

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Roselaine Isabel Fraga Machado

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO BÁSICA DAS REGIÕES DE SAÚDE: BONS VENTOS E BELAS
PRAIAS**

**Porto Alegre
2019**

Roselaine Isabel Fraga Machado

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO BÁSICA DAS REGIÕES DE SAÚDE: BONS VENTOS E BELAS
PRAIAS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Paul Douglas Fisher
Tutora de Orientação: Rita Nagem

Porto Alegre
2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

Machado, Roselaine Isabel Fraga

ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA DAS REGIÕES
DE SAÚDE: BONS VENTOS E BELAS PRAIS / Roselaine Isabel
Fraga Machado. – 2019.

61 f.

Orientador: Paul Douglas Fisher.

Tutora de Orientação: Rita Nagem.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) –
Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-
Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Atenção Básica. 2. Saúde da Família. 3. Internações
por Condições Sensíveis à Atenção Básica. 4. Determinantes
Sociais da Saúde. I. Fisher, Paul Douglas, orient. e. II. Nagem,
Rita, coorient. III. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS
com os dados fornecidos pela autora.

Escola de Administração da UFRGS

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Roselaine Isabel Fraga Machado

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO BÁSICA DAS REGIÕES DE SAÚDE: BONS VENTOS E BELAS
PRAIAS**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em _____ de _____ de 2019.

Banca Examinadora

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Examinador(a): Nome e Sobrenome

Orientador(a): Nome e Sobrenome

Coorientador(a): Nome e Sobrenome

AGRADECIMENTOS

Gratidão! Essa palavra é que define esse momento de finalização.

Talvez aqui não caiba o tamanho desse sentimento, talvez eu nem saiba expressar com as palavras certas o que cada um contribuiu para essa meta ser alcançada.

Quero primeiro me dirigir a Deus, o onipotente e sempre presente em minhas trajetórias, obrigada Senhor!! Depois a minha família, sim a ela, família que amo incondicional, obrigada pelo jeito de amar de cada um! Vó Nina, tu és minha base, estrutura e meu presente divino. Mãe, meu exemplo de força e partilha de muitos momentos. Mana, minha metade, espelho e parceira, obrigada pelo incentivo e por ter me escolhido, tu és minha alma e coração. Meus sobrinhos amados, Sophia, Santiago e Bernardo, assim mesmo na ordem de nascimento vocês são meus pedacinhos de ternura. Tia Lurdes, minha madrinha que se tornou mãe e que tanto amo. Pai, ausente mas presente, que me transferiu a garra de militar e a inteligência esforçada. Por fim, meus amores Cicero e Luis Genaro, que sem dúvida são meus eternos companheiros, Cicero pelo carinho com a mamãe e Luis Genaro pela paciência, conversa boa, conhecimento, ajuda, incentivo, enfim, pelo amor, obrigada por todo o apoio nesse processo.

Obrigada aos 'presentes' que trabalhar na área da Saúde me deu, profissionais valiosos, dedicados e sempre dispostos a ajudar. Alguns dispostos a me ouvir e compartilhar experiências. Para minha sorte grande, vocês cruzaram meu caminho, e sem dúvida me conduziram para uma trajetória profissional de excelência.

Obrigada!

RESUMO

Introdução: As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica são um conjunto de problemas de saúde, para os quais o acesso aos serviços de AB e ações efetivas poderiam reduzir a ocorrência destas internações, tornando-as um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção. **Objetivo:** Assim, analisou-se o indicador de ICSAB, buscando fatores associados à sua ocorrência, a fim de avaliar a sua capacidade de verificar a resolutividade da atenção básica. **Método:** Realizou-se uma análise exploratória descritiva do ICSAB nas duas Regiões de Saúde pertencentes a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde de Osório, com base na Cobertura de Saúde da Família e do valor de despesa em Atenção Básica por região de saúde. **Resultados:** Foram encontrados na literatura diversos estudos relacionados ao tema e abordados no trabalho afim de encontrar outras variáveis que pudessem contribuir para uma análise mais inteligente e qualificada. O indicador ICSAB cumpre seu objetivo de tornar comparável de forma sintética a situação da Atenção Básica nas diversas possibilidades de recortes territoriais. Contudo, as variáveis que interferem nesse desfecho são diversas, operando de maneiras diferentes em cada contexto e necessitando de maior aprofundamento. **Conclusão:** Enquanto subsídio para políticas e ações de qualificação da Atenção Básica, a mudança desse indicador só ocorrerá quando esse dado servir como dispositivo inicial para entender processos complexos e locais, que ocorrerão através de processos de educação permanente.

Palavras-chave: Atenção Básica. Saúde da Família. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. Qualificação da Atenção Básica.

Análisis del indicador de Internaciones por Condições Sensibles a la Atención Básica de las Regiones de Salud: Buenos Vientos y Bellas Playas.

RESUMEN

Introducción: Las Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Básica, son un conjunto de problemas de salud, en los cuales el acceso a los servicios de Atención Básica y acciones efectivas, podrían reducir la ocurrencia de estas internaciones, siendo un indicador de resultado para la evaluación de la calidad y del acceso en ese nivel de atención. **Objetivo:** De ese modo, se analizó el indicador de ICSAB, buscando factores asociados a su, con el objetivo de evaluar la capacidad de corroborar la ocurrencia de la atención básica. **Método:** Se realizó un análisis exploratorio descriptivo del ICSAB en las dos Regiones de Salud, que pertenecen a la 18ª Coordinadoría Regional de Salud de Osorio, con base en la Cobertura de Salud de la Familia, y del valor gastos en la Atención Básica por región de salud. **Resultados:** Fueron encontrados en la literatura, diversos estudios relacionados al tema y abordados en el trabajo con el fin de encontrar variables que puedan contribuir para un análisis más inteligente y cualificado. El indicador ICSAB, cumple su objetivo de volverse comparable de forma sintética la situación de la Atención Básica, en las diversas posibilidades de recortes territoriales. No obstante, las variables que interfieren en ese desenlace son diversas, operando de formas diferentes en cada contexto, y necesitando de mayor profundización. **Conclusión:** En relación al subsidio para políticas y acciones de cualificación de la Atención Básica, el cambio de ese indicador, sólo ocurrirá, cuándo ese dato, sirva como dispositivo inicial para entender los procesos complejos y locales de educación permanente.

Palabras clave: Atención Básica. Salud de la Familia. Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Básica. Calidad de la Atención Básica.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparativo do % de ICSAB, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias.....	38
Gráfico 2 – Comparativo do % de Cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias	39
Gráfico 3 – Evolução do Número de Leitos Hospitalares no RS - 2010 a 2017	42

LISTA DE TABELAS

Tabela .1 - Condições Sensíveis à Atenção Básica e Lista CID-10	36
Tabela .2 – Comparativo entre percentual de ICSAB e cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos, Belas Praias e o Estado do RS.....	38
Tabela .3 - Comparativo do % de Internações por Condições Sensíveis e % de Cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias	40
Tabela .4 – Projeção de Gasto para 100% Cobertura de ESF nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias	40
Tabela .5 - Demonstrativo de Gastos em Atenção Básica e ICSAB, Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias 2010 a 2018.....	41
Tabela .6 - Demonstrativo de Gastos para Meta.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
BI	Business Intelligence
BP	Belas Praias
BV	Bons Ventos
CEAB	Coordenação Estadual de Atenção Básica
CF88	Constituição Federal de 1988
CGGAB	Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DataSUS	Departamento de Informática do SUS
DGTI	Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação
eSF	equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso da Atenção Básica
PCAS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIES	Política de Incentivo Estadual de Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médico
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RS	Rio Grande do Sul
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde

SciELO	Scientific Electronic Library Online
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SES/RS	Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul
SGG	Secretaria Geral de Governo
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISPACTO	Sistema de Pactuação dos Indicadores
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	14
3.1 Geral	14
3.2 Específicos	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)	15
4.1.1 Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS).....	16
4.1.2 TABWIN/TABNET como Ferramenta de Informação DATASUS	19
4.2 Atenção Primária à Saúde	20
4.3 O Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB).....	23
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	27
6 RESULTADOS	30
6.1 As Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias na Perspectiva do ICSAB e a Cobertura de Saúde da Família	37
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
CONCLUSÃO	47
REFERÊNCIAS	51

INTRODUÇÃO

Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS, este será o tema da Décima Sexta Conferência Nacional de Saúde, que ocorrerá em julho de 2019, com a mobilização da sociedade perante as conferências municipais e estaduais para a plena discussão de garantir o enunciado dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), pelo dever constitucional de garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado e planejar o financiamento do setor.

Assim como no contexto de reabertura democrática no país em 1986 com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e esforços conjuntos foram fundamentais para assegurar na Constituição de 1988 a concepção de seguridade social, entendendo a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” o atual momento também dialoga com essa problemática trazida como tema das Conferências de Saúde discutindo o Direito, a Consolidação e Financiamento do SUS.

Para assegurar tal direito o Ministério da Saúde define Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no Brasil. Para isso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) orienta a organização dessa esfera de Atenção através da definição de território e população adscrita, e da responsabilização sanitária por estes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 20). Além do reconhecimento ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) da necessidade de expansão da Atenção Básica (AB), através da Rede de Atenção à Saúde¹ (RAS) como ordenadora e coordenadora do cuidado.

Diante do desafiador propósito que a Atenção Básica deve responder, faz-se necessário criar e institucionalizar processos avaliativos, considerando todas as

¹ A RAS é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

possibilidades que esse tipo de análise objetiva necessita, buscando entender seus nós e qualificar essa esfera de Atenção à Saúde – tanto no apoio ao planejamento e na elaboração de uma intervenção, como no subsídio para melhorar uma intervenção no seu decorrer ou determinar os efeitos de uma intervenção para decidir seu andamento, e ainda contribuir para a qualificação de conhecimentos e elaboração teórica (CONTRANDRIOPOULOS et.al, 1997).

Assim, o Ministério da Saúde criou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), através da Portaria N° 221 de 2008, objetivando desenvolver uma ferramenta para avaliar a Atenção Básica e comparar seu desempenho, usada como instrumento capaz de indicar que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção básica estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção básica para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 1337).

Na Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), tal indicador é o único indicador de desempenho ao qual a Coordenação Estadual de Atenção Básica (CEAB) responde para a Secretaria Geral do Governo (SGG) através do Acordo de Resultados², sendo este uma estratégia de Governo em monitorar de maneira mais próxima os Projetos Prioritários e os Indicadores de desempenho finalísticos e entregáveis de todas as Secretarias, entre eles o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.

Ser responsável por monitoramento e controle efetivo de um indicador implica na concepção mensal dos dados e a justificativa da evolução. Diante deste cenário, percebeu-se enquanto profissional da área que não há argumentos para justificar sua tendência nem por parte dos gestores municipais, tampouco por gestores estaduais. Trata-se de argumento na perspectiva de resultado de um processo de avaliação sistemático, de cunho técnico, profissional e não improvisado de “achologias” e hipóteses (BEZZI, 2003).

Diante do apresentado, este trabalho pretende analisar o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, discorrer sobre a evolução deste indicador para avaliar o acesso e qualidade da Atenção Básica no âmbito da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, macrorregião metropolitana, região de saúde Bons Ventos e Belas Praias entre os anos de 2010 a 2018, verificando outros fatores

2 <http://www.rs.gov.br/acordo-de-resultados>

associados à evolução de ICSAB para explicar e qualificar o uso deste indicador na avaliação da Atenção Básica.

2 JUSTIFICATIVA

O conjunto de informações geradas após a análise dos dados, tais como: a evolução em série histórica do indicador ICSAB para o período de 2010 a 2018 das Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias pertencentes a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul; qual cobertura de atendimento em atenção primária correlacionando com o ICSAB; porcentagem de população coberta por Agentes Comunitários de Saúde detalhados por região de saúde; despesas com atenção básica agrupadas por região de saúde analisando sua evolução e principais internações ocorridas entre 2010 e 2018.

Reconhecendo as limitações que este indicador de ICSAB possui, entre esses limitadores podemos citar registros nas Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) de forma correta por parte dos profissionais, a comunidade acadêmica tem discutido nacionalmente e internacionalmente o tema, até mesmo para auxílio objetivo aos gestores. Alfradique et al. (2009, p.2) cita que as investigações sobre tais internações, no Brasil “[...] são ainda incipientes, embora sejam cogitadas para estratégias de monitoramento e desempenho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em alguns estados e municípios, entre eles, Ceará, Minas Gerais e Curitiba”.

Espera-se que os resultados evidenciados possam subsidiar pesquisas complementares para a compreensão e aperfeiçoamento dos diferentes fatores que possam estar associados as internações por condições sensíveis à atenção básica e provocar uma discussão mais concreta e menos hipotética de qual impacto na atenção ao cuidado, além de contribuir para o desenvolvimento e sedimentação de métodos técnicos fundamentados de avaliação de impacto das ações de políticas públicas desenvolvidas nas regiões e para sua disseminação principalmente aos gestores dessas regiões de saúde no espaço de avaliação de desempenho das instituições contratualizadas SUS.

A justificativa para o desenvolvimento deste estudo também se potencializa sob três aspectos:

- . O uso ainda restrito da Lista Brasileira de diagnósticos sensíveis à atenção básica – Ministério da Saúde (Projeto ISAB – Brasil) de 2008, o que demonstra até então o pouco conhecimento do comportamento da referida lista;

. Segundo Bermúdez et al. (2004), na Espanha, entre as estratégias propostas para melhorar a utilidade do indicador, está a busca de uma maior especificidade e análise do mesmo por municípios que fazem parte das províncias;

. Nedel et al. (2010) quando realizaram a revisão sistemática de literatura referente às características das Atenções Primárias à Saúde associadas ao risco de internar por condições sensíveis comentaram que foram poucos os estudos focados em características relacionadas com as internações por tais condições.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias pertencentes à 18ª Coordenadoria Regional de Saúde no período de 2010 a 2018.

3.2 Específicos

Descrever o comportamento do Indicador de ICSAB nas regiões de saúde Bons Ventos e Belas Praias pertencentes a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2010 a 2018.

Descrever quantitativamente as principais diferenças de internações por condições sensíveis das duas regiões de saúde nos anos de 2010 e 2015.

Correlacionar ICSAB com cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

Analisar condições que podem estar correlacionadas com o desfecho ICSAB nas regiões de saúde Bons Ventos e Belas Praias no Estado do Rio Grande do Sul.

Refletir sobre a utilização do ICSAB como indicador de resultado na atenção básica em um contexto específico como o Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um conjunto de componentes que atua de forma integrada, por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1998).

É conveniente iniciar este item com o texto:

A informação é essencial no processo decisório para a tomada de decisões. Nesta perspectiva, representa imprescindível ferramenta à vigilância epidemiológica, por constituir fator desencadeador do processo de informação-decisão-ação [...] (BRASIL, 2009, p.63).

Se a representação da informação for feita por meio de dados (números, texto, gráficos, sons, entre outros), no caso do texto, essa poderá ser armazenada em um computador. Porém, ressalta que aquilo que é armazenado no computador não é mais a informação, e sim a sua representação em forma de dados. Não é possível processar informação diretamente em um computador, ou seja, antes de se ter informações é necessário reduzi-las a dados. Sendo assim, “um dado é puramente objetivo – não depende do seu usuário: A informação é objetiva-subjetiva no sentido que é descrita de uma forma objetiva (textos, figuras, etc.) ou captada a partir de algo objetivo” (SELTZER, 2010, p. 1).

Dessa forma, é necessário um olhar mais crítico no que se refere à qualidade dos dados no SIS, tanto por parte da esfera federal responsável em organizar, gerir e manter as bases de dados nacionais quanto da esfera municipal, principalmente, responsável pela alimentação dessas bases. No que diz respeito à qualidade de dados, pode-se citar o artigo de Lima *et al.* (2009), no qual fazem uma revisão bibliográfica das iniciativas de avaliação da qualidade dos dados dos sistemas brasileiros. Ressaltam que, no Brasil, um plano sistemático de avaliações não é seguido e consultas às bases de dados SCIELO, LILACS e às referências dos artigos identificados indicam a necessidade de que se institua, no Brasil, uma política de gerenciamento de dados dos sistemas de informação em saúde.

Os dados em saúde, no Brasil, são obtidos, principalmente, pelos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde gerenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SIM, SINAN, SINASC, SIH, CNES, SIAB, etc), além daqueles obtidos pelos inquéritos Regionais ou Nacionais realizados no Brasil principalmente a partir da década de 80. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), criado em 1938 é o responsável pela realização dos Censos decenais nacionais e outros inquéritos que produzem dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, entre outros. O Ministério da Saúde (MS) tem dado suporte aos inquéritos desenvolvidos pelo IBGE, como, por exemplo, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD/ suplemento saúde), POF (Pesquisa de Orçamentos Familiares) e AMS (Assistência Médico-Sanitária), além de apoiar e desenvolver outros inquéritos com temas específicos.

A seguir, serão apresentados os Sistemas de Informações em Saúde que foram utilizados no desenvolvimento do presente trabalho.

4.1.1 Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

O Sistema de Informação Hospitalar (SIH) criado, inicialmente, com a finalidade de realizar pagamentos, simultaneamente, às atividades de controle e auditorias, observa-se que aliado a esta finalidade, esse banco de dados de domínio público tem tido outros objetivos, tem servido como base de dados secundários para investigações epidemiológicas e outros estudos acadêmicos e institucionais.

Fazendo um breve histórico quanto à concepção, finalidade e implantação do SIH, segundo Carvalho (1997), em 1979 foi constituída uma comissão técnica especial para desenvolver um novo sistema que apresentasse facilidade de manuseio e fidedignidade quanto às informações. Dessa forma, em 1980, foi concebido o denominado Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), que se referia, conforme Levcovitz e Pereira apud Carvalho (1997, p. 3) “[...] aos procedimentos aceitos normativamente como realizáveis pela rede de assistência hospitalar”. Os autores ainda citam que o sistema era tido como “um modelo de pagamento do tipo prospectivo, fundamentado na estimativa de custos médios aplicados a uma unidade determinada (caso ou procedimento) e tendo uma base de cálculo pré-definida (LEVCOVITZ; PEREIRA, apud CARVALHO, 1997).

Ressalta-se que o sistema dispunha seus dados por meio de uma tabela de procedimentos discriminando pagamentos de serviços profissionais, hospitalares, materiais, medicamentos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, estipulados pelo MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) e um formulário padrão, qual seja, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A tabela de procedimentos teve como base a Classificação Internacional de Procedimento da Organização Mundial da Saúde. Esse sistema foi implantado e amplamente discutido com entidades representativas dos prestadores de serviços e associações de especialistas.

A partir de 1981, o sistema foi implantado como uma experiência piloto em Curitiba (PR), estendendo-se, posteriormente, ao estado na tentativa de melhorar a qualidade deste. Em 1982, devido à crise da Previdência Social, surge o “Plano de Reorientação da Assistência à Saúde” no âmbito da Previdência Social, elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, conhecido pelo Plano de CONASP, determinando a implantação no novo sistema em todo o território nacional. A partir de 1983, o sistema estava implantando nos hospitais privados, contratados ou conveniados com o INAMPS.

A alteração significativa ocorreu com a implantação do sistema estendida aos hospitais públicos, municipais, estaduais e federais de administração direta e de outros ministérios, que se deu por meio da Norma Operacional Básica (NOB), em janeiro de 1991. Pensava-se, entre outros objetivos. As alterações mais importantes, a partir de 1992, podem ser resumidas segundo Gomes (2005).

De 1992 a 1994, as AIHs (documentos que servem de base para o SIH) passam a ser arquivadas em disquetes, sendo a digitação descentralizada, e as secretarias estaduais e municipais ganham novos instrumentos para avaliação. De 2001 a 2003, é feita a implantação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo que o cadastro de prestadores de serviços é unificado, e as Secretarias Estadual e Municipal de Saúde (SES e SMS) passam a ser responsáveis pela alimentação e manutenção dessas informações. O CNES surgiu em 2000 como uma proposta de unificação para substituir os diversos cadastros de estabelecimentos utilizados pelo SIA e SIH, o que foi alcançado efetivamente a partir de 2003. De 2005 a 2006, houve a descentralização do processamento do SIH e do módulo financeiro.

O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) é um sistema administrativo, que possui informações com relação ao paciente (sexo, idade, endereço), ao hospital (razão social, natureza jurídica, endereço) e relativo às internações, quais sejam: diagnósticos principais e

secundários que motivaram a internação; procedimentos realizados, tempo de permanência; datas de internação e alta; óbitos e gastos do SUS com a internação (COSTA *et al.*, 2003).

A Autorização de Internação Hospitalar (AIH) é o principal formulário do SIH, que apresenta dois tipos de formulários: a) Formulário AIH-5: utilizados nos casos de longa permanência referentes à pacientes crônicos e psiquiátricos que necessitam de continuidade de tratamento; b) Formulário AIH-1: dispõe de dados de identificação do paciente, registro dos procedimentos médicos e serviços.

Segundo Starfiel (2002), as frequências de internação e reinternação são consideradas como importantes indicadores para avaliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde. Comisso, a redução das taxas de internações e reinternações (nesse caso, suas consequências são potencializadas) tem atraído a atenção de gestores como sendo uma maneira de melhorar os cuidados relativos à saúde e a redução de custos.

Quanto a quem compete fazer uma avaliação do SIH, apesar de ser uma base rica em dados para gerar informações na tomada de decisão em relação à pesquisa e gestão, existem problemas que evidenciam a necessidade de melhoria da qualidade dos dados. Travassos (1996) já comentava, que a incerteza das informações anotadas nos prontuários médicos (fonte primária de dados para o preenchimento da AIH), assim como o processo de codificação, o qual é realizado por pessoal administrativo, na maioria dos hospitais, sem nenhum treinamento para tal atividade, são os maiores problemas associados com a qualidade da informação.

Mesmo sabendo-se das limitações do SIH, o que necessita tornar evidente é que esse sistema disponibiliza dados de abrangência nacional, respondendo, como exemplo, por 10.743.999 internações no ano de 2008 (MS/DATASUS, situação em 08 de fevereiro de 2010), contemplando às internações realizadas pelo SUS na rede pública e privada conveniada, o que representa 70% a 80% de internações do país.

Bittencourt *et al.* (2006) fazendo uma revisão sobre aplicações do SIH na Saúde Coletiva, puderam encontrar um número expressivo de trabalhos científicos que, ou utilizaram a base de dados para pesquisas ou para avaliação do próprio sistema. Essa base de dados vem sendo utilizada ao longo dos anos. Espera-se que o uso de forma sistemática, pela comunidade científica, das bases de dados secundárias existentes, possa contribuir para diminuir os problemas das limitações do uso de dados e, conseqüentemente, das informações geradas.

Os arquivos referentes ao SIH/SUS poderão ser conseguidos por meio das bases de dados do Ministério da Saúde utilizando-se o serviço MS-BBS (FNS/DATASUS/GTDB) ou pelo site www.datasus.gov.br (SANCHES, 2005).

4.1.2 TABWIN/TABNET como Ferramenta de Informação DATASUS

O TABWIN é um programa desenvolvido pelo DataSUS para facilitar o trabalho de tabulação e o tratamento de dados, foi criado para rodar em plataformas Windows. Suas funcionalidades facilitam a construção e aplicação de índices e indicadores de produção de serviços, de características epidemiológicas (incidência de doenças, agravos e mortalidade) e de aspectos demográficos de interesse (educação, saneamento, renda, etc.) – por estado e por município; a programação e o planejamento de serviços; a avaliação e tomada de decisões relativas à alocação e distribuição de recursos; a avaliação do impacto de intervenções realizadas nas condições de saúde (SILVA, 2009).

Silva (2009) continua explicando que sua finalidade foi permitir tabulações rápidas entre equipes técnicas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em arquivos BDF componentes básicos dos Sistemas de Informações do SUS.

O sistema ainda permite uma interligação de tabulações retiradas da internet (TABNET), além de recursos como: realização de operações aritméticas e estatísticas, elaboração de gráficos e mapas, a partir de dados da tabela e bases cartográficas elaboradas pelo IBGE, entre outras operações, trata-se de um aplicativo análogo ao Tabwin para a internet (SILVA, 2009).

É possível perceber que o DATASUS, antecipando a política posteriormente conhecida como inclusão digital, enfatizou a criação do acesso à internet por parte das secretarias e conselhos de saúde. A disseminação dos dados dos sistemas de informação sobre internação hospitalar (SIH-SUS), atendimento ambulatorial (SIA-SUS) e de mortalidade (SIM) em *cd-rom*, com o programa TabWin incluído, estimulou a padronização das aquisições de microcomputadores para a rede do SUS, com leitor de *cd-rom*, o que viabilizou essa nova modalidade de disseminação de informações e ampliou a inserção do Tabwin no SUS. Assim, as secretarias estaduais e municipais passaram a ter uma ferramenta gratuita e poderosa para tabular os seus próprios dados (BRASIL, 2009).

Vale ressaltar o que Silva (2009) referi sobre os programas que integram a busca permanente do Departamento por soluções mais adequadas e inovadoras. O DATASUS destaca-se como um dos pioneiros no que se refere a internet.

Para isso tornou-se necessário cumprir etapas dentro das instituições públicas, entre essas etapas a institucionalização do correio eletrônico para comunicação no departamento e MS. Em seguida, desenvolvimento de seu próprio sitio e por fim criar uma Rede Nacional de Informações em Saúde (RNIS), objetivando a difusão de acesso aos bancos de dados por meio de projetos de financiamentos estaduais, conseqüentemente melhorando a qualidade das informações (SILVA, 2009).

Podemos observar disponíveis os acessos mês a mês por períodos, utilizando o programa TABNET para coleta de informações e EXCEL para criação de gráficos. As bases de dados encontram-se disponíveis em <http://www.datasus.gov.br>.

4.2 Atenção Primária à Saúde

A década de 60 foi marcada, em várias partes do mundo, por amplos debates sobre a saúde e sua relação com o desenvolvimento econômico e social, objetivando conseguir buscas novos enfoques que tentassem superar a orientação que, até então, predominava: a era do controle da enfermidade. Isso evoluiu, nas décadas de setenta e oitenta, para a discussão sobre expansão de cobertura de serviços pelo Estado, reconhecendo o direito à saúde e a corresponsabilidade da sociedade em garantir os cuidados básicos (CAMPOS, 2007).

Ferreira e Buss (2002, p.7) relatam ainda que dois acontecimentos estabeleceram as bases para se chegar a denominadores comuns em torno de um paradigma colocado, em setembro de 1978, pela Conferência de Alma-Ata (Cazaquistão – URSS), patrocinada pela OMS e pelo UNICEF. O tema de discussão era a necessidade de ação urgente de todos os governos e pessoas que trabalham nos campos da saúde, do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo. Segundo o Projeto Promoção da Saúde /MS (2002), a referida conferencia, em síntese, reafirmou que a saúde é um direito humano fundamental, um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença. Atingir alto nível de saúde deve ser a meta

mais importante para os povos e isso está atrelado às ações de muitos setores além do setor da saúde.

Os países participantes da referida conferência fizeram um acordo de implantação de um modelo de Atenção Primária à Saúde, elaborando estratégias para ir ao encontro das necessidades básicas assistenciais de uma maneira mais equitativa, adequada e efetiva, assim como para analisar as causas sociais, políticas e econômicas que pudessem responder aos problemas pertinentes à saúde. O referido acordo teve como principal objetivo o de alcançar no ano de 2000 o que se denominava “Saúde para todos”.

Andrade *et al.* (2009) comentam que a declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria nortear suas ações para os principais problemas sanitários da comunidade, prestando uma atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção à saúde. Ressaltam que tudo isso varia entre os diversos países e comunidades, pois esses serviços refletem as condições socioeconômicas pertinentes a cada um desses países e comunidades.

Dessa forma, observa-se que a declaração de Alma-Ata amplia a visão do cuidado à saúde, envolvendo tanto a população quanto a dimensão setorial, superando à área de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde considerada no seu sentido clássico de ausência de enfermidade e não como o completo bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2002, p. 10).

A cronologia do desenvolvimento em Promoção da Saúde no período de 1974 a 2000, de acordo com Neves (2006, p. 2), pode ser a seguinte: 1974: Informe Lalonde; 1978: Primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde- Declaração de Alma-Ata; 1981: A Organização Mundial de Saúde de maneira unânime adota uma estratégia global “Saúde para Todos no Ano 2000”; 1986: Carta de Otawa sobre Promoção da Saúde; 1988: Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Adelaide, Austrália; 1991: Terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Sundsvall, Suécia; 1997: Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Jacarta; 1998: Resolução da Assembleia Mundial de Saúde (Promoção de Saúde); 2000: Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, México.

É necessário diferenciar prevenção de promoção. O termo “prevenir” tem o significado de “preparar; chegar antes de; dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize”. A prevenção em saúde “exige uma ação antecipada,

baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença”, e a promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla do que prevenção, pois se refere a medidas que “não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar geral” (LEAVELL, CLARK, 1976).

Pode-se dizer que a promoção deve ser entendida como uma estratégia multissetorial, não se limitando às condições de prevenção, tratamento e cura de doenças. Promover a saúde consiste em uma perspectiva de melhoria das condições de vida da população, dando suporte ao indivíduo, à família e à comunidade na tomada de decisões, o que leva à transformação de comportamento em direção à saúde e o bem-estar de todos (SILVA; ARAÚJO, 2007).

O SUS foi criado como uma política social pública de caráter universal, equânime e integral como princípios doutrinários, bem como garantiu espaços legais para uma gestão participativa como princípio organizativo, além de descentralização político-administrativa dos serviços, regionalização e hierarquização.

Segundo o Ministério da Saúde (2002),

É bem verdade que o SUS, como não poderia deixar de ser, está em constante processo de aperfeiçoamento. Por um lado, a promoção da saúde à população nunca deixará de sofrer transformações, pois como as sociedades são dinâmicas, a cada dia surgem novas tecnologias que devem ser incorporadas para melhoria dos serviços e das ações de saúde. Dessa forma, é constante o surgimento de novos agravos à saúde que carecem de nova profilaxias e de novos cuidados. Sob outro aspecto, não obstante todo o caminho já percorrido até aqui, o SUS ainda está em estruturação.

A ênfase na reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da atenção primária surge como estratégia de racionalização dos gastos, assim como de reorganização dos demais níveis de assistência, passando a atenção primária a ser considerada como porta de entrada do modelo de atenção à saúde. Propõe-se uma resolutividade nesse nível de atenção de cerca de 80% a 85% dos problemas de saúde da população brasileira.

O SUS na sua organização hierarquizada na qual a Atenção Primária à Saúde (APS) refere-se aos procedimentos básicos de atenção à saúde da população. Depois tem-se o nível intermediário que diz respeito a procedimentos hospitalares de média complexidade e nível superior de alta complexidade também de assistência hospitalar (serviços especializados). Essa organização pressupõe ações

conjuntas de todos os níveis, ou seja, uma assistência dependente que permite observar a sua relação com os demais níveis.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS é realizada por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) e/ou pela Atenção Primária tradicional, constituindo o primeiro nível de assistência sanitária responsável pelo conjunto de serviços de saúde voltados para as necessidades dos indivíduos e, também, pela integração dos níveis hierárquicos de atenção à saúde. Atualmente o Programa de Saúde da Família (PSF) é definido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, uma vez que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e o PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar essa reorganização. Diante disso, a denominação ESF será usada no decorrer do trabalho ao invés de PSF.

4.3 O Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica constituem um indicador que está sendo utilizado em alguns países para medir indiretamente o funcionamento e a capacidade de resolução da Atenção Primária (REHEM, 2009). Starfield (2002, p. 441) coloca que é tido como um dos indicadores genéricos para avaliação de desfechos da atenção primária em âmbito populacional e representa um conjunto de problemas relativos à saúde para os quais uma efetiva ação da atenção primária diminuiria os riscos de internações, existindo evidências de que serviços básicos de melhor qualidade estão associados a taxas mais baixas de internações por tais condições.

Caminal Homar et al. (2002, p. 190) entendem que taxas elevadas de ICSAB apontam uma Atenção Básica inadequada para aquilo a que se propõe. Comentam, ainda, que profissionais da APS resistem à ideia de que um indicador hospitalar possa avaliar as suas práticas clínicas, uma vez que um indicador hospitalar possa avaliar as suas práticas clínicas, pois alguns fatores determinantes da hospitalização, tais como características do paciente e políticas de admissão nos hospitais estão de fora do controle desses profissionais, resistências essas, principalmente, quando se trata de um indicador genérico.

A ideia teve início nos Estados Unidos, na década de 1980, quando John Billings desenvolveu o conceito de hospitalizações potencialmente evitáveis ou condições sensíveis à atenção ambulatorial, como sendo um reflexo indireto de problema com o acesso e a efetividade dos cuidados primários (BILLINGS; TEICHOLZ, 1990 *apud* REHEM, 2009). A partir daí, foram realizadas adaptações de forma a contemplar especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisado, e estudos foram mostrando a relação existente entre o indicador e a atenção primária.

O indicador ICSAB também é denominado por alguns autores como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, Internações Sensíveis à Atenção Primária, Internações Potencialmente Evitáveis e outros que possam aparecer. Em relação a isso, é importante ressaltar que Nedel et al. Quando da revisão sistemática realizada sobre a associação entre características da Atenção Básica e o risco de internar por CSAB, comentam:

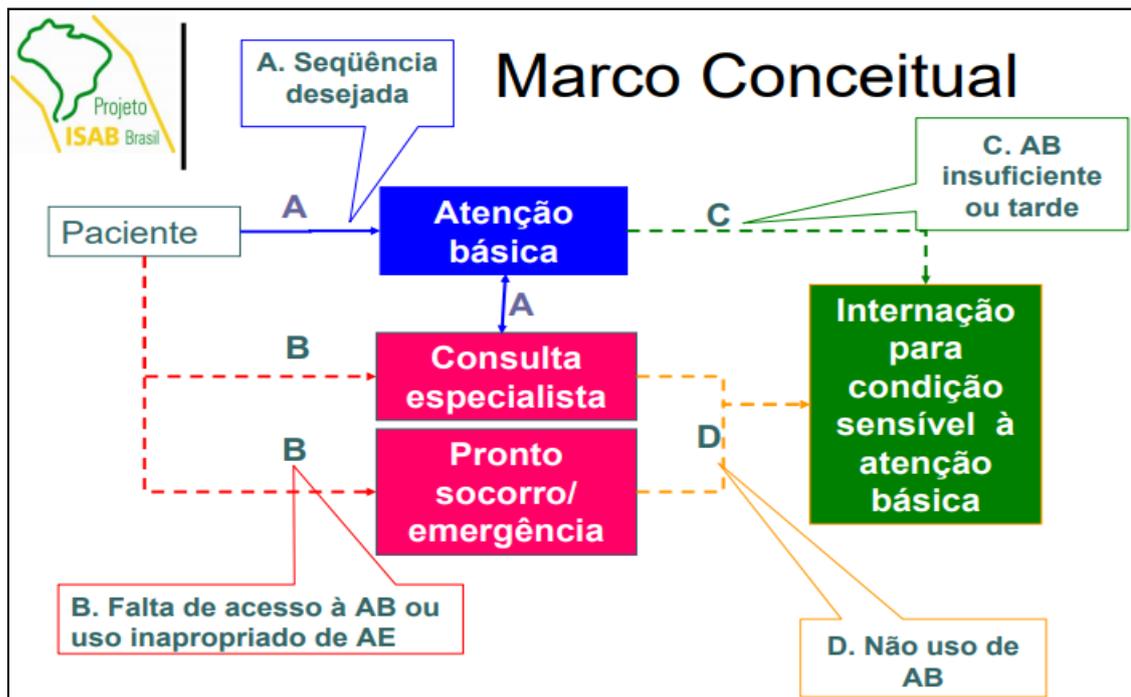
A busca bibliográfica sobre hospitalizações evitáveis por ações do primeiro nível de atenção à saúde é dificultada pelo grande número de artigos que se referem ao tema usando diferentes denominações, objetivos e enfoques de análise, o que, por sua vez, resulta em certa variabilidade dos descritores (Mesh Terms) usados. Por outro lado, vários artigos que usam termos como “hospitalizações” e “evitável” não tratam de CSAB (Condições Sensíveis à Atenção Primária). Além disso, não foi encontrado um descritor que se aproximasse à ideia de hospitalização evitável, o que tornaria a busca mais eficiente (NEDEL et al., 2008).

No decorrer do trabalho será utilizado a denominação ICSAB e as palavras primária e ambulatorial poderá ser usada indiscriminadamente, com o objetivo de ser fiel, quando for o caso, aos textos transcritos das referências utilizadas.

Segundo Macinko et al. (2007, p. 186), o estudo das ICSAB, como sendo um indicador “genérico”, possibilita a identificação dos problemas de acesso e qualidade dos serviços da atenção primária, o desenvolvimento e priorização dos programas especiais, a avaliação das políticas/reformas específicas do SUS para a atenção primária.

Então, como olhar para esse contexto, existe um quantitativo de internações potencialmente evitáveis mediante cuidados oportunos, efetivos e mantidos no primeiro nível assistencial. Para um melhor entendimento dessa questão, deve-se observar a proposta dos autores sobre o marco conceitual da Atenção Básica, conforme figura abaixo.

Figura 1 Marco Conceitual da Atenção Básica



Fonte: Macinko et al., 2007.

O que leva ao não uso da Atenção Básica (AB) são as características do paciente no que se refere às opiniões sobre o serviço de saúde e a atenção básica, às preferências pessoais, às características demográficas e da Atenção Básica referindo-se aos problemas geográficos de acesso, tempo de espera e horário de funcionamento da unidade. Esse não uso da AB pode ocorrer também devido às características da atenção especializada (AE) referentes ao fácil acesso a esta, pronto-socorro, emergências, para as condições que deveriam ser tratadas pela AB.

Dessa forma, como se pode observar na figura 1, a sequência desejada (A) é que o paciente procure a AB e essa faça o encaminhamento, se necessário, para o especialista ou pronto-socorro/emergência. Qualquer outro caminho pode levar a se pensar na possibilidade de a atenção básica estar sendo utilizada de forma inadequada.

Partindo desse entendimento, e apesar da complexidade presente nos indicadores da capacidade resolutiva da Atenção Primária, iniciam-se diferentes propostas com a utilização de bases de dados secundários para se obter informações sobre esse nível assistencial. A taxa de internações por patologias sensíveis aos cuidados ambulatoriais, também denominadas hospitalizações evitáveis, é uma delas (CAMINAL HOMAR et al., 2002).

Sabe-se então que a análise das ICSAB constitui uma estratégia para o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 1338).

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo está baseado em duas estratégias operacionais. A primeira apresenta uma descrição quantitativa analítica, de série evolutiva do ICSAB na 18ª Coordenadoria Regional pertencente a macrorregião de saúde metropolitana, especificamente analisando as duas regiões de saúde Bons Ventos e Belas Praias, ambas com características litorâneas semelhantes, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), correlacionando com a Cobertura de Saúde da Família no período de 2010 a 2018 para o primeiro recorte.

Na segunda etapa foi realizada uma análise de possíveis condições que podem estar associados a ocorrências de ICSAB, através de comparativos com outros indicadores, como cobertura de ESF e despesas em Atenção Básica pelos municípios das regiões.

O estudo tem por referência a atenção básica no território gaúcho, região litorânea e, portanto, sobre os sistemas municipais de saúde. O Litoral Norte Gaúcho possui uma população estimada de 341.119 habitantes (IBGE, 2010), dividida em 23 municípios e em duas regiões de saúde, RS05 - Bons Ventos com população estimada em dez/2018 em 224.424 habitantes e RS 04 - Belas Praias com população estimada em dez/2018 em 152.771 habitantes, dados coletados em relatório do site e-gestor do Ministério da Saúde.

O RS está dividido em 30 Regiões de Saúde (Resolução CIB nº 555/2012), que são espaços geográficos constituídos pelo agrupamento de Municípios limítrofes “delimitado a partir de identidades culturais econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (Decreto Presidencial, nº 7.508, 2011).

Administrativamente, para a área da Saúde, o RS é dividido em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde, que representam a descentralização da Secretaria Estadual de Saúde. Ainda é importante lembrar que há uma divisão de sete Macrorregiões de Saúde, que são: Norte, Sul, Metropolitana, Serra Missioneira, Vales e Centro-Oeste.

Neste trabalho serão apresentados recortes considerando duas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias no qual abrangerá as análises estatísticas.

Em relação aos dados utilizados para a análise descritiva e exploratória acerca do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica no estado, foi utilizada a Plataforma de Informação da Secretaria Estadual do RS, desenvolvida pelo Departamento de Gestão da Tecnologia da Informação (DGTI), Chamada de Business Intelligence (BI).

Para análise estatística, foram utilizados apenas dados secundários em diversas plataformas públicas, conforme apresentado a seguir:

As Internações por Condições Sensíveis foram retiradas da Plataforma de BI referentes aos anos de 2010 a 2018.

O número de equipes e a cobertura populacional estimada de ESF (Equipes de Saúde da Família) foram definidos a partir das informações do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS), referente à competência dezembro dos anos de 2010 a 2015.

Os valores gastos em atenção básica pelos municípios foram extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do Ministério da Saúde (MS) no Relatório Resumido da Execução Orçamentária (RREO), pesquisado por município referente ao 6º Bimestre dos anos de 2010 a 2015.

A classificação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica ainda que tenha se embasado na Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008, seguiu a lista disponível no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013 – 2015, ou seja, embora baseado, não é idêntico à Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária publicada na Portaria supracitada. Destaca-se que as principais diferenças são a supressão das Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto deste grupo de condições.

Com o objetivo de verificar a existência de associações entre as ICSAB e as demais variáveis dependentes do estudo, ou seja, valor investido em atenção básica, número de equipes de ESF e ACS foram realizados quadros comparativos dos anos de início e fim do estudo. Como critério para comparações de cada par de variáveis foi adotado a apresentação desses que possuíam o mesmo ano de referência (exemplo: ICSAB 2010 versus COB_ESF 2010). O nível de significância adotado para todas as análises foram as três informações com maior evidência numérica.

Este estudo utilizou dados secundários de bases oficiais e públicas, não havendo implicações éticas que exigissem a aprovação do Comitê de Ética.

6 RESULTADOS

Desde a sua formulação e ao longo do processo de consolidação o Sistema Único de Saúde (SUS) tem-se deparado com o desafio de superar a lógica hospitalocêntrica, lógica curativa, centrado apenas no médico como figura resolutive. Instituições estas que organizam suas ações e serviços baseados na oferta e não na necessidade de demanda (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Este modelo de atenção, apesar de estar como premissa na concepção de saúde predominante da população e de muitos gestores, mostra-se incapaz de responder aos desafios sanitários atuais tendo em vista sua baixa eficiência, eficácia e justiça em relação às necessidades de saúde da população (SCHERER; PIRES; SORATTO, 2014).

Starfield (2002) explica que o Modelo de Atenção centrado em ações curativas, não impacta na saúde da população (em sua potência), uma vez que o cuidado médico especializado, direcionado ao tratamento de enfermidade, não abrange uma perspectiva mais ampla de promoção e prevenção da saúde, que só ocorre quando considerado o contexto no qual a doença acontece e em que o sujeito vive. Saliencia-se que o modelo de subespecialização torna-se mais cara e sabemos que os recursos são finitos, colocando em ameaça a equidade no atendimento. Sendo que a especialização anda paralelamente a fragmentação do cuidado e das instituições, gerando fluxos trabalhosos e retrabalhosos, bem como barreiras de acesso que em muitas situações são difíceis de transposição aos usuários.

No contexto das diversas formas de organização da atenção básica³ o Brasil possui definições legais importantes sobre o tema e as suas conexões com os demais níveis de atenção, seja a partir do argumento da racionalidade financeira e operacional, seja a partir dos desdobramentos do princípio constitucional da integralidade da atenção. A Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde instituída em 1996 (NOB-SUS/96), redefine o modelo de gestão do SUS, apresentando o Programa de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de

³ Embora as expressões Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde tenham origens epistemológicas, históricas e consequências operacionais distintas, particularmente quando analisadas na perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira (GIL, 2006), neste trabalho optou-se pelo uso indistinto, uma vez que os documentos oficiais assim o fazem e que, na perspectiva das práticas locais, há um hibridismo forte entre ambas. Essa escolha se respalda na conveniência e na inviabilidade de uma análise mais densa dos diferentes documentos e referências que utilizam uma ou outra dessas designações. O mesmo vale para as expressões ICSAB e ICSAP.

Saúde (PACS) como estratégia principal de organização da Atenção Básica⁴. A portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica orienta sobre a organização do trabalho da Atenção Básica e seus princípios. O Decreto Presidencial Nº 7.508 de 2011, que avança na organização interfederativa do SUS e nas definições de redes regionais de atenção integral à saúde - reconhece a Atenção Básica como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Em relação aos argumentos que seguem na linha de racionalidade financeira e operacional, alguns estudos apontam que uma equipe de Atenção Básica qualificada pode resolver de 85% a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade (OPAS, 2011). Neste sentido, Mendes (2013) explica a Atenção Básica brasileira como paradigma a ser seguida por diferentes países, uma vez que tem contribuído significativamente para a melhoria dos níveis de saúde, baixando em 10 anos (entre 2000 e 2010) a taxa de mortalidade infantil em 40%, além de reduzir a mortalidade de menores de cinco anos, impactar na morbidade, diminuir custos, aumentar a satisfação de usuário e garantir maior equidade (MENDONÇA, 2009).

No eixo dos debates da integralidade da atenção, a atenção básica responde como base da modelagem tecnoassistencial⁵ que organiza a principal entrada do sistema de saúde, abarcando serviços com densidades tecnológica adequada às necessidades locais, fluxos de acesso e integração com serviços especializados, processos de trabalho em equipe focados nas necessidades dos usuários e arranjos tecnoassistenciais com matriciamento e apoio para a organização sistêmica dos serviços.

Em qualquer das duas vertentes citadas anteriormente, a Atenção Básica ocupa lugar de expansão da cobertura e qualidade da atenção ofertada à população. Ainda que só a expansão da Atenção Básica consiga melhorar índices de saúde da população – através da ampliação do acesso, muitos dos desafios elencados por

⁴ Conforme apresentado, o antigo Programa de Saúde da Família (PSF), agora nomeado Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui a principal estratégia para organização e efetivação da Atenção Básica. Assim, neste estudo, sempre que referenciado Atenção Básica, se tratará da ESF. Isto porque o cálculo de indicador de Cobertura de ESF é composto considerando uma equipe de Saúde da Família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários) para cada 3.500 usuários. Enquanto o indicador de Cobertura de Atenção Básica, o cálculo é baseado em horas médicas, no qual 60h médicas equivale a cobertura de 3.000 usuários.

⁵ Expressão derivada das produções do campo da saúde coletiva que incorporam a dimensão micropolítica do trabalho, em particular a partir de Merhy (2002), para referir-se à disponibilidade e modo de organização dos serviços (nas diferentes densidades tecnológicas), ao modo de organização do trabalho e às ofertas que são

Paim (1999)⁶ e reafirmados por Pinto (2011), continuam condicionando a qualificação e o desenvolvimento da AB, impactando negativamente na resolutividade dessa esfera de Atenção, os quais seguem:

- 1) Financiamento insuficiente e infraestrutura das UBS inadequadas;
- 2) Necessidade de ampliar o acesso, reduzir tempos de espera, garantir atenção integral e melhorar a qualidade dos serviços;
- 3) Avançar na mudança do modelo de atenção dos serviços;
- 4) Inadequadas condições e relações de trabalho, mercado de trabalho predatório, déficit de provimento de profissionais e contexto de baixo investimento nos trabalhadores;
- 5) Necessidade de contar com profissionais formados, preparados e dedicados à atuação na Atenção Básica (PINTO, 2011⁷, apud PINTO, 2014, p. 18).

Assim, o Ministério da Saúde, junto aos estados e municípios, vem instituindo políticas públicas e estruturando na sua agenda a partir de programas, projetos e ações para responder às suas atribuições e superar os nós supracitados, fortalecendo e qualificando a atenção básica.

A exemplo disso, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) responde nessa perspectiva, prioritariamente, a questões de financiamento, acesso e qualidade, e mudança de modelo de atenção, uma vez que busca estimular através do “eixo desenvolvimento” que os profissionais de saúde problematizem e efetivem a orientação dos serviços em função das necessidades e satisfação dos usuários, constituindo-se como um modelo de avaliação do desempenho das Equipes de Atenção Básica (EAB) e gestão, atrelando recursos financeiros ao desempenho das equipes e, mais do que isso, servindo como dispositivo para o fortalecimento de processos de Auto avaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Além de estímulo financeiro por meio do processo de certificação, que repercute no pagamento diferenciado por Equipes de acordo com seu desempenho mensurado, o PMAQ-AB busca desencadear mudanças para qualificar a atuação das mesmas, induzindo processos de organização de redes e, sobretudo, fortalecendo sua capacidade de interagir e compreender o seu entorno.

disponibilizadas para cada grupo populacional. Difere, portanto, do conceito de modelo assistencial tradicional na saúde pública, que geralmente se referem à disponibilidade e modo de organização dos serviços.

⁶ Paim (1999) elenca como desafios importantes para o desenvolvimento da AB e infraestrutura de recursos humanos e materiais, o financiamento e gestão do sistema e a reorganização do modelo assistencial.

⁷ Pinto HA, Nova Política de Atenção Básica: mais acesso e qualidade. Brasília. Ministério da Saúde, 2011. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

Ao encontro desta qualificação da AB, o Programa Requalifica UBS, instituído em 2011, “tem como objetivo criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde, promovendo melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Pensando na garantia de acesso, na formação de médicos para a Atenção Básica e no provimento destes, lançou-se em 2013 o Programa Mais médicos (PMM), que apresenta três frentes principais: o provimento emergencial de profissionais da atenção básica; a requalificação da infraestrutura das unidades e a reestruturação da formação médica, no âmbito da graduação e residência.

Com o Projeto Mais Médicos, os gestores do SUS pretendem garantir a assistência à saúde com equipes de Saúde da Família (eSF) completas, propiciando o trabalho multidisciplinar. Antes deste projeto, eSF que estavam localizadas em periferias, municípios de interior e regiões isoladas, se deparavam com a dificuldade de provimento e fixação do médico, trabalhando incompletas, implicando no acesso, no cuidado integral, na continuidade do cuidado e com isso na capacidade de resposta da equipe e conseqüentemente na resolutividade da Atenção Básica.

No âmbito da gestão Estadual, destaca-se o cofinanciamento para essa esfera de Atenção, que prevê além de custeio mensal para equipes de Saúde da Família, um repasse também equivalente ao Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-Fixo), ao qual é denominado de Política de Incentivo Estadual de Atenção Básica (PIES)⁸. Ressalta-se que a maioria dos incentivos são de Custeio e Capital, flexibilizando as possibilidades de uso das gestões municipais e assim, contribuindo para sanar as necessidades singulares de cada realidade municipal. O Estado do Rio Grande do Sul é um dos que mais prevê incentivos financeiros para a Atenção Básica no Brasil.

Entendendo que esses Programas, Projetos e Incentivos são estratégias de intervenções, ou seja, um “conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et.al, 1997, p.31), faz-se necessário instituir processos de

⁸ Incentivo Financeiro previsto na Resolução CIB nº 151, de 2015.

avaliação que deem conta, tanto de mensurar o impacto de estratégias de intervenções, como de verificar Acesso e Qualidade da AB.

Conforme Batista (2012), a identificação de indicadores para a avaliação dos serviços da Atenção Básica é tarefa complexa, dada a multiplicidade de ações desse nível de atenção. A avaliação de determinado serviço de saúde ou as medidas de desempenho do mesmo, podem ser obtidas com base em indicadores com condições potencialmente afetadas pelas ações de políticas (BARRETO, et.al, 2012).

Os indicadores constituem-se como essenciais nos processos de monitoramento e avaliação, uma vez que permitem “embasar a análise crítica dos resultados obtidos e auxiliar no processo de tomada de decisão; contribuir para a melhoria contínua dos processos organizacionais; e analisar comparativamente o desempenho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 15). Entretanto, é sempre oportuno lembrar que indicadores retratam abstrações que aproximam da realidade, podendo ser tendências que podem ou não ser compatível com a realidade de fato. A escolha de indicadores e unidades de medida devem ser escolhidos com cuidado, pois é insuficiente para garantir a verdade não traduzindo a complexidades dos distintos contextos, implica na qualificação da sua interpretação. Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012) ressaltam a importância de se criar uma rede de inteligência de gestão, para superar limites na produção o registro dos dados e sistemas de informação e para produzir interpretações, associadas a processos de educação permanente, que são estratégias para constituir a capacidade de compreender e tomar decisões sobre esses contextos.

Outras formas de avaliação e monitoramento acontecem e ainda são incipientes no Brasil, podemos citar o Portal do Gestor – base online de acesso restrito onde as informações do PMAQ ficam disponíveis, o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) que prevê envio de informações através de prontuários eletrônicos (PEC) ainda com dificuldades de lançamento de informações, tornando o banco frágil para monitorar e avaliar a AB e gerando descontinuidades de série histórica.

Assim, torna-se imprescindível a avaliação da Atenção Básica através de indicadores, entre tantos um indicador síntese e indireto, estruturado com base nas interações por condições sensíveis à Atenção Básica à Saúde. As ICSAB são um conjunto de problemas de saúde, para os quais o acesso aos serviços de AB e

ações efetivas poderiam reduzir a frequência destas internações, tornando-as um indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção (FERNANDES, 2009).

Este indicador foi criado nos Estados Unidos, na década de 80, para avaliar o acesso a serviços de saúde ambulatorial servindo também para comparar a efetividade de modelos de APS (BATISTA, 2012). Assim, parte-se da premissa geral de que altas taxas de hospitalização por ICSAB refletem deficiências na cobertura dos serviços e/ou no desempenho da AB (BATISTA, 2012), uma vez que usuários que têm acesso e seus problemas resolvidos nos serviços de AB não apresentam agravamento de seu problema e não necessitam de hospitalização.

Vários estudos encontram correlação estatística entre expansão da Saúde da Família e redução de ICSAB (BARRETO et al., 2012; BRASIL; COSTA, 2016; CAMPOS; THEME, 2012; CASTRO et al., 2015; COSTA, 2016). Nedel et. al (2008) constataram que 42,8% de internações por condições sensíveis à APS dos moradores de áreas de ESF com 61,3% nos não ESF no município de Bagé/RS. Em estudo realizado em Montes Claros/MG, verificou-se risco duplicado de probabilidade de internação por condição sensível, quando o controle regular de saúde é realizado fora da ESF (FERNANDES, et. al, 2009).

Outras produções, além de não encontrarem correlação entre expansão da ESF e redução nas ICSAB (BATISTA, 2012; CECCON et. al, 2014; CALDEIRA, 2011), problematizam sobre a necessidade de trazer para a análise deste indicador, outras variáveis que possam auxiliar na compreensão desse desfecho, tanto no âmbito de modelos de atenção e disponibilidade de estrutura de serviços, bem como na perspectiva de indicadores socioeconômicos demográficos.

Considerando que o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica é hoje o único de desempenho pactuado entre Coordenação Estadual de Atenção Básica do Rio Grande do Sul e a Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, através do Acordo de Resultados, faz-se necessário buscar compreender quais as situações que influenciam nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, para melhor planejar e elaborar intervenções efetivas para a redução deste indicador, e principalmente para qualificar a Atenção Básica. Além de eventuais limitações técnicas no processo dado/informação, é importante considerar aqui que a atenção básica e sua atuação nos territórios de municípios e regiões são contextos de grande complexidade, seja por sua grande diversidade em

relação às condições sociais e políticas, seja por questões relativas à produção de saúde e organização dos sistemas de saúde, tornando necessário colocar em análise não apenas os “objetos” a serem avaliados, no caso a atenção básica, mas igualmente os próprios processos avaliativos (FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012).

Importante destacar também que no Estado do Rio Grande do Sul, a Coordenação de Atenção Básica assumiu como Condições Sensíveis à Atenção Básica o rol de eventos e Lista de CID-10 previsto no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, p. 35), que apesar de baseado na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008, não é idêntico a esta última, conforme demonstrado abaixo:

Tabela 1 – Condições Sensíveis à Atenção Básica e Lista CID-10

Condições Sensíveis	Lista dos CID-10 (todos do intervalo especificado)
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15.0-A19.9; A33.0-A37.9; A50.0-A53.9; A95.0-A95.9; B05.0-B06.9; B16.0-B16.9; B26.0-B26.9; B50.0-B54.9; B77.0-B77.9; G00.0; I00-I02.9
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	A00.0-A09.9; E86.0-E86.9
3. Anemia	D50.0-D50.9
4. Deficiências nutricionais	E40-E46.9; E50.0-E64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66.0-H66.9; J00; J01.0-J03.9; J06.0-J06.9; J31.0-J31.9
6. Pneumonias Bacterianas	J13; J14; J15.3-J15.4; J15.8-J15.9; J18.1
7. Asma	J45.0-J45.9
8. Bronquites	J20.0-J21.9; J40-J42
9. Hipertensão	I10; I11.0-I11.9
10. Angina	I20.0-I20.9
11. Insuficiência cardíaca	I50.0-I50.9
12. Diabetes mellitus	E10.0-E14.9
13. Epilepsias	G40.0-G40.9
14. Infecção no rim e trato urinário	N30.0-N30.9; N34.0-N34.3; N39.0
15. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01.0-L04.9; L08.0-L08.9
16. Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos	N70.0-N73.9; N75.0-N76.8
17. Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015, p. 35.

Ressalta-se também que este indicador, ainda que seja composto por 17 condições sensíveis e possa ser estratificado (por condição, sexo, faixa etária, entre outros), através de base de dados pública e online, tanto na Pactuação dos Indicadores, quanto no monitoramento do Acordo de Resultados é constituído pelo total de internações, ou seja, sem estratificação das 17 condições previstas.

Assim, ainda que assuma a importância de estratificações como as exemplificadas acima para corroborar na qualificação da análise e de entendimento desse indicador, nesse estudo o Indicador de ICSAB será apresentado e discutido com base nas Internações totais por Região de Condições sensíveis. Será analisado em série histórica de 2010 a 2018.

6.1 As Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias na Perspectiva do ICSAB e a Cobertura de Saúde da Família

Nesse estudo utilizar-se-á cobertura pela Estratégia de Saúde da Família por ser a proposta tecnoassistencial prevista na Política Nacional de Atenção. Será realizado uma testagem com o valor gasto por região em atenção básica para verificar qual a necessidade de recursos financeiros para o atingimento da meta pactuada, ou seja, 24%.

Esta seção pretende contextualizar a evolução de ICSAB no Litoral Norte gaúcho e descrevê-la associando com a cobertura de ESF da região, e no que for possível estabelecer um comparativo entre as duas regiões de saúde que fazem parte desse território.

Ao analisar a diferença do ICSAB comparando o ano de 2010 ao de 2018 é possível perceber que ambas Regiões de Saúde vêm aumentando a cobertura de ESF e mantendo o mesmo padrão de ICSAB variação mínima, proporção que se difere do Estado, sendo que no Estado a cobertura de ESF passou a 65,58% a mais nesse período de cobertura de ESF e conseguiu reduzir apenas 3,67 de internações sensíveis, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Comparativo entre percentual de ICSAB e cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos, Belas Praias e o Estado do RS.

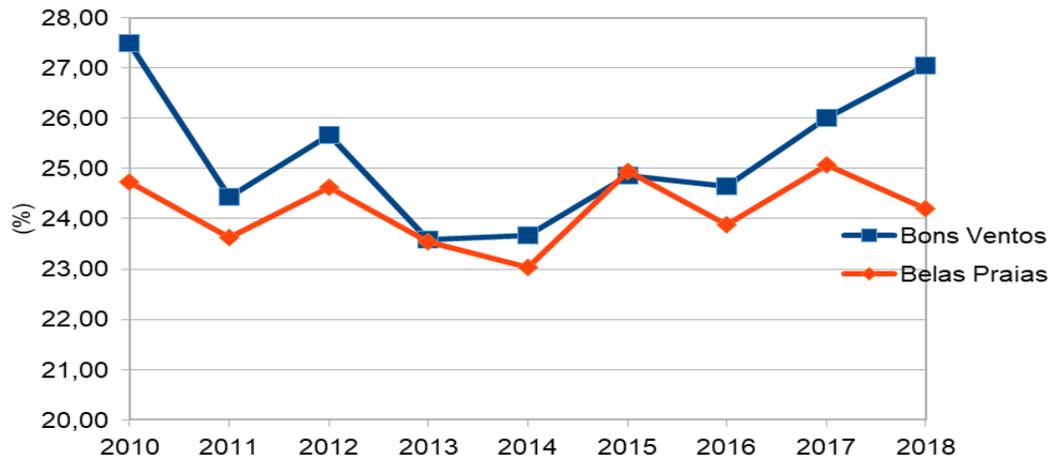
Ano	Região de Saúde - Bons Ventos		Região de Saúde - Belas Praias		Rio Grande do Sul	
	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF
2010	27,50	50,24	24,73	46,02	29,85	36,29
2011	24,44	51,86	23,62	47,63	28,72	37,98
2012	25,67	44,52	24,62	56,88	28,54	40,19
2013	23,58	50,65	23,55	54,03	27,47	42,37
2014	23,66	56,51	23,04	62,69	27,41	51,06
2015	24,86	64,13	24,95	71,47	27,02	56,02
2016	24,64	62,02	23,89	68,61	26,38	56,92
2017	26,01	59,35	25,08	69,83	26,21	58,89
2018	27,06	60,43	24,2	74,5	26,18	60,09

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Em 2018 a proporção de ICSAB no Rio Grande do Sul foi de 26,18% e a cobertura de ESF alcançou 60,09%, o que chama a atenção é que não aconteceram em uma série de oito anos uma redução considerável de internações sensíveis, pelo menos não proporcional ao aumento da cobertura de ESF que passou de 36,29% em 2010 para 60,09% em 2018, um aumento de 23,80%. Analisando a menor taxa de cobertura de ESF e ICSAB podemos concluir que as duas variáveis acontecem no Estado e as regiões de saúde conseguem superar positivamente os números estaduais, ainda que seja uma diferença baixa. Contudo, é importante ressaltar que comparando essas duas variáveis em 2010 e 2018, os números estaduais foram mais efetivos aumentando em 23,80% de ESF e reduzindo em 3,67% as ICSAB.

Analisando os percentuais expostos no Gráfico 1 por Região de Saúde, constata-se que a Região de Saúde que ocupa a menor percentagem de ICSAB desde 2010 tem sido a região Belas Praias (24,73%) em 2010 com uma população de 137.814 habitantes e (24,20%) em 2018 com população de 152.711, já a Região Bons Ventos em 2010 com ISAB (27,5%) com população de 206.015 em 2018 seu ICSAB reduziu para 27,06% com população de 224.424 habitantes.

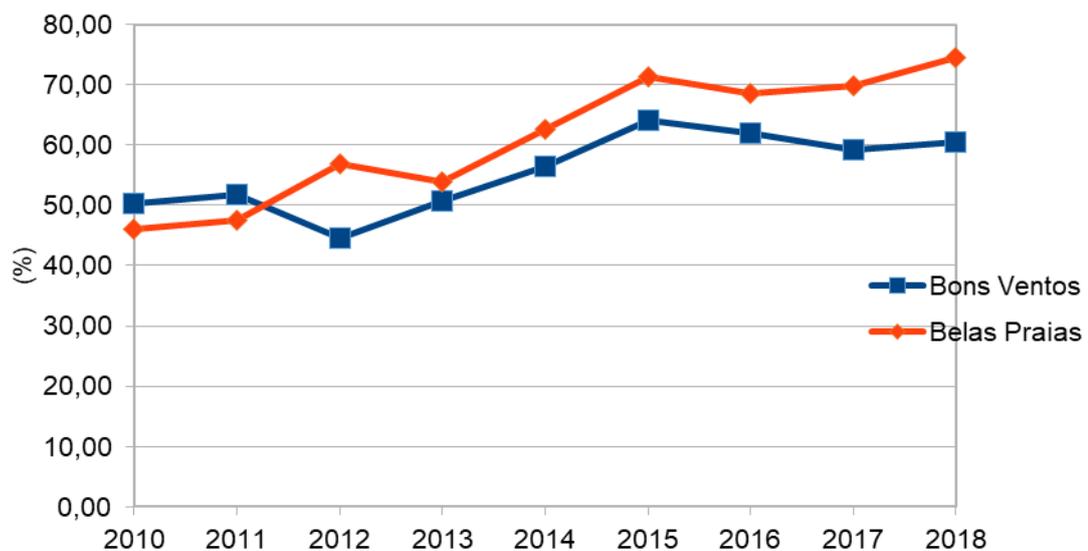
Gráfico 1 – Comparativo do % de ICSAB, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O Gráfico 2 demonstra a evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família para as regiões de saúde estudadas entre os anos de 2010 a 2018, no qual o aumento da cobertura de ESF para a região dos Bons Ventos ficou em 10,2% ao longo da série histórica, sendo que o aumento populacional para esta região chegou a 10,54%. Para a região de saúde Belas Praias o Gráfico 2 indica um acréscimo maior passando em 2010 de 46,01% para 74,49% de cobertura com acréscimo populacional de 10,80%. Esses dados podem ser verificados na Tabela 3.

Gráfico 2 – Comparativo do % de Cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias



Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Os dados da Tabela 3 evidencia a informação de que a diminuição das internações por condições sensíveis não acompanhou o aumento em cobertura de ESFs para os anos de 2010 e 2018. Na Região Bom Ventos houve aumento de 10,19% em cobertura de ESF e redução de 0,44 nas internações por condições sensíveis, já na Região de Saúde Belas Praias o aumento em cobertura de ESF foi de 28,48% com redução de 0,53% nas internações, concluímos com os dados que efetivamente a região mais eficiente para o período foi a Bons Ventos.

Tabela 3 – Comparativo do % de Internações por Condições Sensíveis e % de Cobertura de ESF, entre 2010 a 2018, nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias

Região de Saúde	ICSAB 2010	Cob. 2010	ICSAB 2018	Cob. 2018	Diferença de ICSAB 2010 para 2018	Diferença de Cob. ESF 2010 para 2018
Bons Ventos	27,5	50,24	27,06	60,43	-0,44	10,19
Belas Praias	24,73	46,02	24,2	74,5	-0,53	28,48
RS	29,85	36,29	26,18	60,09	-3,67	23,8

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Considerando o pressuposto da ampliação de equipes de Saúde da Família como variável direta de correlação com a queda das ICSAB, observou-se que nessas regiões específicas a tendência de aumento de cobertura de Saúde da Família não corrobora para a diminuição das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Na Tabela 4 esta afirmação de que não há correlação direta se evidencia melhor.

Tabela 4 – Projeção de Gasto para 100% Cobertura de ESF nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias

	ESF			ICSAB		
	2010	2018	Diferença	2010	2018	Diferença
Belas Praias	46,01%	74,49%	28,48	24,73	24,2	0,53
Projeção		100%	0,0186096		23,73%	
Bons Ventos	50,23%	60,43%	10,2	27,5	27,06	0,44
Projeção		100%	0,0431373		25,35%	

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Aproximando essa análise das duas regiões de saúde, chama a atenção que mesmo se considerarmos a cobertura de ESF em 100% ainda assim a Região de Saúde Bons Ventos não conseguirá atingir a meta pactuada, ou seja, 24% e para a Região de Saúde Belas Praias ficará muito próxima a meta, não reduzindo consideravelmente. A análise da Tabela 5 demonstrará o gasto em Atenção Básica

das Regiões de Saúde aqui estudadas, para isso será apresentado o valor por região em série histórica.

Tabela 5 – Demonstrativo de Gastos em Atenção Básica e ICSAB, Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias 2010 a 2018

	Região 05 - Bons Ventos		Região 04 – Belas Praias	
	R\$ Despesa AB	ICSAB	R\$ Despesa AB	ICSAB
2010	R\$ 36.361.191,65	27,5	R\$ 27.003.306,34	24,73
2011	R\$ 39.169.081,26	24,44	R\$ 31.602.530,07	23,62
2012	R\$ 64.523.804,01	25,67	R\$ 37.782.201,81	24,62
2013	R\$ 74.514.597,43	23,58	R\$ 43.484.528,03	23,55
2014	R\$ 78.037.723,37	23,66	R\$ 52.430.014,25	23,04
2015	R\$ 74.997.770,09	24,86	R\$ 53.780.683,55	24,95
2016	R\$ 73.174.388,01	24,64	R\$ 54.340.269,94	23,89
2017	R\$ 82.972.326,33	26,01	R\$ 59.128.520,45	25,08
2018	R\$ 70.329.402,68	27,06	R\$ 55.422.409,42	24,2
	R\$ 594.080.284,83	-0,44	R\$ 414.974.463,86	-0,53

Fonte: Elaborado pela pesquisadora

Ao analisar a Tabela 5 percebe-se que houve aumento significativo de gastos em Atenção Básica ao longo da série histórica e uma redução quase nula dos indicadores de ICSAB. A Tabela 6 demonstra o cálculo realizado para explicar os recursos financeiros necessários para que se atinja a meta pactuada no Estado do Rio Grande do Sul, ou seja, 24% de ICSAB, ou seja, seriam necessários em torno de R\$ 45.672.392,00 além dos 70 milhões já gastos em 2018 para a Região de Saúde Bons Ventos e aproximadamente R\$ 3.088.844,90 para a Região de Saúde Belas Praias além dos 55 milhões já efetivados em 2018.

Tabela 6 – Demonstrativo de Gastos para Meta

Região de Saúde		R\$	ICSAB
Bons Ventos	2012	R\$ 64.523.804,11	25,67%
	2018	R\$ 70.329.402,68	27,06%
	IGPM 2012 atualizado	R\$ 91.076.012,55	
	Aumentando	R\$ 20.746.609,87	1,39
	Valor	x	3,06
	=	R\$ 45.672.392,95	
Belas Praias			
		R\$	ICSAB
	2012	R\$ 37.782.201,81	24,62%
	2018	R\$ 55.422.409,42	24,20%
	IGPM 2012 atualizado	R\$ 53.329.966,10	
		R\$ 2.092.443,32	0,42
Valor	x	0,62	
=	R\$ 3.088.944,90		

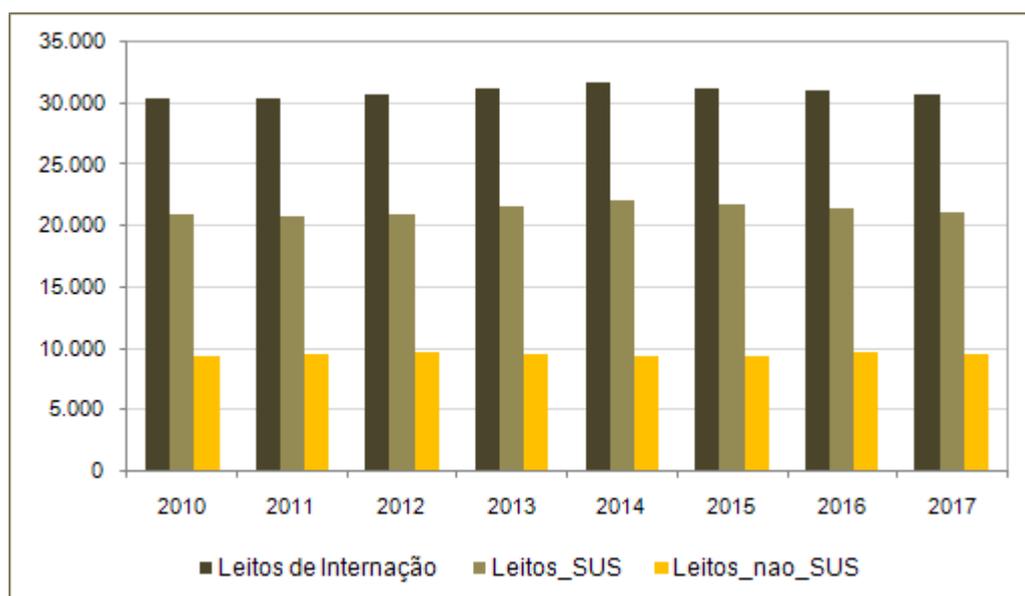
Fonte: Elaborado pela pesquisadora

O RS é composto por 30 regiões de saúde e 497 municípios, dos quais 67% possuem menos de 10 mil habitantes, devendo ser as ações e os serviços da Atenção Básica o principal ponto de cuidado assistencial às populações no âmbito municipal. Ressalta-se que 92% dos residentes no Litoral Norte gaúcho, população total das duas regiões de saúde aqui estudadas são pacientes SUS dependentes, ou seja, dependem do Sistema Único de Saúde para cuidado à saúde. A Região de Saúde 04 - Belas Praias possui uma cobertura de ESF de 74,49% e ICSAB de 24,20% e a Região de Saúde 05 – Bons Ventos possui uma cobertura de ESF de 60,43% e ICSAB de 27,06.

Sendo assim, parece necessário formular outras hipóteses para explicar o comportamento dos indicadores de saúde existentes, inclusive o ICSAB. As características da rede assistencial, em particular a disponibilidade de leitos e a densidade tecnológica disponível nos mesmos, mostram-se relevantes para compor um plano analítico sobre as internações por condições sensíveis. No caso das Regiões de Saúde da 18ª CRS, a rede hospitalar tem características relevantes que, ao caracterizarem a oferta assistencial, podem auxiliar na compreensão das características da sua utilização.

O Gráfico 3 expõe o perfil de leitos hospitalares dispostos no Rio Grande do Sul entre 2010 e 2017 para uma melhor compreensão da variável leitos hospitalares.

Gráfico 3 – Evolução do Número de Leitos Hospitalares no RS - 2010 a 2017



Fonte: DATASUS/SCNES

No ano de 2017, 55 municípios do estado registraram no SCNES menos de 30 leitos de internação, o que configura um Hospital de Pequeno Porte (HPP), conforme Portaria do Ministério da Saúde nº 1044/GM de 2004. Destes 90% (N=50) tem menos de 10 mil habitantes e 54% (N=30) menos de 5 mil habitantes. Ao todo, o RS dispõe de 20.700 (N= 30.239 leitos totais) leitos de internações SUS conforme dados SCNES até dezembro de 2018, ou seja, 68% leitos SUS.

Este cenário levanta a hipótese de HPPs em municípios de pequeno porte corroboram para o aumento da ICSAB, ao encontro do apontado por Costa e Souza (2011) sobre a ocupação de leitos por condições sensíveis pela oferta ociosa. A relação aqui está em uma demanda produzida pela própria característica da oferta, ou seja, a pressão pela ocupação de leitos estaria na necessidade de manutenção das instituições, mais do que nas características clínicas dos usuários internados.

Outra suposição, a partir do explanado, coloca em análise a qualidade da atenção básica nesses municípios, podendo sugerir que essa esfera de atenção não está adequada ou sendo ofertada de forma oportuna. Questiona-se a possibilidade de mensurar a efetividade da Atenção Básica a partir desse indicador, em um estado como o RS, no qual 43,78% da população não possui cobertura de ESF. Outra possibilidade de interpretação desses dados, é de que outras variáveis atravessam este indicador e possam contribuir para essa alta proporção, como faixa etária, já que se trata de região turística a população tende a ser mais idosa e também a renda per capita menor.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No ano de 2018 o Rio Grande do Sul totalizou 26,18% de ICSAB, essa proporção é resultado de 81.868 internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica versus 312.718 Internações Clínicas Gerais.

No ano de 2016 foi pactuado no Estado através do Plano Estadual de Saúde 2016-2019 uma meta de 24% e definida no Acordo de Resultados do Rio Grande do Sul.

Diante desse cenário, percebeu-se a necessidade de maior apropriação acerca do indicador, buscando outras associações para uma melhor análise do ICSAB, uma vez que somente o aumento da Cobertura de eSF não era capaz de impactar na redução dessas internações. No entendimento da pesquisadora, a análise desse indicador necessita ir além das correlações estatísticas, precisa mobilizar distintas variáveis para construir uma compreensão mais adequada da realidade da atenção básica nas Regiões de Saúde aqui estudadas.

Essa seção discutirá sobre os resultados testados a partir de indicadores de base de dados secundários obtidos, sem que houvesse teste com variáveis de estudos anteriores, mas com base na literatura, bem como refletir sobre os achados quantitativos, pois assume-se aqui que apenas testes de correlação e busca na literatura não dão conta de explicar a complexidade dos processos de responsabilidade da Atenção Básica.

Ao encontro das variáveis selecionadas para verificar correlação com o desfecho ICSAB no âmbito do contexto nos municípios pertencentes a 18ª Coordenadoria Regional de Saúde, Elias e Magajewik (2014) acreditam que a determinação social de vários problemas de saúde exerce influência sobre o resultado das ICSAB. Caldeira (2011) antecipa alguns achados desse estudo, ao alertar que vários fatores devem ser ponderados quando o objetivo for avaliar a atenção primária mediante o índice de internações ditas “evitáveis”.

[...] a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar, a morbidade e prevalência da patologia, os fatores relacionados à hospitalização, que estão fora do âmbito da atenção primária (por exemplo, nível de escolaridade) e os critérios para considerar uma patologia “sensível” ou não, que podem ser tão subjetivos quando baseados em evidências científicas.

Diante do exposto, ao se demonstrar em série histórica a cobertura de Saúde da Família com ICSAB, o gasto em Atenção Básica por Região de Saúde com

ICSAB, a análise da necessidade de investimento para se atingir ao menos a meta pactuada, não há como ser possível afirmar genericamente que, no caso do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, especificamente das Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias, quanto maior a cobertura de estratégia de saúde da família, menor a proporção de internações no componente público do sistema de saúde por condições sensíveis à AB. Neste sentido, Castro et. al (2015) discorrem sobre a implantação da eSF em municípios de médio e grande porte na perspectiva da efetividade desse modelo de atenção, ou seja, ainda que a AB esteja presente nos municípios desse porte, o quanto o princípio de acesso, cuidado longitudinal são efetivados, além dos pressupostos de organização de processo de trabalho das eSF, com território e população adscrita, vigilância dos usuários com condições crônicas diagnosticadas, entre outros. Ainda assim, Fernandes et. al (2009) contribuem para a discussão, problematizando a não correlação de ICSAB e Cobertura de eSF, ao verificar que acompanhamento de saúde em unidades que não possuíam equipes de saúde da família, resultam em maiores chances de hospitalizações.

Maciel et.al (2014) destacam que a redução das ICSAP em Minas Gerais não decorreu somente do aumento da cobertura de ESF, dependendo de outras variáveis, especialmente as socioeconômicas, tais como, renda e educação, possuem efeitos sinérgicos sobre a redução das internações hospitalares.

Campos e Theme-Filha (2012) corroboram para o achado desse estudo, que ao analisar a correlação do IDH-M e Analfabetismo, encontrou associação estatisticamente significativa, evidenciando que altas taxas de ICSAP podem identificar populações mais vulneráveis. Assim, é possível afirmar que quanto menos o IDH de um município, maior a proporção de internações por condições sensíveis à AB. A correlação foi significativa demonstrando que há uma relação inversa entre o IDH e a quantidade de internações.

Nedel (2009) também apontou a relevância das condições socioeconômicas nesse tipo de análise, uma vez que a probabilidade de internação por condições sensíveis à atenção primária foi maior que o dobro em indivíduos com pior situação econômica.

Em relação à correlação encontrada entre ICSAB e quantidade de Leitos, na qual quanto maior o número de leitos existentes em um município, maior a proporção de internações por condições sensíveis à AB, Márquez-Calderón et. al

(2003,apud Fernandes et.al, 2009) mostraram que a maior acessibilidade ao hospital esteve associada a maiores taxas de internações por ICSAB, atendendo a atenção especializada como esfera importante na variabilidade destas taxas.

Fernandes et al (2009) também discorrem sobre a facilidade de acesso ao hospital e os padrões de utilização por parte da população, em detrimento da atenção primária, podem explicar estes achados, mais uma vez sendo necessária a discussão sobre a efetivação do modelo de atenção preconizado e a mudança de cultura dos usuários e gestores – de modo geral, acerca da organização dos Sistemas de Serviços de Saúde e a competência de cada nível de atenção.

Lentsck e Mathias (2015) contam sobre a distribuição dos leitos e das internações nas especialidades de maneira não racional às necessidades da população, podendo estar ligadas à magnitude das taxas de internação. Ao encontro disso, Dias da Costa et. al (2010) explicam sobre a Lei de Roemer, que mostra a indução da demanda pela oferta, arriscando relacionar tal efeito a municípios pequeno, “com a baixa complexidade do sistema de saúde e do pagamento por internações realizadas, evidenciando a necessidade de os hospitais utilizarem sua capacidade máxima instalada” (DIAS DA COSTA et al., 2010, p. 362). Nesse sentido, estudo aponta que o percentual de gastos com as ICSAB “chega a 55,3% nos hospitais de menos de 30 leitos, a 49,1% nos hospitais de 31 a 50 leitos, a 36,0% nos hospitais de 51 a 100 leitos, caindo para valores de iguais ou menores de 15,5% nos hospitais de mais de 200 leitos” (PESTANA; MENDES, 2004, p. 28).

A pesquisa que orienta esse trabalho teve como objetivo analisar o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nas Regiões de Saúde pertencentes a 18ª CRS de Osório no período de 2010 a 2018, partindo da premissa presente em parte significativa da literatura, problematizando a capacidade desse indicador, sozinho, avaliar a resolutividade da atenção básica, mais ainda, esse estudo buscou iniciar a discussão sobre as informações contidas nesse indicador a partir da realidade da região para que o mesmo possa contribuir efetivamente na vida dos gestores locais.

CONCLUSÃO

O ICSAB é o indicador utilizado pela gestão estadual e com grande reconhecimento na literatura. Para alcançar o objetivo aqui proposto, foram desencadeados procedimentos operacionais que, inicialmente, tiveram como finalidade descrever o comportamento do Indicador de ICSAB nas Regiões de Saúde Bons Ventos e Belas Praias, pertencentes a 18ª CRS entre 2010 a 2018, correlacionando-o com a evolução de Cobertura de Saúde da Família e com o gasto por região em Atenção Básica. Como a associação entre ambas as variáveis não obteve comportamento linear, buscou-se sistematizar, na literatura através de estudos sobre o tema fatores e variáveis associados às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.

A literatura apresenta uma diversidade grande de fatores, com diferentes recortes territoriais e usos. Ainda que os estudos não tenham apresentado uniformidade, foram selecionadas condições com indicadores disponíveis que permitiram identificar correlações supostamente existentes. O estudo permitiu refletir e discutir sobre o uso daquele indicador para ampliar a compreensão sobre a resolutividade da atenção básica e subsídio aos processos de gestão.

A ampliação do acesso à atenção primária à saúde está, de forma geral, associada à diminuição das taxas de internação hospitalar, que também podem ser influenciadas por fatores socioeconômicos, ambientais e biológicos, além da disponibilidade de recursos e pela prática clínica dos médicos, que podem apresentar maior ou menor disposição para a hospitalização de quadros tratáveis em nível primário, dependendo do contexto (BARRETO et al., 2012, p. 523).

No caso das Regiões de Saúde da 18ª CRS Osório, apesar do estudo não ter evidenciado correlação entre ICSAB e cobertura de ESF para o período de 2010 a 2018, ficou demonstrado que esse indicador está correlacionado com características populacionais e sociodemográficas que, por sua vez, compõem âmbitos de atuação da atenção básica e afirmar que é o âmbito da atenção que deve estar na prioridade dos investimentos, e leia-se aqui investimento principalmente em qualificação. Nesse contexto, o poder de explicação da estatística é oscilante, reivindicando sua análise combinada com outras variáveis. A questão central não é sobre a precisão estatística do indicador, mas de sua utilização para compreender as diferentes realidades em contextos de complexidade. A construção conceitual das funções de

monitoramento e avaliação, neste trabalho, ocupou-se de refletir sobre o uso de indicadores para compreender a realidade e subsidiar processos decisórios no interior do SUS locorregional, tal como ele se apresenta.

A produção de conhecimentos, nesse caso, se aproxima do conceito de “inteligência institucional para a gestão”, tal qual formulado por Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012), e supõe o uso para o desenvolvimento do sistema local, especificamente da atenção básica. Sendo assim, o processo de avaliação e os indicadores utilizados para tal, necessitam de capacidade de descrever situações complexas, ampliar a compreensão sobre como se organiza a realidade local e regional e permitir o desencadeamento de iniciativas para a qualificação de políticas e do trabalho no cotidiano.

Batista (2012) aponta que outros estudos são necessários para estabelecer o impacto de serviços de APS/ESF nas taxas de internação por ICSAB, por meio da avaliação de componentes de qualidade, a exemplo do processo de trabalho das equipes (acesso, acessibilidade, cobertura das ações disponibilizadas entre outros), o papel da APS/ESF no sistema de saúde (robustez, coordenação de cuidado, ordenação da atenção) e o processo de educação permanente desses profissionais dessas equipes para o manejo adequado e oportuno.

A literatura é pródiga em demonstrar a utilidade desse indicador, entretanto também aponta limites que, dada a diversidade de estudos, parece requerer uma inflexão local. Mais do que indicadores e/ou cardápio de indicadores, contextos complexos, em que uma diversidade grande de fatores e a diversidade de modos com que interferem na produção de saúde e organização do sistema local e das práticas de cuidado, requerem uma capacidade de interpretação que não se esgota na inteligência que a estatística aloca à sua análise. É preciso capacidade de interpretar o indicador e colocá-lo em análise, ao mesmo tempo. Penso que aqui ressurgem o conceito de indicador como dispositivo para colocar a gestão em movimento (FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012).

Os dados apresentados na série histórica desse estudo permitem verificar tendências, como exemplo o decréscimo não linear ao longo da série histórica de internações por condições sensíveis e de quase inotáveis diferenças regionais. De forma geral, para a região litorânea estudada as diferenças de percentual de internações por condições sensíveis parecem indicar linhas de força (redução ou ampliação de ICSAB) que se combinam em cada contexto, seja de forma

mensurável seja por produzir certas tendências. Diferentes fatores culturais, sociais e de características do sistema de saúde concorrem para explicar a expressão visível de ampliação ou redução do ICSAB na qualidade e no acesso à atenção básica.

Um desses fatores é a resistência social à alteração de modelo assistencial, que é operacional (manutenção dos serviços) e cultural (manutenção da tradição do serviço: a rede de apoio social na colonização era embasada nos serviços religiosos) ao mesmo tempo.

A qualidade dos dados a partir dos quais são sintetizados os indicadores é fator limitador da sua capacidade de traduzir a realidade estudada. Campo e Theme-Filha (2012) ressaltam que por ser o Sistema de Informações Hospitalares voltado prioritariamente para o faturamento das internações, sem necessariamente um enfoque epidemiológico, “pode sofrer influência dos mecanismos de cobrança, adequando os diagnósticos informados aos procedimentos realizados, possíveis fontes de viés de informação”. Ou seja, a não existência de correlações entre o ICSAB, a cobertura assistencial e a ESF e as demais variáveis podem decorrer da baixa capacidade dos registros de retratar a realidade sanitária.

Para avançar na compreensão da realidade da atenção básica e, em particular, na sua resolutividade, indica-se o desenvolvimento de estudos de caso com municípios fora da média, que analisem esse indicador em um âmbito qualitativo, buscando verificar *in loco*, quais as demais variáveis podem interferir nesse desfecho. Como os processos de trabalho, modelos de atenção, condição socioeconômica, percepção social acerca de escolhas de dispositivos de cuidado em saúde, podem interferir nesse indicador. A oscilação do indicador sem construções explicativas locais demonstra déficits no sistema de apoio técnico descentralizado para fortalecer a capacidade de gestão municipal.

De toda forma, o estudo parece apontar que a indicação de variáveis relacionadas à resolutividade assistencial em um contexto concreto e diverso como as Regiões aqui apresentadas é tarefa demasiada complexa para modelos lineares de análise, ou mesmo às soluções tecnológicas disponíveis, principalmente com séries temporais curtas e a presença concomitante de muitas variáveis com capacidade de interferir sobre os comportamentos e desfechos em análise. A leitura ideal do contexto da AB não será dada pelo modelo matemático, mas na

combinação da capacidade explicativa desse recurso com os demais em redes de produção de inteligência para a gestão.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. 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**, Rio de Janeiro, n.6, v. 25, jun. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid= S0102-311X2009000600016&script=sci_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000600016&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em 17 mai. 2018.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 783-836.
- BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.N.; COSTA, M.S.C.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2012.
- BATISTA, S.R.R.; JARDIM, P.C.B.V.; SOUSA, A.L.L.S.; SALGADO, C.M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Rev. Saúde Pública**, 2012.
- BERMÚDEZ, C. T. et al. Características Organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atención Primaria**, v. 33, n. 6, p. 305-314, 2004.
- BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs*, Millwood, v. 9, n. 4, p. 158-165, 1990 apud REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2009.
- BITTENCOURT, A. S.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O sistema de informação hospitalar e suas implicações na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes, para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito

do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 17 mai. 2018.

_____. Presidência da República. Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011. Regulamenta a Lei 8.080 de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasil, 2011.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. 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] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 17 mai. 2018.

BRASIL, P.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**, 2016.

CALDEIRA, A.P.; FERNANDES, V.B.L.; FONSECA, W.P.; FARIA, A.A. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, 2011.

CAMINAL HOMAR, Josefina; SÁNCHEZ, Emilia; MORALES, Marianela; PEIRÓ, Rosana; MÁRQUEZ, Soledad. Avances en España en la Investigación con el indicador “Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria”. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 76, n. 3, p. 189-196, mayo/jun. 2002.

_____ et al.; Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gaceta Sanitaria**, v. 15, p. 128-41, 2001.

CAMPOS, A.Z.; THEME-FILHA M.M. Internações por condições por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, 2012.

CAMPOS, E. M. S. **A Estratégia de Saúde da Família e sua proposta de (re) estruturação do modelo assistencial do SUS a perspectiva de quem molda sua operacionalização**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CASTRO, A.L.B.; ANDRADE, C.L.T. de; MACHADO, C.V.; LIMA, L.D. de. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2015.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras. Epidemiol.**, 2014.

CONTANDRIOPOULOS, P.A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In.: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online] HARTZ, Z.M.A.; Org. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 132 p., 1997.

COSTA, J.S.D. da; PATUSSI, M.P.; ARRUDA, J.S. de; BRATKOWSKI, G.R.; SOPELSA, M.; FRITZEN, J.S.; CANTO, V. de A. da F. do; MARQUES, M.C. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016.

COSTA, L. S.; PINHEIRO, R. S.; ALMEIDA, R. V. R. Recuperação de informação de endereço na base de dados AIH: percentual de aproveitamento. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 131-141, jul./dez. 2003.

DIAS-DA-COSTA, J.S.; BÜTTENBENDER, 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, 26(2):358-364, fev. 2010.

FERLA, A.A.; CECCIM, R.B.; DALL ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Informação em Saúde**. [S.l.] v. 6, n. 2, aug. 2012.

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P.; FARIA, A.A.; RODRIGUES, J.F.N. Internações por condições sensíveis. **Rev. Saúde Pública**, 2009, 43:928-36.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sistema de informações**. Rio de Janeiro, 1998. (Série Gestão Operacional de Sistemas e Serviços de Saúde)

GOMES, R. M.; **Descentralização do Sistema de Informação Hospitalar**: Apresentação em Power Point. 2005.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

LENTSCK, M.H.; MATHIAS, T.A.F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, 2015.

LEVCOVITZ, E.; PEREIRA, T. R. C. **SIH/SUS (Sistema AIH): uma análise do sistema público de remuneração de internações hospitalares no Brasil – 1983-1991**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993 apud CARVALHO, D. M. Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 4, p. 7-46, out./dez. 1997.

LIMA, Claudia Risso de Araujo; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; COELI, Claudia Medina; SILVA, Márcia Elizabeth Marinho da. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out. 2009.

MACIEL, A.G.; CALDEIRA, A.P.; DINIZ, F.J.L.S. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Saúde Debate**, 2014.

MACINKO, James. DOURADO, Maria Inês; OLIVEIRA, Veneza Berenice. Estudos da lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. In: III SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA – SAÚDE DA FAMÍLIA, 2007, Recife. **Expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/III_seminario_atencao_primaria_familia_recife.pdf>. Acesso em 10 dez. 2018.

NEDEL, F.B.; FACCHINI, L.A.; MARTÍN-MATEO, M.; THUMÉ, E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, n.6, p.1041-1052, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000600010&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 17 mai. 2018.

_____. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, jan./mar. 2010, vol.19, nº 1, p. 61-75. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 17 mai. 2018.

NEVES, Tatiana Pereira das. Reflexões sobre a promoção da Saúde. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 62, jul. 2006.

PESTANA M.; MENDES EV. **Pacto de Gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Belo Horizonte: 2004.

SANCHES, K. R. B. et al. Sistemas de Informação em Saúde. In: MEDRONHO, R. A. et al. **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SANTOS, Felipe Castelli dos; BORDIN, Ronaldo. Internações por condições sensíveis à Atenção Básica: uma revisão, 2005-2014. In: **Gestão em Saúde no Rio Grande do Sul: Casos, Análises e Práticas**, v.2, p. 191-208, 2017.

SETZER, Valdemar W. **Os meios eletrônicos e a educação: uma visão alternativa**. São Paulo: Editora Escrituras, 2010.

SILVA, Norberto Peçanha da. **Análise A utilização dos programas TABWIN e TABNET como ferramentas de apoio à disseminação das informações em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, Raimunda Magalhães da; ARAÚJO, Maria Alix Leite. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 20, n. 3, p. 141-142, 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p. 2002.

TRAVASSOS, C. **O Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996. Mimeografado.