

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O
SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS
PARA O SUS**



**PCATool e Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde:
Ferramentas de Inovação Tecnológica na Avaliação da Qualidade da APS**

SALICIANO ALVES DE LIMA

**Porto Alegre
2017**

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O
SUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO E PRODUÇÃO DE TECNOLOGIAS
PARA O SUS



**PCATool e Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde:
Ferramentas de Inovação Tecnológica na Avaliação da Qualidade da APS**

SALICIANO ALVES DE LIMA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS no Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Orientador: Claunara Schilling Mendonça

Coorientador: Vânia Hirakata

Banca examinadora (titulares): André Klafke, Luciane Kopittke, Marcelo Gonçalves (examinador externo), Margarita de Diercks (suplente)

Porto Alegre
2017

Agradecimentos

À minha esposa Suzana, pelo apoio incondicional, paciência e compreensão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação e Produção de tecnologias para o SUS e a todos os seus professores e colaboradores, pelo aprendizado desenvolvido durante esta formação.

Aos colegas de turma, pelo incentivo constante, perseverança e agradável convívio.

Às minhas orientadoras, Claunara e Vânia, por todo o suporte técnico fornecido, pelos importantes ensinamentos, pela paciência e pela disponibilidade.

Aos meus pais Salete e Iluilton, por tudo.

SUMÁRIO

1- APRESENTAÇÃO.....	11
2- OBJETIVOS.....	12
3- INTRODUÇÃO.....	13
4- REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 – INTERNAÇÃO POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP).....	16
4.2 – AVALIAÇÃO DA APS E <i>PCATool</i>	21
4.3 – EXPANSÃO DA ESF x QUALIDADE DA APS.....	23
5- REFERÊNCIAS.....	26
6- ARTIGO.....	34
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
8- ANEXOS.....	48
8.1 ANEXO A – APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	48
8.2 ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PCATool Brasil – Versão Reduzida.....	50
8.3 ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
8.4 ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA RBMFC.....	59
9- APÊNDICES.....	63
9.1 APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA.....	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internações Hospitalares
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EG APS	Escore Geral de Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
POA	Porto Alegre
PCATool	Primary Care Assessment Tool
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PUC	Pontifícia Universidade Católica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBE	Saúde Baseada em Evidências
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

SPSS Statistical Package for the Social Sciences - Pacote estatístico para as ciências sociais

SSC Serviço de Saúde Comunitária

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UTI Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tendência das taxas de internações CSAP e não CSAP.....	17
--	----

LISTA DE TABELAS (artigo)

Tabela 1 – Caracterização do perfil socioeconômico, demográfico e condições de saúde	38
Tabela 2 – Distribuição das Internações totais e ICSAP.....	39
Tabela 3 – Valores médios do Escore Geral da APS (EGAPS) e associação com variáveis de controle da saúde.....	40
Tabela 4 – Associação entre o EG APS e as variáveis de controle da saúde, por regressão linear.....	41
Tabela 5 – Distribuição dos principais grupos de ICSAP dos pacientes internados no HNSC, nov/16 a fev/17.....	41

RESUMO

Há diversas formas de avaliar a qualidade de serviços de atenção primária à saúde (APS). Aferir o escore de atributos essenciais e derivados de unidades de APS mostrou-se importante, principalmente se utilizadas ferramentas validadas, como o Primary Care Assessment Tool (PCATool). A identificação da taxa de internação por condições sensíveis à APS (ICSAP) também vem a desvelar uma forma de monitorar e avaliar a efetividade de serviços de cuidados primários. Utilizar o *PCATool* e a taxa de ICSAP em conjunto pode ser uma inovação tecnológica importante na avaliação de desempenho dos serviços de APS, contribuindo para seu aperfeiçoamento contínuo. O presente trabalho tem o objetivo de avaliar os atributos do APS, por meio do *PCATool* reduzido, em pessoas internadas por condições sensíveis à APS (CSAP) no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). Foi realizado um estudo transversal, com coleta de dados sociodemográficos, de saúde e aplicação do *PCATool* reduzido, em pessoas internadas por CID10 de CSAP, no período de novembro/2016 a fevereiro/2017. Foram entrevistados 112 indivíduos hospitalizados por ICSAP no HNSC. Os resultados apontam para baixos escores de *PCATool*, média de 4,74, mas com forte correlação positiva entre os melhores escores e a presença de um médico de referência, pertencer a uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de ter procurado a APS nos 15 dias que antecederam a hospitalização. A maior parte dos indivíduos tinha baixa condição socioeconômica e escolaridade. Não foi encontrada associação entre os indicadores do *PCATool* e o tempo de permanência no hospital ou índice de morbidade hospitalar (escore de Charlson). Pessoas internadas por CSAP apresentam baixos escores de *PCATool*, mas estratégias que fortalecem a APS podem repercutir em melhores desfechos clínicos. Unidades da ESF mostraram-se mais efetivas e com maior grau de orientação à APS, em relação à atenção básica tradicional. Monitorar o desempenho da atenção primária é fundamental dentro do processo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (ATS). Nesse sentido, o *PCATool* e as ICSAP são ferramentas inovadoras nesse processo de ATS aplicado à Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Qualidade da Assistência à Saúde; Assistência ambulatorial.

ABSTRACT

There are several ways of evaluating the quality of primary health care services (PHC). Assessing the score of essential attributes and derivatives of APS units has been shown to be important, especially if used validated tools such as the Primary Care Assessment Tool (PCATool reduced). The identification of The hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (HACSC) has also been shown to monitor and evaluate the effectiveness of primary care services. Using PCATool and the HACSC rate together can be an important technological innovation in assessing the performance of PHC services, contributing to their continuous improvement. The objective of this study was to evaluate the APS attributes, through PCATool reduced, in people hospitalized for APS-sensitive conditions (ACSC) at Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC). A cross-sectional study was carried out, with data on socio-demographic, health and application of reduced PCATool, in people hospitalized for CID10 from ACSC, from November / 2016 to February / 2017. Were interviewed 112 individuals hospitalized for HNSC with HACSC. Results pointed to low scores for PCATool, mean of 4,74, but with a strong positive correlation between scores and the presence of a referral physician, belonging to a family health strategy team (FHS) and having sought PHC in the 15 days prior to hospitalization. Most of the individuals had low socioeconomic status and schooling. No association was found between PCATool indicators and length of hospital stay or hospital morbidity index (charlson score). People hospitalized for ACSC have low PCATool scores, but strategies that strengthen PHC can have better clinical outcomes. FHS units are more effective and with a greater degree of orientation towards PHC in relation to traditional basic care. Monitoring the performance of primary care is fundamental within the process of Health Technology Assessment (ATH). In this sense, PCATool and HACSC are innovative tools in this ATH process applied in Primary Health Care.

Keywords: Quality of Health Care; Primary Health Care; Hospitalization; Ambulatory care.

1– APRESENTAÇÃO:

Entrei no mestrado profissional em Avaliação de Tecnologias de Saúde (ATS) estimulado pela minha vida profissional. Como médico de família e médico de urgência e emergência, sempre fui um entusiasta da saúde baseada em evidências (SBE) e da prevenção quaternária (P4). As intervenções médicas diagnósticas, preventivas e terapêuticas, podem – muitas vezes, estar associadas a riscos não desprezíveis. Ter uma prática baseada no conjunto das melhores evidências disponíveis, individualizada para cada pessoa, associada à utilização de técnicas do método clínico centrado na pessoa, parece-me a melhor forma de conduzir uma boa prática clínica.

Ao escolher um mestrado com foco em ATS, tenho a oportunidade de qualificar-me e de incorporar competências úteis ao meu dia-a-dia da vida profissional, tanto na assistência clínica individual quanto na capacidade de gestão.

Conhecer e estudar instrumentos que auxiliem na avaliação de efetividade e desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS), tal qual o PCATool e as Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP), são extremamente relevantes, por contribuir com novas evidências, além de proporcionar auxílio aos gestores e profissionais da saúde da APS na qualificação de suas ações. Dessa forma, as mencionadas estratégias contribuem para ampliar a resolutividade da atenção primária e melhorar a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) são ferramentas fundamentais no aperfeiçoamento do Sistema de Saúde.

Este trabalho consiste na tese de mestrado intitulada por “*PCATool e Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde: Ferramentas de Inovação Tecnológica na Avaliação da Qualidade da APS*”. Foi apresentada ao Programa de Pós Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, em 12 de agosto de 2017.

O presente trabalho é apresentado em três partes, na seguinte ordem:

1. Objetivos, Introdução e Revisão da literatura
2. Artigo
3. Considerações Finais.

2 - OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral:

- Avaliar a associação entre a qualidade da APS e as Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP), medida por meio do PCATool reduzido nos pacientes internados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC).

2.2 – Objetivos específicos:

- Descrever o perfil da amostra de usuários internados por CSAP, entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017 e os escores do PCATool reduzido;
- Analisar a associação entre os escores do PCATool reduzido e variáveis na hospitalização (tempo de internação, escore de Charlson e reinternação);
- Avaliar a associação entre os escores do PCATool e outras variáveis determinantes das internações, como pertencer à Estratégia Saúde da Família (ESF), realizar acompanhamento regular de saúde, ter médico de referência e o perfil socioeconômico e demográfico.

3 – INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. No esteio da Carta Magna, a Lei Federal de 1990 orientou as diretrizes básicas de universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990)

Sabe-se que a melhor forma de garantir um sistema público de saúde universal, acessível e sustentável é por meio da estruturação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade e ordenadora do sistema. (DECLARATION OF ALMA-ATA, 1978; STARFIELD, 2004; WHO, 2008). Quanto à sua aplicabilidade no contexto brasileiro, o Ministério da Saúde coloca a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da APS, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2011). Em 2011, na regulamentação da Lei 8080/90 – cujo escopo define a Rede de Atenção à Saúde (RAS), estabelece a APS como porta de entrada preferencial na RAS e ordenadora do sistema (BRASIL, 2011b).

Por outro lado, não é suficiente apenas criar serviços de APS visando garantir acesso e atenção à saúde qualificada. É imprescindível que as unidades de atenção primária estejam alicerçadas pelos atributos essenciais de acessibilidade e primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, tendo em vista que esses elementos fundamentam-se para a definição de uma APS efetiva e resolutiva. (STARFIELD, 2004).

Desse modo, um sistema de saúde com serviços de atenção primária eficientes, resolutivos, pautados pelos atributos essenciais da APS – estruturado como ordenador do cuidado dentro de uma Rede de Atenção à Saúde –, é capaz de alcançar melhores resultados e desfechos clínicos, com menores custos e melhor satisfação dos usuários. (HARZHEIM *et al.*, 2004; PINHEIRO *et al.*, 2002; (WAGNER *et al.*, 2001; Friedberg *et al.*, 2010).

Sendo assim, o resultado reflete-se quando populações têm acesso a serviços ambulatoriais eficientes, além de menor propensão a necessitarem de internações por uma diversidade de causas, tendo relação direta com redução de custos com cuidados hospitalares. (BILLINGS *et al.*, 1993; CAMINAL, 2003; Friedberg *et al.*, 2010). Em um

estudo de coorte, Auger *et al.*, em 2013, pontuaram que o risco de nova internação hospitalar em crianças com asma era menor à medida que aumentasse o acesso ao médico da APS, contribuindo na redução de custos hospitalares (AUGER *et al.*, 2013).

As evidências disponíveis sobre a importância da atenção primária nos sistemas de saúde se referem ao trabalho de Barbara Starfield (2004) que avaliou, de forma agregada, os componentes essenciais dos serviços de atenção primária e características mais gerais dos sistemas de saúde, havendo a necessidade de desenvolver metodologias de avaliação incluindo o que realmente constitui um sistema de saúde com atenção primária efetiva (Idem, 2004). A fim de capturar a complexidade por trás dos atributos essenciais dos serviços de APS, outros indicadores têm sido criados e utilizados a fim de melhor explicar a qualidade da APS nas redes de atenção à saúde (KRINGOS, 2010). Uma das propostas são as “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)”, indicador de atividade hospitalar que se propõe medir a efetividade da APS na atenção a determinados problemas de saúde.

Tal indicador tem se desenvolvido a partir de um estudo nos Estados Unidos no início da década de 90, ao mostrar uma população que dispunha de serviços ambulatoriais de qualidade, é capaz de reduzir significativamente um grupo de nosologias, denominado de condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais (BILLINGS *et al.*, 1993). Diversos países passaram a utilizá-lo para avaliar o desempenho das instituições que prestam cuidados primários à saúde. No Brasil, foi traduzido como Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP). Em 2008, após diversas oficinas, grupos de trabalho e consulta pública, foi publicada a lista brasileira das ICSAP – categorizada em 20 grupos etiológicos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10). (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE *et al.*, 2009)

Ao longo das últimas duas décadas, o país vem passando por uma progressiva redução nas taxas de ICSAP (BOING *et al.*, 2012; DOURADO *et al.*, 2011). Há trabalhos mostrando territórios com maiores coberturas de ESF que, conseqüentemente, obtiveram redução mais expressiva nas taxas de ICSAP (NEDEL *et al.*, 2008), (MACINKO *et al.*, 2011). No entanto, outros estudos não identificaram

associação clara entre aumento da cobertura da ESF e diminuição de ICSAP (BARRETO *et al.*, 2012; BATISTA *et al.*, 2012; ELIAS e MAGAJEWSKI, 2008).

A maior parte das avaliações de ICSAP no Brasil é de estudos ecológicos com dados secundários cuja análise centra-se em fatores que exercerem influência no comportamento das taxas de internações em diferentes contextos geográficos, além de incluir a cobertura da APS, mais especificamente da Estratégia de Saúde da Família (MACINKO *et al.*, 2011), como unidade investigativa. Nesse contexto, torna-se premente utilizar instrumentos avaliadores quanto ao grau de orientação dos atributos da APS, preferencialmente medido pelos usuários dos serviços, e incluir esses resultados nas análises de associação com um indicador de atividade hospitalar, utilizado como uma medida indireta da efetividade da APS

O PCATool – instrumento desenvolvido para medir a presença e extensão dos atributos essenciais e derivados da APS, com versões destinadas a gestores, profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2010), validado no Brasil por Harzheim(*et al.*, 2006) e publicado pelo Ministério da Saúde em sua versão para crianças, adultos e para profissionais (BRASIL, 2010a) – é uma ferramenta que pode ser utilizada para essa finalidade.

Para fins de praticidade, foi validado no Brasil uma versão reduzida, denominada de *PCATool* reduzido. Este avalia todos os atributos da APS na percepção dos usuários, bem como a afiliação e vínculo com um médico ou serviço de referência. Composto por questionário contendo 25 itens, foi adaptado e ratificado no Brasil, sendo útil para identificar as qualidades de um serviço de APS por meio da mensuração dos atributos essenciais e derivados, bem como da afiliação de um usuário com um médico ou serviço de APS. (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Essa versão reduzida fornece o Escore Geral de APS (EG APS) e não permite avaliação por atributo específico. Os resultados são apresentados por meio de uma escala Likert, pontuando de 0 a 10 (média das respostas de cada item), sendo valor maior ou igual a 6,6 considerado serviço de qualidade satisfatória.

4 – REVISÃO DA LITERATURA

4.1 – Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP):

As internações por condições sensíveis à atenção primária correspondem a um conjunto de agravos cuja hospitalização pode ser evitada ou reduzida, se o indivíduo receber cuidado ambulatorial efetivo e oportuno. Constitui um indicador de atividade hospitalar, mas também pode ser uma ferramenta para avaliar acesso à APS e sua qualidade (BILLINGS *et al*, 1993; ALFRADIQUE *et al*, 2009; AUGER *et al*, 2013).

A implantação do SUS trouxe inúmeros desafios aos gestores públicos e à própria sociedade brasileira. Garantir um sistema integrado, com serviços de saúde acessíveis a toda a população, perpassa por uma enorme capacidade de gestão e articulação entre todos os níveis gerenciais (CARVALHO *et al.*, 2012). A sustentabilidade de um sistema de tal envergadura torna-se possível através de uma APS eficiente e resolutiva, preferencialmente com médicos de família atuando como *Gatekeeper* (HARZHEIM, 2004; ROSANO *et al.*, 2013). Além disso, com serviços de Atenção Primária tendo papel de filtro para os demais níveis de atenção, aumenta-se a capacidade de diminuir internações evitáveis (STARFIELD, 2004); ROSANO *et al.*, 2013; HANSEN *et al*, 2013). Uma forma indireta de avaliar a efetividade dos serviços de cuidados primários é exatamente identificar o comportamento das taxas de ICSAP de uma dada população adscrita. (GONÇALVES *et al.*, 2015; ANSARI *et al.*, 2006).

São poucos os estudos multicêntricos internacionais que medem a capacidade de sistemas nacionais em reduzir ICSAP, principalmente porque cada país tem listas diferentes de nosologias consideradas sensíveis aos cuidados ambulatoriais. No entanto, a partir da definição da lista nacional de patologias que se enquadram na Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição (CID10), é possível realizar estudos entre as várias regiões e serviços de saúde do Brasil, analisando a performance das unidades de APS, por meio do indicador de ICSAP na população cadastrada, analisando sua associação com os atributos da atenção primária.

Ao longo dos últimos anos, houve uma progressiva redução nas taxas de internação hospitalar em geral no Brasil (BOING *et al.*, 2012; DOURADO *et al.* 2011). A relação entre a redução de ICSAP e o aumento da cobertura populacional da ESF

apresenta resultados diversos, dependendo da qualidade da ESF estudada (MACINKO et al., 2011; ELIAS, MAGAJEWSKI, 2008; BARRETO et al., 2012). Pitilin observou que a falta de vínculo com a ESF é um fator de risco para ICSAP em mulheres (PITILIN et al., 2015). Resultado semelhante, para toda população, foi encontrado por Fernandes e colaboradores, em Montes Claros/MG, cujas ICSAP estavam associadas a não ter cuidado pela ESF. (FERNANDES et al., 2009). Concernentes aos estudos realizados em municípios goianos, a tendência gradual de diminuição na taxa de ICSAP não teve associação evidente com a ampliação na cobertura da ESF (BATISTA *et al.*, 2012).

Em uma revisão sistemática, Rosano e colaboradores concluíram que grupos populacionais, ao ter acesso facilitado a unidades de APS de alta qualidade, são menos propensos às ICSAP (ROSANO, *et al.*, 2013). Medir a taxa de ICSAP em uma dada comunidade é uma importante estratégia para avaliar o desempenho dos serviços de cuidados primários. Por outro lado, a organização da agenda a fim de permitir acesso aos usuários, no momento que precisam, é essencial nesse processo. O acesso ainda é um grave problema nos serviços de APS no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2014), o que pode explicar, em parte, a dificuldade em associar claramente a ampliação da atenção primária com a redução de taxas de ICSAP.

Tabela 1. Tendência das taxas de internações CSAP e não CSAP, por 10.000 hab, 1999-2007

Estado	ICSAP		Não ICSAP	
	1999	2007	1999	2007
Brasil	183,9	143,3	394,6	368,6
RO	325,3	203,2	391,2	299,6
AC	161,1	146,5	354,4	388,7
AM	73,5	95,2	196,2	275,8
RR	106,7	104,3	225,1	283,0
PA	214,9	185,1	390,0	373,3
AP	94,8	74,2	218,6	267,6
TO	211,9	174,8	399,4	386,8
MA	178,6	146,0	347,6	287,3
PI	237,7	180,8	405,8	340,7

CE	166,2	128,3	342,3	350,9
RN	145,8	103,8	352,1	268,2
PB	234,2	163,8	363,5	335,5
PE	178,4	110,6	384,5	390,8
AL	151,2	136,4	391,8	353,1
SE	140,4	78,7	418,0	312,9
BA	206,8	170,5	416,8	327,1
MG	186,4	130,4	381,5	353,2
ES	133,0	107,7	344,7	335,0
RJ	138,6	99,6	410,1	307,5
SP	107,2	92,9	404,2	404,1
PR	206,4	163,1	479,1	444,2
SC	204,1	128,4	430,5	386,8
RS	211,9	163,7	424,7	408,6
MS	216,3	143,3	440,5	433,5
MT	222,9	143,4	419,6	352,1
GO	228,7	195,7	407,0	392,2
DF	104,4	95,4	362,0	319,7

Fonte: Dourado *et al*, 2011.

Conforme pode ser percebido pela tabela 1, o panorama das internações hospitalares no Brasil vem mudando. Entre 1999 e 2007, ocorreu uma queda nas hospitalizações, mas em proporções diferentes entre ICSAP e não ICSAP. Aquelas reduziram cerca de 24% e estas reduziram em torno de 9% no mesmo período. Não obstante, tais mudanças vêm ocorrendo de forma muito heterogênea. Os territórios com maiores coberturas de ESF parecem ter reduções mais significativas (DOURADO *et al.*, 2011). Por outro lado, a disponibilidade de leitos hospitalares (principalmente filantrópicos e privados) e desigualdade socioeconômica parecem ser fatores preditivos de risco populacional de ICSAP (MACINKO *et al*, 2011).

Em análise longitudinal retrospectiva, Maciel *et al.* (2014) estudaram o comportamento das hospitalizações em Minas Gerais no período de 2003 a 2012. Os pesquisadores verificaram uma redução média na taxa por CSAP de 68,97%, enquanto ocorreu um aumento médio nas não ICSAP de 9,87% no mesmo período. Além disso, citada redução esteve associada ao aumento na cobertura da ESF.

No que concerne aos estudos conduzidos no Hospital da Pontifícia Universidade Católica (PUC) em Porto Alegre (POA), foi investigado as ICSAP em pacientes idosos internados, verificando que a idade, entre os idosos, não aumentou risco de internação por CSAP, embora o risco de óbito aumente com o envelhecimento. Vale citar o tempo médio de permanência hospitalar ter sido menor nas pessoas com ICSAP, em relação às não ICSAP.

Em estudo ecológico envolvendo a população idosa em Caixas do Sul, entre 2000 e 2007, MURARO *et al.* identificaram uma queda na taxa das ICSAP menos acentuada em pessoas acima de 80 anos (MURARO *et al.*, 2013).

Quanto a investigação de Costa *et al.* sobre a relação entre a mudança gerencial na saúde de municípios gaúchos e o impacto na qualificação da APS e redução das ICSAP, não se constatou melhoria significativa nos indicadores de APS e ICSAP quando a administração desses passaram a ter gestão plena dos recursos no setor saúde. (COSTA *et al.*, 2010).

Ao analisar a tendência das hospitalizações por ICSAP em Porto Alegre, Costa *et al.*, observaram o incremento orçamentário no setor saúde, bem como o aumento de recursos na APS, não estarem associado à redução da taxa de internações no município (COSTA *et al.*, 2016). Não obstante, foi observado por Paim Brasil que, entre 2001 e 2011, Florianópolis apresentou uma redução expressiva na taxa de hospitalização em geral, mas foi mais expressiva nas ICSAP e este fenômeno esteve associado ao aumento da cobertura da ESF e ao investimento *per capita* em saúde (BRASIL e COSTA, 2016).

As ICSAP variam em frequência e etiologia de acordo com a idade. Junqueira e Duarte observaram que a principal causa ICSAP, em idosos, foi por insuficiência cardíaca e, em crianças, por pneumonia (JUNQUEIRA e DUARTE, 2012). Em estudo ecológico, REHEM *et al.* avaliaram as principais causas de ICSAP em um grande

hospital da região de São Paulo, verificando que, entre 2006 e 2008, houve declínio na taxa de ICSAP e a principal causa de hospitalização por ICSAP foi pneumonia bacteriana (REHEM *et al.*, 2012).

Gonçalves *et al.* – ao investigarem a associação entre as ICSAP e a qualidade dos cuidados primários em saúde em Porto Alegre, numa amostra de 1200 pessoas internadas entre 2006 e 2011 – constataram haver, de um total de 277 hospitalizações, 84 internações por algum CID 10 de CSAP, correspondendo cerca de 30% dos indivíduos e 21% das hospitalizações. O escore médio de PCATool, versão usuário adulto, foi de 5,3 evidenciando baixa pontuação e qualidade dos serviços ofertados pela APS aos usuários da amostra. Em contrapartida, não foi encontrada associação entre o Escore Geral de APS (EG APS) do *PCATool* com o risco de ICSAP e, com base nos dados suscitados pelos autores, é difícil verificar o impacto da APS nas ICSAP quando a contagem, em termos de qualidade dos atributos, são muito baixos (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Sabendo-se da heterogeneidade quanto à organização e qualidade dos serviços de cuidados ambulatoriais primários, fazer avaliações baseadas na presença ou ausência da Estratégia Saúde da Família em determinado território pode não retratar a complexidade da atenção prestada pela APS/ESF. O acesso dos usuários aos serviços de APS, bem como a realidade dos hospitais que, dependendo de sua qualidade e número de leitos, pode condicionar maiores taxas de internação hospitalar, independente da cobertura da ESF. (MACINKO *et al.*, 2011; 2015). Nesse contexto, é importante destacar a ICSAP não ser um indicador puro da efetividade da APS, tendo em vista a dependência de diversos outros fatores, sobretudo o atinente à própria organização do sistema de saúde.

Utilizar, portanto, o indicador ICSAP para avaliar a efetividade da APS somente utilizando a cobertura da ESF pode ser insuficiente, porquanto há diversidade supracitada e a imensa variabilidade na estirpe dos serviços, bem como as iniquidades socioeconômicas e culturais no país (MAGALHÃES e MORAIS NETO, 2017).

4.2 – Avaliação da APS e *PCATool*:

Uma estratégia para avaliar a qualidade dos serviços de APS é medir a presença e extensão dos atributos da atenção primária (STARFIELD, 2004). Essa avaliação pode ser feita por meio de instrumentos, validados no Brasil, e extensamente utilizados para esse fim, como o *PCATool*. Para fins de praticidade, foi validado no Brasil uma versão reduzida, denominada de *PCATool* reduzido. Avalia todos os atributos da APS, na percepção dos usuários, bem como a afiliação e vínculo com um médico ou serviço de referência. Esse questionário contém 25 itens, foi adaptado e validado no Brasil, sendo útil para identificar as qualidades de um serviço de APS, por meio da mensuração dos atributos essenciais e derivados, bem como da afiliação de um usuário com um médico ou serviço de APS. (OLIVEIRA et al., 2013). Essa versão reduzida fornece o Escore Geral de APS (EG APS), não permitindo avaliação por atributo específico. Os resultados são apresentados por meio de uma escala Likert, pontuando de 0 a 10 (média das respostas de cada item). Pontuação maior ou igual a 6,6 sugere serviços de qualidade satisfatória

Oliveira assinalou ter essa ferramenta utilidade quanto à verificação da qualidade assistencial dirigida a diferentes serviços de cuidados primários (OLIVEIRA, 2007). Harzheim et al., em 2013, avaliou o grau de orientação dos diferentes modelos de APS no Rio de Janeiro, pelo *PCATool*, encontrando escores gerais altos (acima de 6,6) em todos os modelos, mas com o atributo acesso recebendo pontuações baixas em todos os serviços.

Em uma análise das características da Atenção Básica em Chapecó, Vitória et al. constataram EG APS satisfatórios (7,09), mas o componente acesso e primeiro contato foi o pior avaliado, com resultado de 3,6 (VITÓRIA et al, 2013).

Martins *et al.* – ao avaliarem os serviços de APS na percepção dos médicos, enfermeiros e dentistas na cidade de São Paulo, por meio do *PCATool* versão profissionais – verificaram escores gerais de APS elevados, inclusive nas unidades básicas de saúde tradicionais (UBS). No entanto, nas unidades da ESF as pontuações foram significativamente maiores (7,31 para ESF x 6,89 para UBS). Apesar disso, o

acesso apresentou valores muito baixos (3,97 para UBS x 3,95 para ESF) (MARTINS *et al.*, 2016).

Oliveira e Silva *et al.* utilizaram uma adaptação do instrumento do *PCATool* versão usuários adultos, em 2013, para analisar a percepção destes quanto à qualidade e satisfação com a APS, comparando o modelo de UBS tradicional com a ESF. A estratégia saúde da família foi mais bem avaliada em todas as dimensões do *PCATool* (OLIVEIRA E SILVA *et al.*, 2014).

Em pesquisa com profissionais e usuários de municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul, Van Stralen *et al.* evidenciaram os escores de APS, pelo *PCATool*, serem sempre menores na ótica dos usuários, em relação aos profissionais da saúde, para os mesmos serviços (VAN STRALEM *et al.*, 2008).

Ao observar escore de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), Trindade verificou que os serviços de APS com melhores indicadores de *PCATool* apresentaram melhor controle da pressão arterial. (TRINDADE, 2007)

Dificuldade e limitação importante na capacidade de coordenação da RAS pela APS é outro fator que vem sendo apontado com entraves na macrogestão (MACINKO *et al.*, 2003; CHOMATAS *et al.*, 2009; CARNEIRO, 2014; TURCI *et al.*, 2015).

Santos *et al.* analisaram os escores de *PCATool* em pessoas internadas por ICSAP em Hospital de Divinópolis/MG e verificaram baixos resultados em todos os atributos. Não houve diferença significativa no geral entre as pessoas oriundas das UBS tradicionais e da ESF. Todavia, alguns componentes da APS foram bem avaliados pela ESF, como a longitudinalidade, orientação familiar e comunitária. O atributo acesso foi o pior avaliado, sendo cerca de 70% da população atendida em UBS tradicionais (cerca de 70% da UBS x 26,4% da ESF) (SANTOS *et al.*, 2016).

Em estudo avaliando a presença e extensão dos componentes da APS em Curitiba pelo *PCATool*, versão profissionais, Chomatas *et al.* encontraram escores significativamente mais altos no modelo ESF em relação às UBS tradicionais. Além disso, o perfil profissional, com mais médicos e enfermeiros com formação específica para o ambiente da atenção primária, foi maior na ESF (CHOMATAS *et al.*, 2009).

Ao avaliar o impacto da APS na qualidade assistencial em crianças com asma, Carmo *et al.* observaram que a ESF apresentou melhores desfechos clínicos ao comparar com as unidades básicas de saúde tradicionais (CARMO *et al.*, 2011).

Para analisar o grau de orientação à APS em Porto Alegre, Oliveira aplicou o *PCATool* para médicos e enfermeiros dos quatro principais modelos de atenção primária vigentes na cidade, na época: Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), Serviço do Murialdo, ESF do município e Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicionais. O primeiro apresentou os melhores indicadores de *PCATool* (7,9). Não obstante, todos tiveram escores de acesso muito baixos (4,3; 3,9; 4,2 e 3,6 para, respectivamente, o SSC GHC, Murialdo, ESF e UBS) (OLIVEIRA, 2007).

O atributo acesso facilitado tem sido colocado como um dos principais fatores capazes de reduzir a taxa de ICSAP (ROSANO *et al.*, 2013). Os achados de baixos escores no atributo acesso, encontrado nesses estudos, reforçam a importância de que a APS brasileira amplie o acesso, atrelado a uma melhor coordenação da RAS.

Os diversos fatores associados ao maior risco de uma pessoa ser internada por uma ICSAP, tais como: extremos de idade (menor de 5 anos e idosos), indicadores socioeconômicos e de escolaridade mais baixos, ser gestante – no estudo de ICSAP em mulheres e ter tido internação prévia tem sido estudados amplamente nos estudos brasileiros. (ALFRADIQUE *et al.*, 2009), (FERNANDES *et al.*, 2009), (PITILIN *et al.*, 2015). Desse modo, medir a aptidão de serviços ambulatoriais em praticar os atributos da APS é uma boa maneira de avaliar sua performance e desempenho, a fim de correlacionar os atributos da Atenção Primária com indicadores de ICSAP, qualificando as avaliações realizadas com esse indicador. Para esse fim, deve-se utilizar ferramentas validadas e bem documentadas na literatura nacional e internacional, a exemplo do *PCATool*. (OLIVEIRA *et al.*, 2013)

4.3 – Expansão da ESF x Qualidade da APS:

O Brasil vem avançando na ampliação e qualificação da APS e na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, ainda observamos uma proporção significativa de internações hospitalares por condições sensíveis à APS, o que pode

estar relacionado à fragilidade da rede de serviços primários de saúde ou à baixa qualidade dos hospitais (FERNANDES *et al.*, 2009), (PITILIN *et al.*, 2015) (MACINKO *et al.*, 2011).

Fatores que envolvem questões pessoais e culturais, geográficas (proximidade com o hospital) e de organização do sistema de saúde (hospitais com emergência porta aberta) também influenciam nas taxas de ICSAP (CAMINAL *et al.*, 2001). Apesar da expressiva expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), inclusive com cidades pequenas e médias com altas taxas de cobertura, observamos ainda uma elevada proporção das ICSAP em determinadas regiões do País. (BARRETO *et al.*, 2012).

À vista disso, fica claro que o simples fato de uma população situar-se em um território de abrangência de uma ESF não significa, necessariamente, ter uma menor taxa de ICSAP (ELIAS, MAGAJEWSKI, 2008), (BATISTA *et al.*, 2012). Vários estudos nacionais, que buscam uma associação entre ampliação da ESF e diminuição das ICSAP, utilizam apenas dados secundários (MACINKO *et al.*, 2011), (BATISTA *et al.*, 2012), (BARRETO *et al.*, 2012). Portanto, é fundamental investigar os diversos fatores associados à redução das internações em áreas de cobertura da Estratégia Saúde da Família, utilizando critérios que avaliem a qualidade dessa atenção prestada.

Reduzir o quantitativo de internações, além de sua duração e aprimorar o acompanhamento ambulatorial na atenção primária, contribui na diminuição de custos, redução de morbimortalidade e melhor satisfação dos usuários (BILLINGS *et al.*, 1993; CAMINAL, 2003; SOUZA *et al.*, 2017). O tempo de permanência em ambiente hospitalar também é um componente a ser levado em conta, ao considerar os poucos estudos avaliando a relação entre o tempo de internação hospitalar e o acesso ao médico de referência. No entanto, empiricamente, espera-se haver a garantia de acesso rápido e fácil a um médico de referência diminuindo o tempo de hospitalização, principalmente em situações de ICSAP. Mendonça *et al.* constataram que um tempo maior com o mesmo médico na ESF favorece uma redução da taxa de ICSAP na população atendida pela ESF em Belo Horizonte (MENDONÇA *et al.*, 2011). A falta de vínculo com um médico de referência tem-se mostrado um fator relacionado a risco aumentado de ICSAP. (FERNANDES *et al.*, 2009), (PITILIN *et al.*, 2015). Hansen e colaboradores, em estudo na Noruega, constataram que os pacientes com seguimento

maior que dois anos com o mesmo médico da APS apresentavam menor risco de internação (HANSEN *et al.*, 2013).

Este estudo propõe buscar informações diretamente com os usuários hospitalizados por ICSAP, com a finalidade de entender melhor a relação dos escores de qualidade da APS, aferidos por questionário validado (*PCATool* reduzido). Ao identificar outras variáveis do indivíduo que interfiram na capacidade da APS em reduzir as ICSAP, pode-se sugerir outras análises que aprofundem a temática e apontem medidas com potencial benefício para o aperfeiçoamento da APS e do próprio SUS.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E; BONOLO, P.F; DOURADO, I; LIMA-COSTA, M.F; MACINKO, J; MENDONÇA, C.S; Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad Saúde Pública**, 2009. São Paulo, v. 25, p. 1337-49.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Med Care Res Rev**, v. 63, n. 6, p. 719– 41, dec/2006 .

AUGER KA, KAHN RS, DAVIS MM, BECK Af and SIMMONS JM. Medical Home Quality and Readmission Risk for Children Hospitalized With Asthma Exacerbations. *Pediatrics*. 2013; 131-64. Retracted online December 10, 2012.

BARRETO, JOM; NERY, IS; COSTA, MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar/2012.

BATISTA, SRR; JARDIM, PCBV; SOUSA, ALL; SALGADO,CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

BENBASSAT J, TARAGIN M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care. **Arch Intern Med**, v. 160, n. 1074, p. 8, 2000.

BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMAN L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, New York, v. 12, n.1, p. 62-73, 1993.

BOING AF, VICENZI, RBO; MAGAJEWSKI, F; BOING, AC; MORETTI-PIRES, R O; PERES, KG; et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 359-366, abr/2012.

BÓS, A. J. G; KIMURA, A. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 106-111, abr.-jun. 2015

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde de nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, n.204, p.55, Seção 1, pt1. 24 out. 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010b. Define a Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização. Brasília, Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221**, de 17 de abril de 2008. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>. Acessado em 20/09/2015.

BASU J, MOBLEY LR, THUMULA V. The small area predictors of ambulatory care sensitive hospitalizations: a comparison of changes over time. *Soc Work Public Health*. 2014;29(2):176-88.

CAMINAL H. J; STARFIELD, B; SÁNCHEZ, R. E; HERMOSILLA, P. E; MARTÍN, M. M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. **Rev Clin Esp**, n. 9, p. 7-501, 2001.

CAMINAL H, CASANOVA, M. C. Primary care evaluation and hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions. Conceptual framework. **Aten Primaria**, v. 31, n. 1, p. 5-61, jan/2003.

CAMPOS, R.T.O; FERRER A. L; GAMA C.A.P; CAMPOS,G.W.S; TRAPÉ T.L; DANTAS, D.V. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 252-264, out/2014.

CARMO ,T. A; ANDRADE, S.M; CERCINETO, A. Evaluation of an asthma control program in family health units. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p 162–72, 2011.

CARNEIRO, M. S. M; MELO, D. M. S; GOMES, J. M; PINTO, F. J. M; SILVA, M. G. C. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 279-295, out/2014

CARVALHO, A.L.B. et al.. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 01-11, mai/2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a12>. Acesso em 16/12/2015.

CHOMATAS, E. R.V; VIGO, A; HARZHEIM, E. **Avaliação da presença e extensão dos atributos da Atenção Primária na rede básica de saúde no município de Curitiba, no ano de 2007**. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Porto Alegre, 2009.

COSTA, J. S. D; BUTTENBENDER, D. C; HOEFEL, A. L; SOUZA, L. L. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, fev/2010.

_____; PATTUSSI, M. P; MORIMOTO, T; ARRUDA, J. S; BRATKOWSKI, G. R; SOPELSA, M; FRITZEN, J. S; CANTO, V. A. F; MARQUES, M. C. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, 2016.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International conference on primary healthcare, 1978**. Disponível em: http://who.int/hpr/NPH/doc/declaration_almaata.pdf. Acessado em 20/09/2015.

DOURADO, I; OLIVEIRA, V. B; AQUINO, R; BONOLO, P; LIMA-COSTA, M. F; MEDINA, M. G; MOTA, E; TURCI, M. A; MACINKO, J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAPBrazil). **Med Care**, v. 49, n. 6, p. 84-577, jun/ 2011.

ELIAS, E; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev Bra de Epidemiologia**, v. 11, n. 4, p. 47-633, 2008.

FERNANDES, V. B. L; CALDEIRA, A. P; FARIA, A. A; NETO, R, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 36-928, 2009.

Friedberg M.W, Hussey P.S and Schneider E.C. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. *Health Affairs* 29, no.5 (2010):766-772

GONÇALVES, M. R; HAUSER, L; PRESTES, I. V; SCHMIDT, M. I; DUCAN, B. B; HARZHEIM, E. Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Oxford University Press**, jun/2015.

HANSEN, A. H; HANSEN, P. A. H; AARAAS, I. J; FORDE, O. H. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. **British Journal of General Practice**, jul/2013.

HARZHEIM, E; STARFIELD, B; RAJMIL, L; ALVAREZ-DARDET, C; STEIN, A. T. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cad Saude Publica**, v. 22, n. 8, p.1649–1659, aug/2006.

_____; STEIN, AT; ÁLVAREZ-DARDET C. A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 23-40, jan/jul 2004.

_____; LIMA, K. M; HAUSER, L. **Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro**. Pós-Graduação (epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Porto Alegre, 2013.

JUNQUEIRA, R. M. P; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n. 5, Out/2012.

KRINGOS, D. S; BOERMA, W. G. W; HUTCHINSON, A; ZEE, J. V. D; GROENEWEGEN, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research** v 10, n 65, 2010.

MACIEL AG, CALDEIRA AP e DINIZ FJLS. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 38, nº. Especial, p. 319-330, out 2014

MACINKO, J; ALMEIDA, C; OLIVEIRA, E. Avaliação das características organizacionais dos serviços de atenção básica em Petrópolis: teste de uma metodologia. **Saúde Debate**, v. 27, p. 56-243, 2003.

MACINKO J, DOURADO I, AQUINO R, BONOLO PF, LIMA-COSTA MF, MEDINA MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*. 2010;29(12):2149-60.

MACINKO J; OLIVEIRA, V. B; TURCI, M. A; GUANAIS, F. C; BONOLO, P. F; LIMA-COSTA, M. F. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. **Am J Public Health** v. 101, n. 10, p. 70-1963, 2011.

MAGALHÃES, A. L. A; MORAIS NETO, O. L. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 2049-2062, 2017.

- MARTINS, J. S; ABREU, S. C. C; QUEVEDO, M. P; BOURGET, M. M. M. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v 11, n 38, p 1-13, 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1252](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1252). Acesso em 01/07/2017
- MENDONÇA, C.S; HARZHEIM, E; DUNCAN, B. B; NUNES, L. N; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 11, n. 27, p. 348–55, jun/2011.
- MURARO, C.F; GIGANTE, L.P; NEDEL, N. B; et al.. Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. **Rev Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 37, n.1, p.20-33, jan./mar. 2013
- NEDEL, F. B; FACCHINI, L. A; MARTÍN-MATEO, M; VIEIRA, L. A. S; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-52, 2008
- OLIVEIRA E SILVA, C. S; FONSECA, A. D. G; SOUZA, L. P. S; SIQUEIRA, L. G; BELASCO, A. G. S; BARBOSA, D. A. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p- 4407-4415, 2014.
- OLIVEIRA, M. M. C de. **Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS – Porto Alegre, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/12649>. Acessado em: 22/05/2016.
- _____; HARZHEIM, E; RIBOLDI, J; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. **Rev Bra Med Fam Comunidade** v. 8, n. 29, p. 256-63, 2013. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823). Acessado em: 22/05/2016
- PAIM BRASIL, V; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, jan-mar/2016.
- PINHEIRO, R. S; VIACAVAL, F; TRAVASSOS, C; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, out/dez 2002.
- PITILIN, E. B; GUTUBIR, D; MOLENA-FERNANDES, C. A; PELLOSO, S. M. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 441-448, 2015.

REHEM, T. C. M. S. B; CIOSAK, S. I; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. **Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-42, Jul-Set/2012.

ROSANO, A; LOHA, C. A; FLAVO, R; ZEE, J. V; RICCIARDI, W; GUASTICCHI, G; BELVIS, A.G. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic reviews. **European Journal of Public Health**, v. 23. n. 3, p. 356-360, 2013.

SANTOS DE SÁ, F; OLIVEIRA, C. D.L; FERNANDINO, D. M; PÁDUA, C.A.M; CARDOSO, S.C. Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 243–248, 2016. Disponível em:10.1093/fampra/cmz096. Acesso em 12/07/2017.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e Cultura/Ministério da Saúde; 2004

_____; SHI, L; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

SOUZA, D. K. de; PEIXOTO, S. V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol Serv Saude**, v. 26, n. 2, p. 285-294, abr-jun/2017.

TRINDADE, T. G. **Associação entre extensão dos atributos de atenção primária e qualidade do manejo da hipertensão arterial em adultos adscritos à rede de atenção à saúde de Porto Alegre**. 2007. Dissertação (mestrado) – Programa e Pós Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/12947/000636050.pdf?sequence=1>. Acesso em 12/10/2017.

TURCI, M. A; LIMA-COSTA, M. F; MACINKO, J. A influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cad Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, set/ 2015

VAN STRALEN, C. J; BELISÁRIO, S.A; VAN STRALEN, T. B. de S; LIMA, Â. M. D de; MASSOTE, A. W; OLIVEIRA, C. di L. Perceptions of primary health care among users and health professionals: a comparison of units with and without family health care in Central-West Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24 (Supl.1), p. 148–158, jan/2008.

VITORIA, A. M; HARZHEIM, E; TAKEDA, S. P; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 8,

n. 29, p 285-93, 2013. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)832](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc8(29)832) . Acesso em: 12/09/2016

WAGNER, E. H; GROTHAUS, L. C; SANDHU, N; GALVIN, M. S; MCGREGOR, M; ARTZ, K; et al.. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. **Diabetes Care**, U.S, v. 24, n. 4, p. 695-700, abr/2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008**. Primary Health Care, now more than ever. Geneve, 2008.

7 – Considerações Finais

Há diversas formas de avaliar a qualidade das unidades de APS, mas têm crescido as análises nacionais por meio de instrumentos como o PCATool e a proporção e taxa de ICSAP. Nesse contexto, é importante destacar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que é um indicador de atividade hospitalar, podendo ser usado como estratégia de verificar, indiretamente, a efetividade de serviços da APS. Contudo, envolvem diversos outros aspectos alheios à atenção primária, como: perfil socioeconômico e cultural da população, organização da rede de atenção à saúde, presença de emergência hospitalar porta aberta, padrão de utilização de serviços de saúde e qualidade dos hospitais.

O presente estudo fornece evidências que indivíduos hospitalizados por CSAP têm acesso a serviços de APS de baixa qualidade, ratificado pelos resultados de baixos escores do PCATool reduzido. No entanto, observou-se que, conquanto populações com perfil de vulnerabilidade social e econômica importantes, com baixa renda e baixa escolaridade formal, os indivíduos cobertos pela ESF apresentaram melhores índices do PCATool. Dessa forma, sugere que organizar a atenção primária por meio da estratégia saúde da família pode aumentar a efetividade da APS.

Foi constatado que indivíduos com médico de referência foram o subgrupo com os maiores escores do PCATool, mas não foi verificada associação com a taxa de reinternação hospitalar. Nesse sentido, é necessário destacar que, no presente estudo, a reinternação hospitalar foi identificada apenas se ela ocorreu nos hospitais do Grupo Hospitalar Conceição. Essa é uma importante limitação da pesquisa. Merece destaque a importância de pesquisas que investiguem o impacto de indicadores de bom desempenho da atenção primária na transição do cuidado.

Apesar do aspecto inovador do projeto, ao utilizar duas ferramentas de avaliação da APS simultaneamente, ICSAP e PCATool, com dados primários, novos Estudos que avaliem a associação entre uma maior orientação pelos atributos da APS com melhores desfechos de relevância clínica são necessários.

8- ANEXOS

8.1 ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

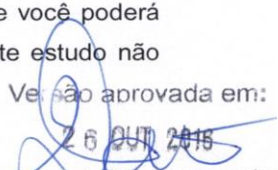
Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho institucional do Programa de Pós- Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição intitulada: **Força da Atenção Primária e Internações por Condições Sensíveis à APS: uma análise das internações em hospital terciário no sul do Brasil**. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar possível relação entre duração da internação e o cuidado em saúde fora do hospital, nas Unidades Básicas de Saúde. O tema escolhido se justifica pela importância de avaliarmos se as internações hospitalares por alguns problemas específicos de saúde podem ser evitadas, ou terem um tempo menor, caso os pacientes sejam atendidos, de forma apropriada, nas Unidades Básicas de Saúde. O estudo está sendo realizado pelo mestrando Saliciano Alves, sob supervisão e orientação da Profª Drª Claunara Schilling Mendonça e Profª Ms. Vania Hirakata.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e verificar possíveis associações com tempo de internação, reinternação, atendimento após a alta. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizados os seguintes passos: responder a um questionário com perguntas objetivas na internação hospitalar, fornecer um contato telefônico ou por endereço eletrônico para responder outras perguntas trinta dias após a alta hospitalar e permitir a coleta de informações do prontuário médico, com a garantia de que todas as informações serão utilizadas somente para este estudo, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita durante tua internação neste hospital, e contamos com cerca de 20 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. A participação neste estudo não

Ve não aprovada em:

26 OUT 2015

 Comitê de Ética em Pesquisa
 Grupo Hospitalar Conceição

implicará em nenhum benefício pessoal, mas poderá contribuir para o avanço e aprimoramento do Sistema Público de Saúde.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa atual.

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Porto Alegre, ___/___/___

() Usuário não alfabetizado

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente) no dia ___/___/___ pelo pesquisador Saliciano Alves, enquanto eu _____ (nome da testemunha) estava presente.

Assinatura da Testemunha

Contato Pesquisador responsável: (51) 8129-3730 e salicianoa.l@gmail.com
(Saliciano)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC: (51) 3357-2407 –
Coordenador Daniel Demétrio Faustino da Silva. Endereço: Av. Francisco
Train, 596, 3º andar, bloco H, Escola GHC.

Verificação aprovada em:
26 OUT 2016
Comitê de Ética em Pesquisa
Grupo Hospitalar Conceição

8.2 – ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: PCATool Brasil – Versão Reduzida

A – AFILIAÇÃO

A1. Há um médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando adoecer ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

Não.

Sim (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

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

Não.

Sim, o(a) mesmo médico(a)/enfermeiro(a)/serviço de saúde acima referido(a) (no item A1)

Sim, o(a) médico(a)/enfermeiro(a)/serviço de saúde diferente do(a) acima referido(a) (no item A1) (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

A3. Há um médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

Não.

Sim, o(a) mesmo referido(a) em A1 e A2.

Sim, somente o(a) mesmo referido(a) em A1.

Sim, somente o(a) mesmo referido(a) em A2.

Sim, diferente do(s) referido(s) em A1 e A2. (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

Identificação do Serviço de Saúde ou Médico/Enfermeiro a ser avaliado.

- Se o(a) entrevistado(a) indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o questionário sobre esse médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu duas perguntas iguais, continue o questionário sobre esse médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A5)
- Se todas as respostas foram diferentes, continue o questionário sobre o(a) médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde identificado na pergunta A1. (Siga para o item A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO a duas perguntas, continue o questionário sobre esse médico(a)/ enfermeiro(a) ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Siga para o item A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO à pergunta A1 e indicou respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o questionário sobre o(a) médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde indicado na pergunta A3. (Siga para o item A5)
- Se o(a) entrevistado(a) respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor, pergunte o nome do(a) último(a) médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde onde ele(a) consultou e continue o questionário sobre esse(a) último(a) médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde. (Siga para o item A4)

A4. Nome do(a) médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde procurado pela última vez:

—

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

A5. Nome do(a) médico(a)/enfermeiro(a) ou serviço de saúde procurado pela última vez:

—

(“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”).

B – Acesso de Primeiro Contato – UTILIZAÇÃO

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
B1. Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao(à) “serviço de saúde/ médico(a)/enfermeiro(a)” antes de ir a outro serviço de saúde?	4.	3.	2.	1.	0.

Entrevistador – para a próxima pergunta use o Cartão Resposta.

C – Acesso de Primeiro Contato – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
C1. Quando o(a) “ <i>serviço de saúde</i> ” está aberto(a), você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4.	3.	2.	1.	0.
C2. É difícil para você conseguir atendimento médico no(a) “ <i>serviço de saúde</i> ” quando pensa que é necessário?	4.	3.	2.	1.	0.

D – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
D1. Quando você vai ao “ <i>serviço de saúde</i> ”, é o(a) mesmo(a) médico(a) ou enfermeiro(a) que atende você todas às vezes?	4.	3.	2.	1.	0.
D2. Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao(à) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ”?	4.	3.	2.	1.	0.
D3. O(A) “ <i>médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	4.	3.	2.	1.	0.
D4. Você mudaria do(a) “ <i>serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)</i> ” para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4.	3.	2.	1.	0.

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADO

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

Sim

Não (**Passa para a questão F1**)

Não sei / não lembro (**Passa para a questão F1**)

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
E2.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com esse especialista ou serviço especializado?	4.	3.	2.	1.	0.
E3.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” escreveu alguma informação para o especialista a respeito do motivo dessa consulta?	4.	3.	2.	1.	0.
E4.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” sabe quais foram os resultados dessa consulta?	4.	3.	2.	1.	0.
E5.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado no especialista ou serviço especializado (perguntou se você foi bem ou mal atendido pelo especialista ou no serviço especializado)?	4.	3.	2.	1.	0.

F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para a próxima pergunta use o Cartão Resposta.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.

F1. Se você quisesse, poderia ler (consultar) o seu prontuário no(a) "serviço de saúde"?	4.	3.	2.	1.	0.
--	----	----	----	----	----

G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e a sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no "serviço de saúde/ médico (a)/ enfermeiro (a)" esses serviços ou orientações estão disponíveis.

"Está disponível no "serviço de saúde/ médico (a)/ enfermeiro (a)":

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
G1. Aconselhamento para problemas de saúde mental (exemplos: ansiedade, depressão)	4.	3.	2.	1.	0.
G2. Aconselhamento sobre como parar de fumar.	4.	3.	2.	1.	0.
G3. Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (exemplos: diminuição da memória, risco de cair)	4.	3.	2.	1.	0.

H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no (a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)".

Em consultas no (a)/ com o(a) "serviço de saúde/médico(a)/enfermeiro(a)", algum dos seguintes assuntos já foi ou é discutido (conversado) com você?

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
H1. Orientações para se manter saudável, tais como: alimentação saudável, boa higiene e sono adequado.	4.	3.	2.	1.	0.

H2. Orientações a respeito de exercícios físicos apropriados para você.	4.	3.	2.	1.	0.
H3. Verificar e discutir os medicamentos que você está usando	4.	3.	2.	1.	0.
H4. Como prevenir quedas	4.	3.	2.	1.	0.

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do “nome do serviço de saúde/ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

Por favor, indique a melhor opção:	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não.	Não sei/ não lembro.
I1.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” Ihe pergunta sobre as suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e o cuidado para você ou para um membro da sua família?	4.	3.	2.	1.	0.
I3.O(A) “médico(a)/enfermeiro(a)” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário?	4.	3.	2.	1.	0.

J – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

A seguir é apresentada uma forma de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O "serviço de saúde/médico(a)/ enfermeiro(a)" realiza?

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

J4. Pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas?	4.	3.	2.	1.	0.

8.3 ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho institucional do Programa de Pós- Graduação em Avaliação de Tecnologias para o SUS, do Grupo Hospitalar Conceição intitulada: **Força da Atenção Primária e Internações por Condições Sensíveis à APS: uma análise das internações em hospital terciário no sul do Brasil**. Essa pesquisa tem como objetivo avaliar possível relação entre duração da internação e o cuidado em saúde fora do hospital, nas Unidades Básicas de Saúde. O tema escolhido se justifica pela importância de avaliarmos se as internações hospitalares por alguns problemas específicos de saúde podem ser evitadas, ou terem um tempo menor, caso os pacientes sejam atendidos, de forma apropriada, nas Unidades Básicas de Saúde. O estudo está sendo realizado pelo mestrando Saliciano Alves, sob supervisão e orientação da Prof^a Dr^a Claunara Schilling Mendonça e Prof^a Ms. Vania Hirakata.

Sua participação nesta pesquisa compreenderá responder um instrumento para avaliar a qualidade da atenção recebida no seu serviço de saúde e verificar possíveis associações com tempo de internação, reinternação, atendimento após a alta. Para alcançar os objetivos do estudo serão realizados os seguintes passos: responder a um questionário com perguntas objetivas na internação hospitalar, fornecer um contato telefônico ou por endereço eletrônico para responder outras perguntas trinta dias após a alta hospitalar e permitir a coleta de informações do prontuário médico, com a garantia de que todas as informações serão utilizadas somente para este estudo, os pesquisadores garantem que seu nome será preservado e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado.

Este estudo não implica em nenhum risco para sua saúde, apenas a disponibilidade de tempo para responder ao instrumento. A entrevista será feita durante tua internação neste hospital, e contamos com cerca de 20 minutos da sua atenção.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta e que você poderá em qualquer momento desistir da pesquisa. A participação neste estudo não implicará em nenhum

benefício pessoal, mas poderá contribuir para o avanço e aprimoramento do Sistema Público de Saúde.

Eu, _____ (paciente ou responsável), fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, e da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa atual.

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Porto Alegre, ___/___/___

() Usuário não alfabetizado

Este formulário foi lido para _____ (nome do paciente) no dia ___/___/___ pelo pesquisador Saliciano Alves, enquanto eu _____ (nome da testemunha) estava presente.

Assinatura da Testemunha

Contato Pesquisador responsável: (51) 8129-3730 e salicianoa.l@gmail.com (Saliciano)

Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC: (51) 3357-2407 – Coordenador Daniel Demétrio Faustino da Silva. Endereço: Av. Francisco Train, 596, 3º andar, bloco H, Escola GHC.

8.4 ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA RBMFC

DIRETRIZES PARA AUTORES – NORMAS DE SUBMISSÃO

Objetivo e Política Editorial

A **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RB-MFC)** é uma publicação científica trimestral da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), que tem como Missão: sensibilizar estudantes, profissionais e gestores da área da saúde sobre os temas científicos de interesse da Medicina de Família e Comunidade (MFC) e da Atenção Primária à Saúde (APS); possibilitar o intercâmbio entre instituições de ensino, serviços de saúde e movimentos sociais organizados; promover a divulgação da abordagem multi e interdisciplinar; servir como veículo de educação continuada e permanente em saúde, tendo como eixos temáticos a MFC e a APS.

A RBMFC tem como objetivo publicar artigos originais, perspectivas, debates e discussões sobre todos os aspectos da MFC e da APS, incluindo a prática clínica, a formação profissional, a organização dos serviços e as políticas públicas relacionadas à MFC e à APS.

Processo de avaliação pelos pares

Os artigos submetidos à RBMFC serão avaliados por membros de seus Conselhos Editorial e Científico, como também por pareceristas convidados *ad hoc*. O processo de avaliação por pares preservará a identidade dos autores e suas afiliações. Os artigos serão encaminhados inicialmente ao editor para triagem e avaliação preliminar e, posteriormente, distribuídos aos pareceristas, em conformidade com as áreas de atuação e especialização dos mesmos, bem como com o tema tratado no artigo.

Todos os textos são submetidos à avaliação de dois consultores pareceristas – provenientes de instituição diferente daquela do(s) autor(es) –, em um processo cego, no qual os trabalhos são analisados em relação aos seguintes aspectos: adequação do título ao conteúdo; estrutura da publicação; clareza e pertinência dos objetivos; metodologia; resultados e discussão; informações inteligíveis; citações e referências adequadas às normas técnicas adotadas pela revista e pertinência à linha editorial da publicação. Os consultores preenchem o formulário de parecer, aceitando, recusando ou recomendando correções e/ou adequações necessárias. Todo parecer incluirá sua fundamentação. Esse processo de avaliação inicial dura, em média, dois meses.

No caso de solicitação de alterações no artigo, este poderá ser reencaminhado em até 60 dias, para nova avaliação dos consultores. O resultado final, então, é comunicado ao(s) autor(es). Se aprovado, o artigo é revisado ortográfica e gramaticalmente. As alterações eventualmente realizadas são encaminhadas para aprovação formal dos autores, antes de serem encaminhadas para publicação. Será realizada revisão ortográfica e gramatical dos resumos e títulos em língua inglesa e espanhola, por revisor especializado. Não serão admitidos acréscimos ou modificações após a aprovação da revisão final. Os artigos ficam, então, disponíveis para publicação em ordem de protocolo.

A partir de 2011, a RBMFC adotou a publicação de artigos *Ahead of Print*, ou seja, os textos completos dos artigos são publicados individualmente na edição eletrônica, intitulada como **Artigos Aprovados**, assim que são finalizados os seus procedimentos editoriais. Esses artigos serão publicados nas próximas edições impressas da RBMFC.

Os artigos devem destinar-se exclusivamente à RBMFC, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico. As contribuições podem ser apresentadas em português, inglês ou espanhol. Temas relevantes em MFC e APS, assim como anais de congressos da área, a critério do Editor, podem ser publicados como suplementos especiais.

Os artigos submetidos devem atender à Política Editorial da RBMFC e às Diretrizes abaixo, que seguem os Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*), acessíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.icmje.org/portuguese.pdf>. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. A pesquisa deve ter sido conduzida dentro dos padrões exigidos pelos órgãos de ética em pesquisa e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações, são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

Os artigos publicados são de propriedade da RBMFC, sendo vedada a reprodução, mesmo que parcialmente em outros periódicos, seja no formato impresso ou eletrônico, bem como a tradução para outro idioma sem a autorização do Editor. Todo o conteúdo RBMFC está sob a licença CC-BY Creative Commons (Atribuição- Uso Não-Comercial).

Seções e Tipos de Trabalhos

- Editorial
- Debate
- Perspectiva
- Artigos Originais
- Comunicações Breves
- Artigos de Revisão
- Casos Clínicos
- Atualização
- Diretrizes
- Ensaio
- Relatos de Experiência
- Documentos da SBMFC
- Cartas ao Editor
- Comentários
- Espaço Aberto
- Memória
- Resumos apresentados em Congressos
- Notas das Sociedades Estaduais

O **Editorial** é de responsabilidade do editor da revista, podendo ser encomendado a terceiros. Os editoriais são limitados a 900 palavras e 10 referências.

A seção **Debate** é encomendada pelo editor. Trata-se de artigo teórico, que expresse a opinião qualificada de um especialista sobre um tema central da RBMFC, ou sobre um tema da atualidade, e que receberá críticas/comentários assinados de até outros três especialistas, também convidados pelo editor, apresentando uma réplica do autor principal. O

artigo deve ter, no máximo, 2.000 palavras; os textos dos debatedores e a réplica, o máximo de 1.000 palavras cada um.

A seção **Perspectiva** trata de artigos teóricos, que expressem a opinião qualificada do(s) autor(es) sobre temas centrais da MFC ou da APS. Visam estimular a discussão e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da MFC e APS. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens, destacando-se na introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo. O artigo deve ter, no máximo, 2.000 palavras.

A seção **Artigos Originais** é composta por artigos resultantes de pesquisa científica, apresentando dados originais de descobertas com relação a aspectos experimentais ou de observação, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse da MFC e APS. Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter introdução com objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões. Deve apresentar, no máximo, 3.500 palavras, excluindo resumos, figuras e referências. As figuras, limitadas a cinco no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis. As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão, em uma mesma seção, e Considerações Finais/Conclusões.

A seção **Comunicações Breves** inclui relatos curtos de achados de pesquisa que apresentem interesse para a MFC e APS, mas que não comportem uma análise mais abrangente e uma discussão de maior amplitude. Devem ter até 1.500 palavras (excluindo resumos, figuras e referências) e até 2 figuras e 10 referências. Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais.

A seção **Artigos de Revisão** inclui trabalhos que apresentam uma síntese atualizada do conhecimento disponível sobre temas da MFC e APS, buscando esclarecer, organizar, normalizar e simplificar as abordagens. Devem ter até 3.500 palavras, contendo introdução, desenvolvimento e conclusão. Subtipos:

- 1) **Revisão sistemática e meta-análise**, por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a MFC e APS. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise);
- 2) **Revisão narrativa/crítica**: a revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresenta-

ção compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da MFC e APS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber. Não há limite de referências.

A seção **Casos Clínicos** tem como objetivo abordar questões clínicas ou teóricas relevantes ou inovadoras para o diagnóstico ou para o manejo clínico de problemas ou condições de saúde importantes para a MFC e APS. Os artigos submetidos à publicação nessa seção deverão obedecer às normas gerais para todos os artigos da RBMFC, incluindo os aspectos éticos. Devem respeitar o limite de 2.000 palavras e 15 referências bibliográficas, além de serem estruturados em: Introdução, Descrição do Caso Clínico, Discussão e Referências. A introdução deverá apresentar o problema em questão, com uma breve revisão da literatura sobre os aspectos clínicos e terapêuticos, ou o diagnóstico diferencial em relação ao caso apresentado. O relato deverá ser sucinto, evitando-se dados redundantes ou irrelevantes para o esclarecimento do problema. A discussão deverá contrapor dados do caso apresentado (semelhanças e diferenças) com casos da literatura. Relatos de casos que explorem os componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa ou que discutam o papel de filtro (prevenção quaternária) do Médico de Família e de outros profissionais da APS são bem-vindos.

A seção **Atualização** consiste em uma breve apresentação de um artigo de impacto na área da MFC e APS, recentemente publicado na literatura nacional ou internacional. Deve ser elaborado preferencialmente por um especialista na respectiva área do conhecimento e deve conter comentários sobre limitações metodológicas, implicações para a prática clínica ou para a pesquisa, em um texto de até 800 palavras e até 3 referências bibliográficas não incluídas na publicação em foco.

A seção **Diretrizes** é composta por artigos estruturados dentro das normas da Associação Médica Brasileira para diretrizes clínicas, validados pela SBMFC. Sua confecção, sob orientação da Diretoria Científica da SBMFC, é uma proposta de organizar e referendar o trabalho dos MFC no Brasil.

A seção **Ensaio** visa à divulgação de artigos com análise crítica e formulação de conhecimentos teóricos relevantes sobre um tema específico relacionado à MFC e APS. Deve ser apresentada em até 3.500 palavras, sem limites de referências. O texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

A seção **Relatos de Experiência** é composta de artigos que relatem experiência inovadora em MFC e APS, acompanhada por reflexão teórica pertinente. Os textos devem ter até 3.500 palavras e 20 referências, com a seguinte estrutura: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão.

A seção **Documentos da SBMFC** inclui documentos oficiais de colegiados oficiais ligados à SBMFC. Limite máximo de 2.500 palavras.

Em **Cartas ao Editor**, serão publicadas críticas a artigos publicados em números anteriores da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático da RBMFC. Opiniões de leitores, apontamentos de erros editoriais e sugestões sobre a revista são bem vindas. As cartas devem ter, no máximo, 600 palavras e 5 referências.

A seção **Comentários** traz textos produzidos sob convite do editor, cujos autores comentam artigos recentemente publicados ou que serão publicados num futuro próximo. Os textos podem ter até 700 palavras e cinco referências. Observação: a seção para respostas, críticas ou comentários espontâneos aos artigos recentemente publicados é a "Cartas ao Editor".

A seção **Espaço Aberto** inclui textos de reflexão pessoal com maior liberdade formal, incluindo linguagens poética ou literária. *Entrevistas* com depoimentos de pessoas ou profissionais, cujas histórias de vida ou realizações sejam relevantes para a MFC ou APS, são publicadas também nessa seção. Os textos devem ter até 2.000 palavras.

A seção **Memória**, geralmente encomendada pelo editor, inclui textos sobre profissionais ou fatos históricos que tiveram destacada contribuição para a MFC e a APS no Brasil e no mundo. Máximo de 900 palavras e 05 referências, pode incluir uma fotografia.

A seção **Resumos apresentados em Congressos** contém resumos científicos aprovados em congressos da SBMFC, publicados em suplementos especiais da RBMFC.

A seção **Notas das Sociedades Estaduais** é um espaço para apontamentos das Sociedades Estaduais ligadas à SBMFC.

Apresentação e Preparo dos Manuscritos

Os textos deverão ser formatados em DOC. O padrão de formatação exigido é Word for Windows – versão 6.0 ou superior –, página padrão A4, letra Arial (tamanho 11), espaçamento entre linhas 1,5 e numeração sequencial em todas as páginas. As notas de rodapé devem ser limitadas o máximo possível, assim como as ilustrações (ver abaixo) – que devem estar incluídas no próprio texto principal.

Serão consideradas como ilustrações: 1) tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.); 2) quadros (elementos demonstrativos com informações textuais); 3) gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações); 4) figuras (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que o miolo da revista é impresso em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es). Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto. As ilustrações devem ser confeccionadas em programas digitais que permitam boas condições para editoração e reprodução.

Os arquivos DOC não devem conter nome e instituição de nenhum dos autores do artigo. Durante o processo de submissão até a publicação do artigo, a identificação de autoria é informação restrita ao Editor da RBMFC, sendo incluída somente no campo de cadastro de metadados, durante a submissão eletrônica.

Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente, na forma de "documento suplementar" (item 4 da submissão eletrônica).

Os trabalhos ("arquivos DOC") devem obedecer à seguinte sequência de apresentação:

1. Título em português e também em inglês e espanhol. Evitar títulos longos, utilizar no máximo 80 caracteres, incluindo espaços. Devem ser evitadas abreviaturas.
2. Resumo do trabalho em português e também em inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), os quais devem ser estruturados no formato "Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões", com, no máximo,

350 palavras. Excetua-se os ensaios teóricos ou equivalentes, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras. Devem ser evitadas abreviaturas no resumo.

3. Palavras-chave em português e também em inglês (*keywords*) e espanhol (*palabras clave*): mínimo de 3 e máximo de 5 palavras-chave ou descritores do conteúdo do trabalho, apresentados em português, inglês e espanhol de acordo com o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde da BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>). Observação: a versão final do título, do resumo e das palavras-chave para os idiomas inglês e espanhol ficarão sob responsabilidade da própria Revista.
4. Texto principal, de acordo com a estrutura recomendada para cada seção da RBMFC e tipo de trabalho. Observação: a designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.
 - 4.1. Ilustrações (tabelas, quadros, gráficos e figuras) devem ser enviadas junto ao texto principal, conforme a ordem de aparecimento.
5. Referências: são de responsabilidade dos autores, deverão ser limitadas às citações do texto e numeradas segundo a sua ordem de aparecimento, de acordo com as regras propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors): Requisitos Uniformes para Manuscritos apresentados a Periódicos Biomédicos (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*), acessíveis em <http://www.icmje.org> ou <http://www.icmje.org/portuguese.pdf>. As URLs para as referências devem ser informadas quando possível.

Exemplos:

Periódico

Valla VV. Educação popular e saúde diante das formas de se lidar com a saúde. Revista APS. 2000; (5): 46-53.

Livro

Birman J. Pensamento freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1994. 204p.

Capítulo de livro

Vasconcelos EM. Atividades coletivas dentro do Centro de Saúde. In: _____. Educação popular nos serviços de saúde. 3. ed. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 65-69.

Dissertação

Caldas CP. Memória dos velhos trabalhadores. [Dissertação]. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1993.

Evento

Mauad NM, Campos EM. Avaliação da implantação das ações de assistência integral à saúde da mulher no PIES/JFJF; 6º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva; 2000, Salvador. Salvador: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; 2000. p.328.

Documento eletrônico

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Anais do 3o Seminário Internacional de Filosofia e Saúde [CD-ROM]. Florianópolis: UFSC/PEN; 2006.

Barbosa MA, Medeiros M, Prado MA, Bachion MM, Brasil VV. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva.** *Rev. Eletr. Enferm.* 2004; 06 (1): [online] [acesso em 2006 Out 01]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f1_coletiva.html

Corona MBEF. O significado do "Ensino do Processo de Enfermagem" para o docente *Improving palliative care for cancer* [tese na Internet]. Ribeirão Preto: USP/EERP; 2005 [acesso 2007 Jun 28]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06052005-100508/>

Submissão Eletrônica

A submissão de artigos para a RBMFC é feita apenas eletronicamente, e os textos deverão ser remetidos por meio da plataforma SEER, acessada em www.rbmf.org.br. O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso.

Durante o processo de submissão eletrônica, o autor responsável, além de enviar o "arquivo DOC" do artigo, deverá informar ainda:

- A Seção da RBMFC a que se destina o artigo;
- O idioma do artigo;
- Os nomes completos, endereços eletrônicos e as filiações de todos os autores; e
- Eventuais conflitos de interesses dos autores.

Declaração de Autoria e responsabilidade dos autores

No **Passo 1** da submissão eletrônica de artigos, os autores deverão concordar com a responsabilidade de autoria, marcando a primeira caixa de seleção das **Condições para Submissão**.

As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; b) redação do artigo ou a sua revisão crítica; c) aprovação da versão a ser publicada.

Todo e qualquer trabalho a ser submetido, para que seja avaliado para publicação na RBMFC, **obrigatoriamente** deverá(ão) ser acompanhado(s) do(s) seguinte(s) arquivo(s) complementares:

- DECLARAÇÃO assinada por todos os autores de que: a) o trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em qualquer outro periódico; b) que todos os autores do trabalho concordam que o mesmo seja avaliado para publicação na RBMFC.
- Formulário preenchido e assinado pelos autores referente ao possível "Conflito de interesses", que possa influir nos resultados.

Estes dois arquivos em formato pdf deverão ser postados no passo 4 do Processo de Submissão On-Line.

Após a aprovação do artigo, e antes da publicação final, todos os autores deverão especificar suas contribuições individuais na elaboração do artigo, enviando para o e-mail rbmfc@sbmfc.org.br uma "declaração de autoria e de responsabilidade", em formato pdf, com as assinaturas digitalizadas.

Exemplo de Declaração de Autoria e Responsabilidade:

"Declaro que participei de forma significativa na construção e formação deste estudo ou da análise e interpretação dos dados, como também na redação deste texto, tendo, enquanto autor, responsabilidade pública pelo conteúdo deste. Revi a versão final deste trabalho e aprovo para ser submetido à publicação. Declaro que nem o presente trabalho nem outro com conteúdo semelhante de minha autoria foi publicado ou submetido à apreciação do Conselho Editorial de outra publicação."

Observação: todos os autores de cada artigo receberão, após a publicação de seu trabalho, três exemplares da revista em que o seu estudo foi publicado.

Ética em Pesquisa

Os trabalhos que envolverem pesquisas com seres humanos deverão vir acompanhados da devida autorização do Comitê de Ética correspondente, na forma de "documento suplementar" (item 4 da submissão eletrônica).

Agradecimentos

Quando existirem agradecimentos a colaborador(es) que não se enquadra(m) na condição de autor(es), estes deverão compor um texto num arquivo DOC à parte, que deverá ser transferido na forma de "documento suplementar" (item 4 da submissão eletrônica). Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos.

Dúvidas e Esclarecimentos adicionais:

Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC
Rodovia SC 401, km 04, Número 3854
Florianópolis (SC) – CEP: 88032-005
Tel.: +55 48 3231-0321
E-mail: rbmfc@sbmfc.org.br

Marcelo Marcos Piva Demarzo
Editor
demarzo@unifesp.br

David Matos Milhomens
Bibliotecário – CRB-14/1268
Secretário Executivo da RBMFC
david@sbmfc.org.br

9- APÊNDICE

9.1 APÊNDICE A: PROTOCOLO DE PESQUISA

Nome	Data de nascimento	Sexo
Renda	Escolaridade (anos de estudo)	Comorbidades
Procedência	Estado civil	Data internação e da alta
via de internação (se foi encaminhado pelo medico assistente ou entrou pela emergência)	Nº medicamentos de uso contínuo	Se tem convênio privado
Local de consulta após alta	Tempo para consulta após a alta	Se procurou uma UBS/ESF nos últimos 15 dias antes da internação atual
Se faz acompanhamento regular de saúde (e onde o faz)	Escore de gravidade da atual internação	Se teve internação prévia (últimos 12 meses)
Se está em área de cobertura de ESF	Quantas consultas fez no último ano com teu médico referência?	Contato email Contato telefônico