

## A PERCEPÇÃO DE MÉDICOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

*The perception of doctors of the family health strategy on hospitalizations due primary care sensitive conditions*

Lílian Amaral Santos<sup>1</sup>

Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira<sup>2</sup>

Antônio Prates Caldeira<sup>3</sup>

Ana Augusta Maciel de Souza<sup>4</sup>

**Resumo: Objetivo:** conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho e sobre o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Método:** trata-se de pesquisa de campo, exploratória e qualitativa. A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. Foi utilizado um roteiro de entrevista, que foi gravada, e, posteriormente transcrita, sendo realizada através da análise de conteúdo. **Resultados:** no processo de análise das entrevistas emergiram duas categorias: “Avaliando o trabalho do médico na Estratégia Saúde da Família” com as subcategorias: “Avaliação fundamentada na satisfação pessoal e do usuário” e “Avaliação fundamentada nos atributos da atenção primária”, e, “A percepção fundamentada em dados quantitativos” com as subcategorias: “Divergências sobre a avaliação fundamentada em dados quantitativos” e “Internações Condições Sensíveis à Atenção Primária: o desconforto do desconhecer.” **Conclusão:** verificou-se a falta de conhecimentos dos médicos sobre as Internações Condições Sensíveis à Atenção Primária, o desconforto desse desconhecimento e a necessidade de qualificação contínua para esses profissionais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Avaliação de desempenho profissional; Pesquisa qualitativa; Hospitalização.

---

1 Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros - FIPMoc.

2 Faculdade de Medicina de Ipatinga - UNIVAÇO/IMES.

3 Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Faculdades Integradas Pitágoras - FIPMoc.

4 Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Faculdades Integradas Pitágoras - FIPMoc. Faculdades Santo Agostinho.

Autor para correspondência: Ana Augusta Maciel de Souza.

E-mail: ana.maciell@hotmail.com

Artigo recebido em: 20/09/2016.

Artigo aceito em: 13/06/2017.

Artigo publicado em: 22/12/2017.

**Abstract: Objective:** to know the perception of the doctors who work in the Family Health Strategy on the evaluation of the work itself and the indicator Hospitalizations for Sensitive Conditions Primary. **Method:** this is field research, exploratory and qualitative. Data collection took place between June and July 2014, through semi-structured interview. an interview script, which was recorded and later transcribed, being performed by the content analysis was used. **Results:** in the interviews analysis process two categories emerged: “Assessing the doctor’s work in the Family Health Strategy” with the subcategories: “Evaluation based on personal satisfaction and the user” and “Evaluation based on the attributes of primary care.” and “The perception based on quantitative data” with the subcategories: “Disagreements on the evaluation based on quantitative data” and “Hospitalizations Sensitive Conditions Primary: the discomfort of not knowing.” **Conclusion:** there was a lack of knowledge of doctors about hospitalizations the Sensitive Conditions Primary, the discomfort of this ignorance and the need for ongoing training for these professionals.

**Keywords:** Primary Health Care; Employee Performance Appraisal; Qualitative research; Hospitalization.

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, a partir de experiências positivas com agentes comunitários de saúde e desenvolveu-se, de forma acelerada, assumindo o *status* de estratégia de reorganização da atenção à saúde, com o propósito de substituir o modelo tradicional de assistência à saúde<sup>1</sup>. A expansão rápida de equipes da ESF trouxe ganhos diversos para a população, com ampliação do acesso aos cuidados primários de saúde, mas também trouxe novos desafios<sup>2,3</sup>. A formação de recursos humanos para equipes da ESF, a capacitação de tais equipes e o acompanhamento de suas ações, ainda, representam questões importantes a serem consolidadas<sup>4,5</sup>.

Ainda, não existe uma proposta sistemática de avaliação da efetividade do trabalho das equipes da ESF, embora existam estudos que registrem melhoria dos indicadores de saúde após a implantação da proposta<sup>6</sup>. Nos últimos anos, o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) se destacaram como propostas do Ministério da Saúde na busca pela melhoria da qualidade da assistência nas equipes da ESF, mas, ainda, não possuem uma medida síntese de efetividade<sup>7</sup>.

A partir de 2008, o Ministério da Saúde publicou uma lista de condições de saúde que, em tese, teriam redução do número de internações a partir de uma atenção primária fortalecida. Esse seria, então, um importante indicador de sua efetividade, retratando um impacto dos cuidados na atenção primária sobre os custos hospitalares. Esse indicador, denominado Internações por Condições Sensíveis à

Atenção Primária (ICSAP), surgiu primeiro nos Estados Unidos e tem sido progressivamente utilizado em vários países<sup>8,9</sup>. Estas internações, simbolizam o estado de saúde que possibilitam que o risco de hospitalização desnecessária seja abrandado, através de intervenções eficientes pelas equipes do cuidado básico<sup>10</sup>.

A identificação de muitas internações por condições sensíveis deve ser compreendida como resultado de deficiências no desempenho do serviço prestado pela atenção primária à saúde. As ICSAP caracterizam possíveis falhas, desde o acesso ao serviço até sua capacidade resolutive, configurando-se como um importante indicador, que garante auxílio na investigação e identificação dessas falhas, bem como suas características relacionadas ao tipo de doença que gerou a internação<sup>11</sup>.

O monitoramento das ICSAP pode representar um importante instrumento para a gestão de saúde, pois é um indicador de desempenho e efetividade dos serviços de saúde. Dessa forma, é relevante conhecer a percepção dos médicos que trabalham na ESF sobre a efetividade do próprio trabalho, incluindo as ICSAP, com o intuito de preencher lacunas de informação sobre temática de extremo valor e gerar subsídios para novos estudos.

A pouca produção acadêmica sobre o tema, no Brasil, destaca a relevância científica da investigação. Por outro lado, o conhecimento acerca da percepção do profissional médico tem o potencial de estimular a discussão sobre a efetividade do trabalho deste profissional da ESF e sobre a construção de indicadores de avaliação da efetividade do cuidado em saúde. No presente estudo, objetivou-se conhecer a percepção dos médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho e sobre o indicador ICSAP.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa de campo, de natureza exploratória, qualitativa. A população alvo do estudo foram médicos que trabalham em equipes da Estratégia Saúde da Família da zona urbana de município situado ao norte de Minas Gerais. A partir da identificação do perfil profissional, foram entrevistados 13 indivíduos. A limitação do número de entrevistas se deu por saturação do processo de análise<sup>12</sup>.

Foram incluídos apenas médicos atuantes na ESF há, pelo menos, um ano e que manifestaram concordância em participar do estudo. Como instrumento de pesquisa, foi utilizado um roteiro de entrevista com algumas questões norteadoras sobre a percepção do médico em relação à avaliação do processo de trabalho e sobre as ICSAP. Foi realizado um estudo piloto, antes da realização da pesquisa, para adequar o roteiro de entrevista.

A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2014, após autorização da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família do município. As entrevistas com os médicos foram, previamente, agendadas, em consonância com a disponibilidade deles e conduzidas em ambiente tranquilo e independente, assegurando a confidencialidade das informações. Todas as entrevistas foram gravadas, e, posteriormente, transcritas. A análise das entrevistas foi conduzida a partir de leitura flutuante e exaustiva das respostas, com uso da análise de conteúdo, segundo os pressupostos de Bardin<sup>13</sup>.

A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela declaração de Helsinki e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa parecer nº 688.486 em 25/06/2014 e os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 13 médicos, com idades entre 25 e 54 anos e tempo de atuação em equipes de saúde da família variando de um a doze anos. A maior parte dos entrevistados possuía especialização na área de Saúde da Família ou residência em Medicina de Família e Comunidade.

A análise das entrevistas permitiu desvelar aspectos importantes da percepção dos médicos que trabalham em equipes da Estratégia de Saúde da Família sobre a avaliação do próprio trabalho desempenhado em suas equipes, por meio de questões norteadoras, que envolviam a avaliação sobre o próprio trabalho, a avaliação da sociedade e dos gestores acerca da efetividade do trabalho na ESF e o conhecimento sobre a lista que define as condições, cujas intenações são sensíveis ao cuidado primário.

Após reiteradas leituras flutuantes das entrevistas, procedeu-se a seleção das unidades de análise, seguindo-se a categorização das falas em temas específicos. Emergiram, a partir desse processo, duas categorias: Avaliação do trabalho na ESF e A percepção sobre indicadores quantitativos. A seguir, serão discutidas cada uma dessas categorias, destacando as respectivas fundamentações e o debate com a literatura, assim como suas subcategorias.

### **Avaliação do trabalho do médico na ESF**

Esta categoria se constituiu de duas subcategorias: Avaliação fundamentada na satisfação pessoal e do usuário e Avaliação fundamentada nos atributos da atenção primária.

### **Avaliação fundamentada na satisfação pessoal e do usuário**

Quando estimulados a conduzirem uma autoavaliação do seu trabalho, os médicos apresentaram percepções positivas sobre o próprio desempenho:

*“Eu acho meu trabalho bem efetivo, é um bom trabalho”*. (M13)

*“Eu avalio de forma positiva, resolutiva... até então sempre foi satisfatório”*. (M04)

A fundamentação utilizada pelos profissionais, para a percepção apontada, destaca a satisfação da comunidade, aferida de modo informal e o acompanhamento contínuo dos pacientes e suas famílias. Os médicos demonstraram em seus registros que existe a necessidade de agradar a população e acreditam que a avaliação positiva do seu trabalho está diretamente ligada ao fato de ter uma população satisfeita:

*“Bom, poderiam ser feitas auditorias junto à população, verificar a satisfação da população”*. (M13)

*“A sociedade é a própria consulta. Eles vão falar se estão gostando ou não (...) Acho que a melhor forma de avaliar é essa, saber se a população está gostando”*. (M01)

O registro, por parte dos médicos, de que uma avaliação positiva está estreitamente vinculada à satisfação dos usuários, representa um aspecto positivo. Durante décadas, a centralidade do cuidado em saúde esteve no ato médico e compunha uma atividade que poderia ser apreciada, mas não mensurada ou avaliada.

Seguramente, os mais importantes trabalhos, no campo da avaliação da qualidade do trabalho em saúde, foram propostos por Donabedian<sup>14</sup>.

Esse autor, ao propor a tríade clássica de avaliação do cuidado em saúde, fundamentada nos pilares “estrutura, processo e resultado”, iniciou também a sistematização da avaliação do cuidado médico. Em um dos seus trabalhos, Donabedian<sup>15</sup> destacava a satisfação do usuário como um aspecto relevante e complementar à visão do médico, associado à aceitabilidade e à conformidade com as preferências do paciente, o que inclui acessibilidade e relação paciente-médico, entre outros aspectos<sup>14</sup>.

Outros autores<sup>15,16</sup> observam a necessidade de a avaliação incluir a percepção do usuário na prática da ESF, destacando que a comunidade é a razão da existência do serviço e deve ser identificada como capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema.

Nos últimos anos, registra-se um crescimento do número de trabalhos acerca da satisfação do usuário e é possível que esse processo tenha relação com as diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e com o fortalecimento do controle social<sup>17</sup>. A dimensão do cuidado é apreendida como uma interação entre sujeitos e, portanto, assumida como uma relação de valores, que tem significados e sentidos voltados ao direito do ser. Assim, a percepção da satisfação do usuário representa uma dimensão importante no processo de avaliação<sup>16</sup>.

É preciso lembrar, também, que a satisfação dos usuários se baseia em padrões subjetivos e pode incluir percepções de ordem afetiva. Nesse sentido a satisfação envolve uma ou mais combinações de experiências passadas, autoestima e expectativas com o serviço de saúde. Ao remeter a avaliação do seu trabalho à satisfação do usuário, o médico assume esses aspectos subjetivos como os mais relevantes, valorizando menos os aspectos objetivos, como os indicadores de saúde, de produtividade ou padrões de qualidade da assistência ao paciente.

### Avaliação fundamentada nos atributos da atenção primária

É relevante destacar que os entrevistados parecem sentir a necessidade de, também, fundamentar sua avaliação em conceitos relacionados às diretrizes do Sistema Único de Saúde para o bom funcionamento da Atenção Primária da Saúde. De forma similar, se referem a aderentes aos atributos da atenção primária. As falas, analisadas acerca dos aspectos que a sociedade e a gestão poderiam utilizar para avaliar o trabalho médico, apresentam citações e parafraseamentos sobre esses atributos:

*“Depois desses oito anos de trabalho eu consigo ser mais efetivo do que assim que comecei”.* (M 03)

*“...a gente pode passar uma coisa (medicamento) e ver se melhorou ou se não melhorou, ajustar, trocar medicação, acompanhar aquele paciente ao longo do tempo mesmo”.* (M 06)

*“por causa da proximidade que a gente tem com os pacientes e com as famílias, a gente percebe uma facilidade muito maior de conduzir esses casos.”* (M 08)

A longitudinalidade foi, reiteradamente, citada pelos entrevistados como um dos fatores mais importantes para “uma boa avaliação”. Esse atributo da atenção primária destaca que cada profissional ou equipe de saúde se responsabiliza pelo atendimento individualizado aos usuários de sua área de abrangência ao longo do tempo, do momento de entrada, nascimento ou mudança, até o momento de saída, mudança ou óbito<sup>18</sup>.

Os entrevistados acreditam que serão bem avaliados se permanecerem com determinada população por mais tempo. Fazem uma reflexão quanto ao início de seu trabalho e o momento de hoje. Acreditam, portanto, que o tempo permite uma me-

lhor atuação, possibilita o conhecimento profundo do seu paciente e como se comportar, uma vez que a população já conhece, também, esse profissional.

Também, há destaque para a coordenação do cuidado, para a integralidade da atenção e para a acessibilidade como indicadores da efetividade do trabalho médico. As falas parecem denotar que os princípios da atenção primária são indicadores que traduzem o quão bem feito tem sido o trabalho médico. Todavia, é relevante registrar que tais princípios são os norteadores da prática e não o resultado do trabalho<sup>18</sup>.

### A percepção sobre indicadores quantitativos

Nessa categoria, foram consolidadas as percepções sobre aspectos objetivos e resultantes (ainda que parcialmente) do trabalho médico, que foram apontados pelos entrevistados.

### Divergências sobre a avaliação fundamentada em dados quantitativos

Não se observou uniformidade nos apontamentos registrados, quando os profissionais foram solicitados a refletirem sobre a forma como a sociedade e os gestores poderiam avaliar objetivamente seu trabalho. Os entrevistados citaram, de forma descoordenada, alguns indicadores de processo e resultado. Porém, demonstram imprecisão e incerteza sobre como deveria ser essa avaliação e a própria aferição dos indicadores, pontuando, de forma mais destacada, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB):

*“Eu acho que... através do próprio SIAB que a gente relata os atendimentos, a produção mensal é uma forma de se avaliar a produtividade, avaliar a efetividade”.* (M 03)

*“Os gestores, eu imagino, que têm as ferramentas de acompanhamento de resultados,*



*que é a forma mais básica... especificamente o Sistema de Informação da Atenção Básica, o SIAB, que fornece alguns dados que podem ajudar”.* (M 06)

*“É difícil medir realmente a qualidade do trabalho. Uma ferramenta que poderia utilizar é verificar, por exemplo, (seria) a quantidade de hipertensos controlados, diabéticos controlados...”.* (M 02)

O SIAB foi implantado como estratégia de suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta e análise dos dados das equipes da ESF. Tem potencialidades para gerar informações e auxiliar o processo de tomada de decisões. Porém, uma revisão integrativa da literatura sobre o tema mostrou que existem importantes fragilidades no sistema, como o uso do mesmo apenas para registro e capacitação insuficiente das equipes<sup>19</sup> Outros autores registram que a utilização do SIAB parece limitada ao registro, sem uma análise crítica do sistema para tomadas de decisão<sup>19,20</sup>. Assim, os apontamentos dos médicos não têm a consistência necessária para destacar o sistema como instrumento de avaliação da adequação dos serviços e/ou das ações de saúde da ESF.

Alguns profissionais parecem entender que se há rastreamento para controle das condições crônicas, o trabalho é bem desenvolvido e destacam, principalmente, a hipertensão arterial e o diabetes. Ao falarem de controle clínico do paciente, criam diferentes ideias para avaliar o processo de trabalho:

*“A gente tem os cadastros de quantos pacientes hipertensos, se estão sendo atendidos... quantos pacientes diabéticos, se eles estão sendo atendidos... para gente olhar na literatura qual que é referência... Então, essas doenças de prevalência maior na comunidade e que são responsabilidade*

*direta do PSF, eu acho que elas têm que estar diagnosticadas num número próximo ao que a literatura diz”* (M 03)

Naturalmente, que a subnotificação e/ou o registro inadequado de pacientes denotam uma atuação irregular da equipe de saúde, mas o simples registro de tais condições não reflete acompanhamento adequado. O controle das doenças crônicas representa uma medida de resultado efetivo que envolve e destaca a importância de ações integrais no âmbito da atenção primária<sup>21</sup>.

Em outra fala, observa-se a ideia de adotar indicadores de saúde mais robustos, como verificar a mortalidade materna e infantil e avaliação, segundo metas pré-estabelecidas:

*“(a avaliação pode ser realizada) vindo a questão dos indicadores relacionados a mortalidade infantil, a mortalidade materna”.* (M 08)

*“Normalmente através de metas. Então, assim, quantas metas a gente tem que cumprir, quantos encaminhamentos a gente fez...”.* (M 09)

Os indicadores de resultado são mais robustos e alguns cuidados materno-infantis, assumidos pelas equipes da ESF, podem impactar positivamente sobre a mortalidade materna e infantil<sup>22</sup>. Nesse sentido, parecem razoáveis as considerações que incluem destaques para tais indicadores. Assim, a pactuação de metas tem respaldo em medidas de âmbito nacional, iniciadas com o Pacto pela Saúde<sup>23</sup>. Em princípio, essa pactuação traz consigo a ideia de implementação de uma política de gestão do SUS, que pode ser compartilhada entre gestores e prestadores de serviços.

Outro destaque quantitativo, apontado pelos entrevistados, trouxe à discussão a “produtividade”, uma ferramenta utilizada por algumas gestões municipais e também tomada como referência para

avaliação objetiva da atuação do médico. Sobre a produtividade foram observados os seguintes registros:

*“Os indicadores de produtividade mesmo, vou dar um exemplo o número de consultas, número de reuniões realizadas, o número de visitas domiciliares, isso é um tipo de indicador que avalia os processos não avalia os resultados...”*. (M 12)

*“A gestão, por enquanto, avalia o trabalho através de metas quantitativas, tantas consultas, tantas visitas, quantos exames eu pedi, quantos encaminhamentos eu fiz. Então, talvez seja uma ferramenta um pouco ineficaz para avaliar a qualidade do trabalho. É difícil medir realmente a qualidade do trabalho”*. (M 02)

*“Mas eu ainda acho que isso (a medida da produtividade do profissional) é pouco, eu acho que atenção primária, ela tinha que ser mais observada. A gente... tinha que ter mais insumo, mas pra isso ela tinha que ser realmente mais observada também e mais cobrada. Eu acho que ...não percebo que a gente é muito cobrado ou que o que a gente alcança é muito reparado”* (M 06)

É notório que os profissionais não possuem um consenso sobre medidas quantitativas para a avaliação na ESF. O registro das falas demonstra uma multiplicidade de considerações sobre os aspectos objetivamente mensuráveis da atividade das equipes da ESF. Esse fato destaca a necessidade de maior discussão sobre o tema, envolvendo os próprios profissionais de saúde, para que todo o conjunto de atores da atenção primária possa refletir sobre a adequação e formação de recursos humanos e sobre a qualidade da força de trabalho nas equipes de saúde.

### **ICSAP: o desconforto do desconhecer**

Em relação à lista nacional de internações

por condições sensíveis, ficou evidenciado o desconhecimento sobre o assunto entre os entrevistados. Nenhum dos entrevistados se referiu, espontaneamente, ao indicador. Quando questionados sobre a percepção acerca da lista, os profissionais apresentaram atitudes corporais negativas, como cruzar os braços, arregalar de olhos, fechar o semblante, seguido de respostas negativas ou interrogativas:

*“Que condições? Qual lista que é? Não sei nem que lista que é essa?”* (M 02)

*“É uma lista que existe mesmo? Não conheço essa lista, então eu acho que eu não tenho opinião nenhuma sobre ela. Nem sei onde encontrá-la”*. (M 06)

O desconhecimento desencadeou comportamentos de desinteresse e descrença para alguns profissionais. Quando orientados sobre a lista, alguns médicos se mostraram relutantes em valorizar o indicador, apontado o conjunto de variáveis envolvidas no processo de hospitalização. É sensato admitir que os médicos que atuam na ESF enfrentam grandes dificuldades, como a alta demanda, alta incidência de casos complexos, dificuldade de referenciamento, entre outros<sup>24</sup>. Nesse contexto, a apresentação de mais um indicador, para aferição da qualidade do trabalho, pode não parecer agradável, justificando as reações observadas.

É digno de nota, entretanto, que no contexto de desconhecimento, algumas falas retratam uma tentativa de aproximação com o tema ou a percepção de que as equipes da ESF devem se sentir corresponsáveis pela ocorrência de hospitalizações, potencialmente evitáveis, por um cuidado adequado e oportuno no nível primário:

*“Eu não tive acesso direto a essa lista... Eu tenho do ponto de vista clínico prático, as doenças que a gente considera evitáveis do ponto de vista da atuação da atenção primária, mas uma lista*



*formalizada eu não tive acesso” (M 03)*

*“...sobre as hospitalizações, a gente não avalia absolutamente o número de hospitalizações e sim relativamente, a gente daria para evitar e nesse sentido até esse indicador que no SIAB tem que é o número absoluto de internações acho que ele não é tão válido com se tivesse um indicador para avaliar se dentre as hospitalizações quais deveriam ser evitadas pela atenção primária a saúde”. (M 12)*

Esse dado aponta um ponto positivo da percepção dos médicos sobre a avaliação do seu trabalho. Outro estudo já havia destacado que os médicos, que atuam predominantemente na atenção primária, tendem a uma maior concordância com a lista das condições sensíveis do Ministério da Saúde, em relação aos profissionais que atual predominantemente em hospitais. Para os autores do referido estudo, essas diferenças destacam uma maior aceitação dos profissionais da ESF de sua responsabilidade sobre o cuidado com afecções, cujos desfechos podem gerar internações desnecessárias<sup>25</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das falas dos entrevistados, foi possível observar a satisfação pessoal quanto ao próprio trabalho e a necessidade de destacar a satisfação da população. Ao considerar as formas de avaliação de seu trabalho, os médicos usaram os princípios do SUS como instrumentos de ponderação, sem observar que os mesmos são norteadores da Atenção Primária a Saúde - APS. A referência aos indicadores quantitativos não se mostrou uniforme entre os profissionais. Sobre as ICSAP, foi possível notar o desconhecimento dos profissionais das equipes da ESF. Entretanto, ao serem informados, verificou-se

o entendimento do potencial deste indicador.

É importante que os profissionais de saúde participem do processo de avaliação e melhoria contínua e que, portanto, conheçam os indicadores de avaliação utilizados, incluindo a lista das condições consideradas sensíveis. É possível inferir a necessidade de qualificação contínua para esses profissionais, com atividades que incluam análises do processo de trabalho e indicadores de qualidade. Nesse contexto, discussões sobre as ICSAP são necessárias e oportunas para os profissionais da ESF, especialmente diante do crescimento do número de equipes de saúde observado nos últimos anos.

## Colaboradores

Todos os autores participaram de todas as etapas de preparação deste manuscrito e declaram não haver conflitos de interesse.

## REFERÊNCIAS

01. ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 3, n. 6, p.452-467, dez. 2005.
02. RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil. Pediatrics, p.534-540, 2010.
03. VICTORA, C. G.; *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet, v 377, n9779, p.1863–1876. 2011.
04. MARSIGLIA, R. M. G. Perfil dos Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde no Município de

- São Paulo: região norte e central da cidade. *Saúde Soc*, 20(4):900-911. 2011.
05. TOMASI E.; *et.al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*, 24(suppl.1): S193-201. 2008.
06. MACIEL, A. G.; CALDEIRA, A. P.; DINIZ, F. J. L. S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. *Saúde debate*, 38(n.esp):319-330. 2014.
07. SEIDL, H., *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*, 38(n.esp):94-108. 2014.
08. BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN; L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs (Millwood)*, 15(3):239-349. 1996.
09. CAMINAL J., *et al.*, Avances en España en la investigación con el indicador “hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria”. *Rev Esp Salud Pública*, 76(3):189-196. 2002.
10. ALFRADIQUE M. E.; *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*, 25(6):1337-1349. 2009.
11. MACINKO J.; *et al.* The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health*, 101(10):1963-1970. 2011.
12. MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC; ABRASCO; 2008.
13. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70; 1979.
14. DONABEDIAN, A. The quality of medical care. *Science*, 200(4344):856-864. 1978.
15. DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114(11):1115-1118. 1990.
16. COTTA, R. M. M. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Sci med*, 15(4):227-234. 2005.
17. UCHOA A. C., *et al.* Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis*, 21(3):1061-1076. 2011.
18. ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*, 10(suppl):303-312. 2005.
19. STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília. Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
20. CARRENO, I.; *et al.* Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão

integrativa. *Cien Saude Colet*, 20(3):947-956. 2015.

21. GIROTTO, E.; *et al.*, Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cien Saude Colet*, 18(6):1763-1772. 2013.
22. MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002", *J Epidemiol Community Health*, 60(1):13-19. 2006.
23. SOUZA, M. K. B.; TEIXEIRA, C.F. Implementação do pacto de gestão do sus: o caso de um município baiano, 2007-2010. *Rev Baiana Saúde Pública*, 36(4):951-968. 2012.
24. VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M.R.G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. *Ciênc saúde coletiva*, 16(supl.1):1497-1504. 2011.
25. CARNEIRO, J. A. *et al.* Percepção de médicos sobre a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. *Rev APS*, 14(3):296-302. 2012.