assinado por:
SIMONE DE MELO COSTA
(Coordenador)

Endereço: Av.Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com