

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA: FATORES CORRELACIONADOS NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

RAÍSSA BABIERI BALLEJO CANTO

PORTO ALEGRE

2017

RAÍSSA BABIERI BALLEJO CANTO

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA: FATORES CORRELACIONADOS NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Professor Orientador: Dr. Alcindo Antônio Ferla

PORTO ALEGRE

2017

**ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA: FATORES CORRELACIONADOS NO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Professor Orientador: Dr. Alcindo Antônio Ferla
Aprovado em:

Prof. Dr. Cristian Fabiano Guimarães
Centro Universitário Metodista

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Luciana Barcellos Teixeira
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIP - Catalogação na Publicação

Barbieri Ballejo Canto, Raissa

ANÁLISE DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA: FATORES CORRELACIONADOS
NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL / Raissa Barbieri
Ballejo Canto. -- 2017.

82 f.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2017.

1. Atenção Básica. 2. Saúde da Família. 3.
Internações por Condições Sensíveis à Básica. 4.
Avaliação e Monitoramento em Saúde. 5. Determinantes
Sociais da Saúde. I. Antônio Ferla, Alcindo, orient.
II. Título.

AGRADECIMENTOS

Nessa página não cabe o tamanho da gratidão que tenho a cada um que, de alguma maneira, compartilhou da trajetória dessa dissertação comigo, me ouvindo, criando sentido no trabalho ou na vida e assim me ajudando a resistir e construir!

Agradeço a minha família pelo amor e apoio de sempre! Mãe, tu é o meu maior presente e exemplo! Duda, obrigada pela escuta e madrugadas compartilhadas. Moca e Laura, obrigada pelas trocas cheias de compreensão sobre esse processo. Jean, obrigada por todo apoio nesse processo.

Obrigada aos presentes que a Saúde Coletiva me deu, Estela e Guilherme, por todas as vezes que vocês estiveram perto, sempre dispostos a me ouvir e me ajudar! Pra minha sorte grande, isso não se aplica só a essa escrita.

Obrigada colegas da Coordenação Estadual da Atenção Básica, por acompanharem - mesmo que não querendo, cada capítulo (ou falta dele), nessa escrita. Em especial a Fabiane e Tainá pelas revisões e feedbacks positivos, mesmo nas circunstâncias menos adequadas e a Carol, Ana e Iuday pelo constante acolhimento, quando a temática era essa. Obrigada também aos demais colegas do DAS e Direção pelo incentivo e valorização desse processo.

Às amigas: Lisi, Jéssica, Bruna, Vitória, Eduarda, que pacientemente receberam meus não aos vários convites nesse período, é muito bom ter vocês pra comemorar essa conquista e outras, obrigada!

Obrigada Luciano e Heider, por toda a disponibilidade para compor (que eu não soube aproveitar), por toda a acolhida e carinho! Eu admiro muito vocês e sou muito grata por todas as trocas!

Por fim, mas com certeza, não menos importante, obrigada Alcindo Antônio Ferla! Obrigada por apostar em mim desde o primeiro semestre da graduação. Obrigada por todos os conselhos cheios de carinho e acreditação. Obrigada por estar sempre pronto pra compor comigo mesmo quando eu limito as minhas possibilidades. Obrigada por

sempre me mostrar novos caminhos, novas formas de existir e resistir. Alcindo, obrigada por em um momento tão difícil, tu conseguir ser tão grandioso e generoso, acolhendo as minhas angustia e frustrações, enquanto tinha todos os motivos do mundo para parar. Obrigada por não parar, por não desistir. Por enxergar vida e potência nos cenários menos propícios. Por ser esse grande homem! Tu tem toda a minha admiração e carinho! Eu sou muito grata por te ter na minha vida!

Nada é impossível de mudar

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.

RESUMO

Justificativa: 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. 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.

Métodos: Realizou-se uma análise exploratória descritiva do ICSAB nas sete macrorregiões de saúde e 30 regiões de saúde do Rio Grande do Sul, com base na Cobertura de Saúde da Família, seguida de uma revisão da produção indexada sobre ICSAB, com o objetivo de verificar quais fatores estão correlacionados com o desfecho ICSAB. Por fim desenvolveu-se um estudo ecológico com medidas agregadas, testando o grau de correlação linear entre as variáveis selecionadas a partir da revisão, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman.

Resultados: Foram encontrados na literatura diversos fatores correlacionados à ocorrência de ICSAB, tanto no âmbito da disponibilidade de serviços de saúde, como na perspectiva socioeconômica. Em relação a realidade do RS, encontrou-se correlação de ICSAB com quantidade de leitos ($p=0.002$), Proporção de pessoas com planos de saúde ($p=0,001$), IDH ($p=0.004$) e analfabetismo ($p=0.001$) e população menor de quatro anos ($p=0,001$).

Considerações: 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. 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 Básica, Avaliação e Monitoramento em Saúde, Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Background: Hospitalizations for Sensitive Conditions to Primary Health Care (HSCPHC) are a group of health problems, for which access to Primary Health Care services and effective actions could reduce the occurrence of these hospitalizations, making them an outcome indicator for quality and access to this level of attention. Thus, the HSCPHC indicator was analyzed, looking for factors associated with its occurrence, in order to evaluate its capacity to verify the resolution of basic care.

Methods: A descriptive exploratory analysis of the HSCPHC was carried out in the seven macro-regions of health and 30 health regions of Rio Grande do Sul, based on the Family Health Coverage, followed by a review of the indexed production on HSCBC, with the objective of verify which factors are correlated with the HSCPHC outcome. Finally, an ecological study with aggregate measures was developed, testing the degree of linear correlation between the variables selected from the review using Spearman's correlation coefficient.

Results: A number of factors correlated with the occurrence of HSCPHC were found in the literature, both in terms of the availability of health services and in the socioeconomic perspective. In relation to Rio Grande do Sul reality, we found a correlation of HSCBC with number of hospital beds ($p = 0.002$), Proportion of people with health plans ($p = 0.001$), HDI ($p = 0.004$) and illiteracy ($p = 0.001$) and population younger than four years ($p = 0.001$).

Considerations: The HSCPHC indicator fulfills its objective of making the situation of Primary Health Care in the various possibilities of territorial cuts comparable in a synthetic way. However, the variables that interfere in this outcome are diverse, operating differently in each context and requiring further study. As a subsidy for policies and actions to qualify Primary Health Care, the change in this indicator will only occur when this data serves as an initial device to understand complex and local processes that will occur through processes of permanent education.

Key Words: Primary Health Care, Family Health, Hospitalizations for Conditions Sensitive Primary Health Care, Health Evaluation and Monitoring, Social Determinants of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APS - Atenção Primária em Saúde

BI - Business Intelligence

CEAB - Coordenação Estadual de Atenção Básica

CF88 - Constituição Federal de 1988

CGGAB - Coordenação Geral da Gestão da Atenção Básica

CRS - Coordenadorias Regionais 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 a Atenção Básica

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

PAB - Piso de Atenção Básica

PCAS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PIES - Política de Incentivo Estadual de Atenção Básica

PMM - Programa Mais Médicos

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade - Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programas 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 do 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

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Condições Sensíveis à Atenção Básica e Lista dos CID-10.....	35
Quadro 2 – Comparativo entre percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica e cobertura de Saúde da Família, entre os anos de 2008 e 2015, nas Regiões do País.....	37
Quadro 3 - Comparativo entre percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica e cobertura de Saúde da Família, entre os anos de 2008 e 2015, nas Unidades de Federação do País.....	39
Quadro 4 – Nº e proporção de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica, Nº Total de Internações e Cobertura de ESF nos anos de 2008 a 2015, no RS.....	43
Quadro 5 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, por Macrorregião de Saúde, entre os anos de 2011 e 2015.....	44
Quadro 6 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Centro-Oeste, entre os anos de 2011 e 2015.....	44
Quadro 7 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Vales, entre os anos de 2011 e 2015.....	45
Quadro 8 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Norte, entre os anos de 2011 e 2015.....	45
Quadro 9 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Metropolitana, entre os anos de 2011 e 2015.....	46
Quadro 10 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Serra, entre os anos de 2011 e 2015.....	46
Quadro 11 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Missioneira, entre os anos de 2011 e 2015.....	47
Quadro 12 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Sul, entre os anos de 2011 e 2015.....	47
Quadro 13 – Sistematização da Revisão da Produção Indexada no Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre os anos 2008 e 2016 sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.....	53
Quadro 14 – Variáveis conforme Correlação ou não com ICSAB.....	60

Quadro 15 – Apresentação das Variáveis testadas, considerando N, Mínimo, Máximo, Média e Erro Padrão.....	63
Quadro 16 – Análise de Correlação de SPEARMAN, com valores Rô e p.....	65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Diferença de Cobertura de ESF e ICSAB entre 2008 e 2015 nas Regiões do Brasil.....	38
Gráfico 2 - Proporção de ICSAB por estado e Diferença de ICSAB comparando 2008 e 2015.....	38
Gráfico 3 - Cobertura de Saúde da Família ICSAB entre os anos 2011-2015 no RS.....	41
Gráfico 4 - Cobertura de Saúde da Família ICSAB entre os anos 2011-2015 no PR.....	41
Gráfico 5 - Cobertura de Saúde da Família ICSAB entre os anos 2011-2015 no SC.....	41

SUMÁRIO

Apresentação.....	17
1. Introdução.....	19
2. Objetivos.....	23
2.1 Geral.....	23
2.2 Específicos.....	23
3. Metodologia.....	24
3.1 Tipo de Estudo.....	24
3.2 Amostra.....	25
3.3 Banco de Informações.....	25
3.4 Análise de Dados e Estatística.....	26
3.5 Aspectos Éticos.....	27
4. Contextualização.....	29
4.1. O estado do Rio Grande do Sul na perspectiva de ICSAB e Cobertura de Saúde da Família.....	37
4.2 Produções sobre o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica.....	52
5. Resultados e Discussão.....	64
6. Considerações.....	70
Referências.....	77
Anexo I – Quadro com a explicação do Indicador: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB.....	81
Apêndice I - Quadro com Variáveis Testadas e Resultados de Correlação por Produção:.....	82

Apresentação

Bacharel em Saúde Coletiva, minha trajetória é marcada pela aprendizagem da Reforma Sanitária brasileira, que não visava apenas racionalizar o sistema de saúde vigente, mas, mais radicalmente, constituir uma reforma nos modos de viver na sociedade brasileira.

Eleger a Atenção Básica como campo de estudo, e de atuação profissional¹, se deu por acreditar e defender essa esfera de cuidado como premissa essencial para a organização e consolidação do Sistema Único de Saúde, capaz de efetivar o direito constitucional à saúde de forma integral, equânime e, assim, produtor de qualidade de vida.

Para contribuir com este propósito, na perspectiva da gestão estadual de saúde e suas possibilidades de intervenção, faz-se necessário instituir processos de monitoramento e avaliação, que consigam evidenciar questões relativas ao acesso, qualidade e resolutividade dos serviços ofertados, em especial os da Atenção Básica, porta principal e coordenadora da Rede de Atenção à Saúde. Nessa perspectiva, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul elegeu uma série de indicadores que compõe o Acordo de Resultados e são mensalmente acompanhados através do Sistema de Monitoramento Estratégico. A Coordenação Estadual de Atenção Básica, ficou responsável pelo acompanhamento prioritário do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, ou seja, o monitoramento, análise e a justificativa mensal acerca de seu comportamento, que deve ser entregue para o Secretário de Estado da Saúde e a Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão. Com isso, a área técnica responsável, percebeu não ter conhecimento dos fatores associados ao comportamento do indicador para fundamentar argumentos que explicassem sua tendência, apenas hipóteses.

Diante do exposto, pretende-se com este estudo aprimorar os conhecimentos

¹ Primeiro no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e atualmente na Coordenação Estadual de Atenção Básica do estado do Rio Grande do Sul.

sobre as possibilidades de análise e utilização do indicador de ICSAB no âmbito da gestão estadual, seu comportamento no Rio Grande do Sul, além verificar as hipóteses levantadas pela área técnica, na qual a pesquisadora está inserida, sobre possíveis fatores associados a esse desfecho, com o objetivo de aprimorar o processo de monitoramento e avaliação da gestão estadual, subsidiando ações e estratégias que impactem na qualificação da Atenção Básica e assim na vida da população gaúcha.

É imprescindível chamar atenção para o fato de que, mais do que nunca, ampliar a Atenção Básica e qualificar os seus processos de trabalho, garantindo acesso e resolutividade, torna-se o único caminho possível para a sustentabilidade de um Sistema Público já subfinanciado, que hoje é submetido à lógica do Estado Mínimo, deparando-se com o congelamento de investimentos por 20 anos, conforme Emenda Constitucional nº 95/2016.

Com isso, assume-se que esta escrita foi atravessada por um momento histórico que exigiu resiliência da pesquisadora e sanitarista, fazendo refletir sobre o conhecimento e a aprendizagem menos atrelados ao mundo da técnica, pertencendo prioritariamente, à política, convocando e talvez confundindo a gestora e militante.

1. Introdução

Saúde é Democracia, este foi o tema da Oitava Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em março de 1986, com grande mobilização da sociedade organizada, somando-se aos esforços e à lógica de produção de enunciados dos movimentos da Reforma Sanitária Brasileira (RSB),² pelo dever do Estado e direito do cidadão à saúde; a reformulação do sistema nacional de saúde; e o financiamento do setor (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Estes movimentos, em um contexto de reabertura democrática no país, foram fundamentais para assegurar na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (CF88) 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”.

Para assegurar tal direito, em um país de proporções continentais e importantes disparidades socioeconômicas, ao longo do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) reconheceu-se a necessidade de expansão da Atenção Básica (AB), para a efetivação do cuidado universal e público, elegendo-a como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS)³ e coordenadora do cuidado - ao encontro dos encaminhamentos da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978.

Isso significa apostar na estruturação do Sistema, a partir de um cuidado que

2 O movimento de RSB surgiu nos anos de 1970, década em que foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) em 1976 e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco). Em 13 de novembro de 2011, em Assembleia Geral, a Abrasco, em decorrência da incorporação dos novos cursos de Graduação em Saúde Coletiva mudou o nome da entidade para Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/sobreaabrasco/>>.

3 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 integralidade do cuidado. O objetivo da RAS 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.

abranja “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012, p.19), desenvolvendo uma atenção integral que considere os determinantes e condicionantes de saúde, impactando na situação de saúde e incentivando a autonomia das pessoas.

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, utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas na resposta e no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, orientada pelos princípios de “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, p. 20).

Assumir como base da organização do SUS a Atenção Básica, como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS, torna-se uma estratégia de superação da fragmentação sistêmica, para resultados mais eficazes tanto em termos de organização interna, a exemplo da alocação de recursos e coordenação clínica, quanto referente à capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2011).

Diante do desafiador propósito técnico-político-organizacional ao qual a Atenção Básica deve responder, faz-se necessário formular e instituir processos avaliativos, considerando todas as possibilidades que esse tipo de análise objetiva - 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 (CONTANDRIOPOULOS et. al, 1997) – para entender os nós e qualificar essa esfera de Atenção à Saúde.

Assim, o Ministério da Saúde criou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), através da Portaria Nº 221 de 2008, objetivando desenvolver uma ferramenta para avaliar a Atenção Básica e comparar seu desempenho, uma vez que, estudos (ALFRADIQUE, et al., 2009) indicam 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., p. 1337, 2009). Com isso assume-se a institucionalização do monitoramento desse indicador como estratégia para aprimorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. Problematiza-se o fato premissa supracitada por Alfradique, et al. (2009), esbarrar na dificuldade de gerar dados sobre o itinerário terapêutico do usuário, não sendo possível verificar se o usuário tem cobertura de Atenção Básica, e em caso positivo, se buscou o esse serviço e não teve sua necessidade resolvida nessa esfera de cuidado.

Na Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) 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 Resultados⁴. O Acordo de Resultados consiste em uma estratégia do Governo em monitorar de maneira mais próxima os Projetos Prioritários e os indicadores de desempenho finalísticos e entregáveis de todas as Secretarias.

Na área da Saúde são Projetos Prioritários a qualificação da atenção básica e a Intensificação das Ações de Controle do *Aedes Aegypti* e Doenças relacionadas. Os indicadores de desempenho finalístico e entregáveis são:

“Reduzir internações por condições sensíveis à atenção básica;
Ampliar a realização de procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade;
Reduzir o número de óbitos maternos (ocorridos após o término da gravidez referente a causas ligadas ao parto, puerpério e à gravidez);
Reduzir a mortalidade infantil; Garantir a realização de exames anti-HIV nos casos novos de tuberculose;
Encerrar os registros de doenças compulsórias imediatas no Sinan, em até 60 dias a partir da data de notificação;
Ampliar a cobertura de atendimento do Programa Primeira Infância Melhor às crianças de 0 a 3 anos” (Rio Grande do Sul, 2015).

Ser responsável por um indicador no Acordo de Resultados, representa o monitoramento mensal e a justificativa da evolução do indicador. Diante deste cenário, percebeu-se enquanto área técnica, que não havia argumentos para justificar sua tendência, apenas hipóteses. Trata-se aqui de argumento na

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

perspectiva apresentada por Bezzi⁵ (2003, apud SERAPIONI, 2013), que define o termo como resultado de um processo de avaliação sistemático, profissional e não improvisado.

Também foi problematizado que, ainda que este indicador possa corroborar para análise da situação da Atenção Básica no âmbito da gestão estadual, somente o aumento de Cobertura deste ponto da RAS não é capaz de justificar sozinho o desfecho do aumento ou da queda deste indicador.

Diante do exposto, este trabalho pretende discorrer sobre a utilização deste indicador para avaliar o acesso e qualidade da Atenção Básica no âmbito da gestão estadual, verificando outros fatores associados à evolução de ICSAB, assumindo a aposta nas tensões entre teoria e prática - mundo do conhecimento e mundo do trabalho (LUZ, 2009), entendendo a necessidade de discutir a travessia de fronteiras (CECCIM; FERLA, 2008), para explicar e qualificar o uso deste indicador na avaliação da Atenção Básica.

5 Bezzi C. *Il disegno della ricerca valutiva*. Milão: Angeli, 2003.

2. Objetivos

2.1 Geral

Analisar o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nos Municípios, Regiões e Macrorregiões de Saúde no Estado do Rio Grande do Sul no período de 2008 a 2015.

2.2 Específicos

Descrever o comportamento do Indicador de ICSAB no Estado do Rio Grande do Sul em de 2008 a 2015, nas 30 Regiões e sete Macrorregiões de Saúde.

Correlacionar ICSAB com cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

Sistematizar a produção bibliográfica sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica disponível no SciELO, indicando fatores e variáveis associados ao ICSAB.

Analisar condições que podem estar correlacionadas com o desfecho ICSAB nos municípios do Rio Grande do Sul.

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

3. Metodologia

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo é composto por três estratégias operacionais. A primeira apresenta uma análise quantitativa descritiva, de série histórica, do ICSAB nas sete Macrorregiões de Saúde e 30 Regiões de Saúde do Rio Grande do Sul (RS), correlacionando com a Cobertura de Saúde da Família no período de 2011 a 2015, para o primeiro recorte e 2008 a 2015 para o recorte por Regiões de Saúde.

Na segunda etapa foi realizada Revisão da Produção Indexada no Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre os anos 2008 e 2016 sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, com o objetivo de responder à seguinte questão: quais fatores são apresentados como associados à ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB)?⁶

No terceiro momento desenvolveu-se um estudo ecológico com medidas agregadas, testando o grau de correlação linear entre as variáveis selecionadas a partir da Revisão da Produção Indexada e as ICSAB, através do coeficiente de correlação de Spearman.

As “estratégias operacionais” foram parcialmente previstas no projeto e parcialmente definidas a partir dos impasses que a pesquisa foi criando no seu desenvolvimento e, por esse motivo, optou-se por apresentar os resultados na sequência em que foram sendo desenvolvidos, crivados pelas perguntas que os achados produziram. Como registra Minayo (2002), a metodologia de uma pesquisa social é a apresentação das concepções teóricas que embasam o estudo, dos métodos e das técnicas que são utilizadas para a aproximação com a realidade e do caminho percorrido pelo pensamento e pelas práticas do pesquisador para abordar a realidade pesquisada.

⁶ A descrição metodológica mais detalhada será apresentada no capítulo correspondente.

3.2 Amostra

O estudo se debruça sobre a atenção básica no território gaúcho e, portanto, sobre os sistemas municipais de saúde. O estado do RS tem uma população estimada de 11.247.972 de habitantes (IBGE, 2015), dividida em 496⁷ municípios, dos quais 67% (N=331) têm menos de dez mil habitantes (IBGE, 2010) e destes, 46% (N=228) têm menos de cinco mil habitantes (IBGE, 2010).

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, mais próxima das 30 Regiões 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 as Regiões e Macrorregiões de Saúde, contudo para a análise estatística serão considerados 496 municípios do estado.

3.3 Banco de Informações

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)*.

⁷ O Estado do Rio Grande do Sul é composto por 497 município, contudo, para este estudo foi excluído o município de Pinto Bandeira, por não conter informações e produção em alguns dados analisado, devido a data de sua emancipação.

Para o levantamento de produção científica sobre o assunto, foi utilizado o Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre os anos 2008 e 2016.

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

As Internações por Condições Sensíveis foram retiradas da Plataforma de BI referentes aos anos de 2008 a 2015.

O número de equipes e a cobertura populacional estimada de ESF foram definidos a partir das informações do Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) Ministério da Saúde (MS), referente à competência dezembro dos anos de 2008 a 2015.

As variáveis de proporção de população menor de quatro anos e acima de 60 anos foram calculadas com base nas estimativas de população 2000-2015 da Rede Interagencial de Informações Para a Saúde (RIPSA)/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) retiradas do DataSUS.

A proporção de população Rural foi calculada a partir de dados disponíveis no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 2010 foi extraído da plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.

As informações sobre estrutura e serviços do Estado do Rio Grande do Sul, foram obtidas no site do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

3.4 Análise de Dados e Estatística

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 - 2015⁸, 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 (sendo selecionado apenas a síndrome da

⁸ Em anexo.

Rubéola congênita (P35) deste grupo de condições), as Doenças Cerebrovasculares e a Úlcera Gastrointestinal.

Com o intuito de verificar se as variáveis selecionadas, a partir da Revisão da Produção Indexada, estão associadas à proporção de internações por condições sensíveis à atenção Básica nos diferentes municípios do estado, os dados das variáveis escalares do presente estudo serão apresentados em média e erro-padrão e os dados categóricos estão apresentados por meio de frequência absoluta e relativa.

Com o objetivo de verificar a existência de associações entre as ICSAB e as demais variáveis dependentes do estudo, foram realizados Testes de Correlação de Spearman para cada par de variáveis, uma vez que a normalidade dos dados (verificada pelo Teste de Shapiro-Wilk) não foi assumida. Como critério para testagem de cada par de variáveis foi adotado a apresentação dessas que possuíam o mesmo ano de referência (exemplo: ICSAB 2008 *versus* COB_ESF 2008). Tais resultados (referentes às análises de Correlação) estão apresentados em valores do coeficiente de correlação ρ de Spearman (ρ).

Segundo Vieira (2008), o coeficiente de correlação pode ser avaliado qualitativamente da seguinte forma:

$0 < r < 0,25$ ou $-0,25 < r < 0$: correlação pequena;
 $0,25 < r < 0,50$ ou $-0,50 < r < -0,25$: correlação fraca;
 $0,50 < r < 0,75$ ou $-0,75 < r < -0,50$: correlação moderada;
 $0,75 < r < 1,00$ ou $-1 < r < -0,75$: correlação forte ou perfeita (perfeita se $r = -1$ ou $r = 1$).

O nível de significância adotado para todas as análises foi $\alpha < 0,05$ e o pacote estatístico utilizado foi o SPSS for mac versão 22.0.

3.5 Aspectos Éticos

Este estudo analisou dados secundários de bases oficiais e públicas, não havendo implicações éticas que exigissem a aprovação do Comitê de Ética. Ele compõe o estudo “Avaliação da atenção básica no Brasil: estudos multicêntricos integrados sobre acesso, qualidade e satisfação dos usuários”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFRGS sob nº 21904/2011. Ressalta-se que se

atentou para os princípios previstos na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Contextualização

Ao longo da formulação e consolidação do Sistema Único de Saúde, tem-se deparado com o desafio de superar a lógica de cuidado fundamentado em ações curativas, centrado no profissional médico especializado, e localizado no hospital, cujas ações e serviços de saúde são dimensionados a partir da oferta e não da 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 insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais, por 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 da 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. A autora lembra que um sistema de saúde orientado para a subespecialização ameaça a equidade, uma vez que os recursos para garantir os serviços de saúde são finitos e a atenção subespecializada é mais cara. A especialização caminha lado-a-lado com a fragmentação do cuidado e das instituições, gerando fluxos dispendiosos e barreiras de acesso que são, muitas vezes, de muito difícil transposição para os usuários.

No contexto das diferentes formas de organizar esse âmbito de atenção, há definições legais importantes no Brasil sobre a atenção básica/primária⁹ e as suas conexões com os demais níveis de atenção, seja a partir do argumento da

⁹ 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), nessa dissertação 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. Como não se trata de um debate epistemológico central nessa produção, 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.

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 Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como estratégia principal de organização da Atenção Básica.¹⁰ 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 da 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 seguido pelo sistema de saúde de 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 tecnoassistencial¹¹ que organiza a principal entrada do sistema de saúde, abarcando serviços com densidade tecnológica adequada às

10 Conforme apresentado acima, o antigo 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 (composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e quatro agentes comunitário) para cada 3.450 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.

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

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 sumarizadas 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 Paim (1999)¹² 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 e de gestão;
- 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, 2011¹³, 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 da 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

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

13 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.

gestão, atrelando recursos financeiros ao desempenho das equipes e, mais do que isso, servindo como dispositivo para o fortalecimento de processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). 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.

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, 2015b), garantindo a melhoria da infraestrutura das UBS, contribuindo para a ambiência acolhedora deste espaço de produção de saúde. Desde sua criação, um volume significativo de Unidades Básicas de Saúde vêm sendo construídas, ampliadas e qualificadas tecnologicamente, de acordo com as disposições desta política.

Pensando na garantia do 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 na Atenção Básica – denominado de Projeto Mais Médicos, a Requalificação da Infraestrutura das Unidades e a reestruturação da formação Médica, no âmbito na 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 do 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 como indução da qualificação da Atenção Básica, 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 Básica¹⁴ (PIES). 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, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS et.al, 1997, p.31), faz-se necessário instituir processos de avaliação que deem conta, tanto de mensurar o impacto de estratégias de intervenções, a exemplo das supracitadas, como de verificar Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

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 e unidades de medida que permitem comparar situações e contextos devem ser interpretados com cuidado, na medida em que representam

¹⁴ Incentivo Financeiro Previsto na Resolução CIB nº 151, de 2015.

abstrações para aproximações com a realidade empírica, traduzindo tendências que nem sempre são compatíveis com a realidade concreta e vivida. A escolha de unidades de medida ou de indicadores é insuficiente para garantir a veracidade e a tradução da complexidade dos contextos locais e, para garantir um processo denso e capaz de fortalecer os contextos locais, implica em qualificar a capacidade de sua interpretação. Ferla, Ceccim e Dall Alba (2012) ressaltam a necessidade de produção de uma rede de inteligência de gestão para essa finalidade, não apenas para superar os sempre existentes limites no registro dos dados e sistemas de informação, como também para produzir redes/árvores de interpretação, associadas a processos de educação permanente, que são estratégias para constituir a capacidade de compreender e tomar decisões sobre esses contextos.

Atualmente o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAQ-AB) possibilita a análise da infraestrutura, dos equipamentos e insumos, bem como dos processos de trabalho e ações desenvolvidas na UBS, além de contar com um banco de dados a partir de questões respondidas pelo usuário. Contudo, na perspectiva da gestão Estadual e Municipal, ainda há limitações no uso desses dados, uma vez que no Portal do Gestor – base *online* de acesso restrito onde as informações do PMAQ ficam disponíveis – os dados mais detalhados são apresentados apenas por regiões de saúde, e na esfera do município, não há respostas de cada pergunta, e sim a classificação por módulo. Assim, a melhor possibilidade de análise dos dados pela gestão estadual é a partir da encomenda para universidades parceiras, até que os dados sejam disponibilizados na íntegra, por equipes e municípios participantes.

Destaca-se também como questão importante para analisar indicadores e medidas de monitoramento e avaliação, que o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) desde dezembro de 2016 prevê o envio de informações por meio de Prontuários Eletrônicos (PEC). Contudo, muitas equipes ainda apresentam dificuldades no envio das suas produções via PEC, tornando, nesse momento, o banco frágil para monitoramento e avaliação da AB e gerando descontinuidades de série histórica produzidas artificialmente pela mudança tecnológica adotada.

Assim, torna-se oportuna a possibilidade para avaliação da Atenção Básica

um indicador síntese e indireto, estruturado com base nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica à Saúde. Nos debates sobre o aspecto tecnológico das medidas para avaliação e monitoramento, esses atributos são sempre destacados pela literatura, permitindo aproximações avaliativas úteis e fortalecendo a cultura de avaliação em serviços e sistemas de 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 contra 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 ao cuidado primário, 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 das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (BATISTA, 2012; CECCON et. al., 2014; CALDEIRA, 2016), 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 é hoje

o único indicador de desempenho pactuado entre a 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, a fim de planejar e elaborar intervenções efetivas que diminuam esse indicador, e principalmente que qualifiquem 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).

É importante destacar 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), 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 exposto abaixo:

Quadro 1 - Condições Sensíveis à Atenção Básica e Lista dos 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

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 Indicadores¹⁵, quanto no monitoramento do Acordo de Resultados é constituído pelo total de internações, ou seja, sem estratificação das 17 condições previstas.

Assim, ainda que se assuma a importância de estratificações como as exemplificadas acima para corroborar na qualificação da análise e de entendimento desse indicador, nesse estudo o Indicador será apresentado e discutido com base nas Internações Totais por Condições Sensíveis, maneira como vem sendo utilizado enquanto indicador pactuado e de avaliação. O indicador será analisado em série histórica de 2008 a 2015.

4.1. O estado do Rio Grande do Sul na perspectiva de ICSAB e Cobertura de Saúde da Família

Na literatura, usa-se como indicador para medir a efetividade da Atenção Básica, a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, pelo pressuposto de que as pessoas hospitalizadas com alguma das condições que compõem esse rol não receberam atenção à saúde oportuna e adequada no nível primário, levando a um agravamento de sua condição clínica (CECCON, et al, 2014). Há que se considerar que para a premissa supracitada ser efetiva, o mínimo necessário é que a população esteja coberta pela Atenção Básica. Nesse estudo utilizar-se-á a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família por ser a proposta

¹⁵ A Pactuação dos Indicadores tem como base os indicadores Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores e é realizada no Sistema de Pactuação dos Indicadores (Sispacto).

tecnoassistencial prevista na Política Nacional de Atenção Básica.

Esta seção pretende contextualizar a evolução de ICSAB no Brasil e descrevê-la associando-a com a cobertura de ESF no Rio Grande do Sul. Ao analisar a diferença do ICSAB comparando o ano de 2008 ao de 2015 é possível perceber que o País vem apresentando redução de ICSAB, bem como aumento de cobertura de ESF em todas as regiões, conforme quadro a seguir:

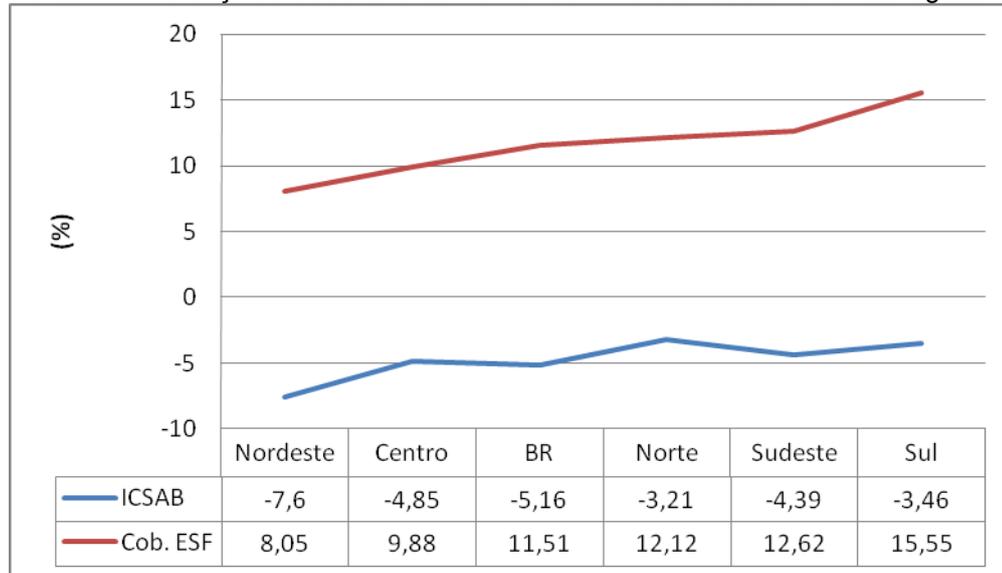
Quadro 2 – Comparativo entre percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica e cobertura de Saúde da Família, entre os anos de 2008 e 2015, nas Regiões do País.

Reg./ Ano	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		BR	
	ICSAB	Cob. ESF	ICSAB	Cob. ESF	ICSAB	Cob. ESF	ICSAB	Cob. ESF	ICSAB	Cob. ESF	ICSAB	Cob. ESF
2008	39,83	50.92	44,0	71.55	31,13	38.15	31,52	49.65	34,18	49.34	35,77	50.99
2009	40,28	51.54	43,22	71.86	30,71	38.61	30,37	49.84	33,68	50.38	35,31	51.43
2010	41,36	53.27	42,85	73.25	30,49	40.12	30,76	50.96	34,32	53.94	35,35	53.02
2011	39,49	53.71	40,36	73.74	29,43	42.86	29,12	52.86	32,85	54.31	33,7	54.63
2012	39,7	54.21	39,37	73.18	29,12	44.11	29,15	54.87	33,18	56.70	33,22	55.52
2013	38,28	56.11	39,73	77.03	27,88	44.97	28,27	56.71	31,84	57.86	32,49	57.46
2014	37,98	60.74	38,33	78.41	27,55	49.75	28,51	62.09	31,39	58.78	31,9	61.08
2015	36,62	63.04	36,4	79.60	26,74	50.77	28,06	65.20	29,36	59.25	30,61	62.50

Fonte: produzido pela pesquisadora

Em 2015 a proporção de ICSAB no Brasil foi de 30,61% e a cobertura de ESF alcançou 62,5%. Chama atenção a alta proporção de ICSAB na Região Nordeste (36,4), uma vez que essa região é também a com maior cobertura de ESF (79,6%). A menor cobertura de ESF (50,77%) e ICSAB (26,74%) do país também concentram-se na mesma região, a Sudeste. Contudo é importante ressaltar que comparando essas duas variáveis em 2008 e 2015, a Região Nordeste foi a que menos aumentou a cobertura e ainda assim, a que mais reduziu proporção de ICSAB. A menor redução de ICSAB foi na região Norte, que aumento 12,12% de cobertura de eSF no período, conforme gráfico a seguir:

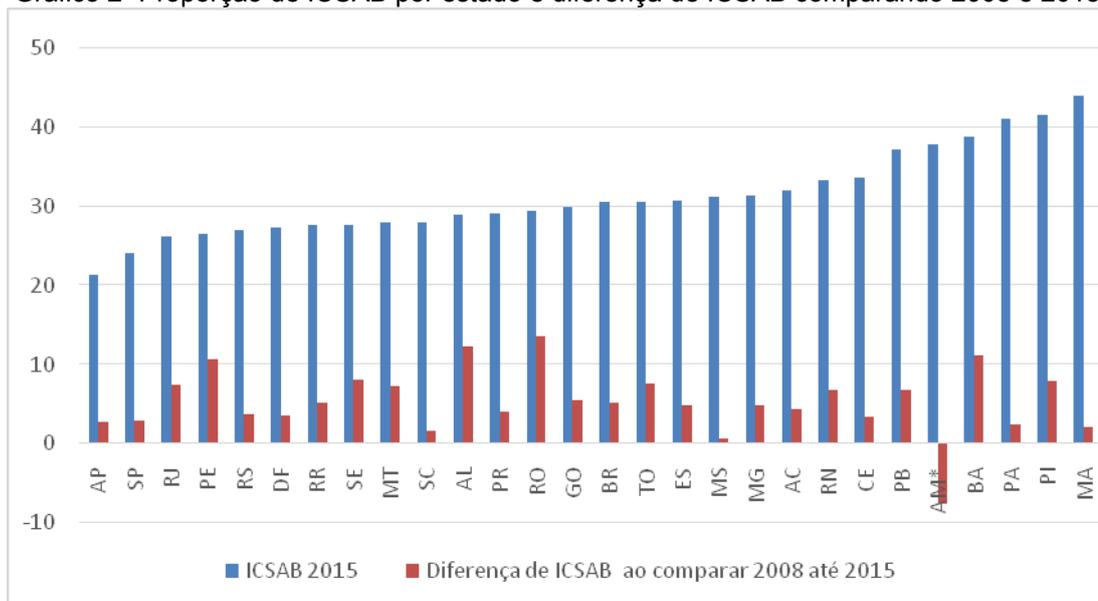
Gráfico 1 - Diferença de Cobertura de ESF e ICSAB entre 2008 e 2015 nas regiões do Brasil



Fonte: produzido pela pesquisadora

Analisando essas duas variáveis por estado, constata-se que o RS ocupou o quinto lugar com menor proporção de ICSAB (27,05) em 2015, atrás de Pernambuco (26,58), Rio de Janeiro (26,24), São Paulo (24,1) e Amapá (21,43). Entre os cinco estados com maior proporção de ICSAB no ano de 2015 estão Maranhão (43,94), Piauí (41,58), Pará (41,07), Bahia (38,82) e Amazonas (37,84).

Gráfico 2- Proporção de ICSAB por estado e diferença de ICSAB comparando 2008 e 2015



Fonte: produzido pela pesquisadora

O Gráfico acima, sistematiza o decréscimo do valor do indicador de ICSAB registrado em 2008 com o de 2015, no qual a redução no País foi de -5,16. O RS foi o décimo estado que mais reduziu ICSAB (-3,78), enquanto a maior redução ocorreu em Rondônia (-13,59). Cardoso (2013) aponta redução de aproximadamente 5% durante cinco anos em estados com maior cobertura de eSF. Chama atenção o estado do Amazonas que foi o único a apresentar crescimento de ICSAB (7,57).

Quadro 3 - Comparativo entre percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica e cobertura de Saúde da Família, entre os anos de 2008 e 2015, nas Unidades de Federação do País.

Unidade da Federação	ICSAB 2008	Cob. 2008	ICSAB 2015	Cob. 2015	Diferença de ICSAB ao comparar 2008 e 2015	Diferença de Cob. ESF ao comparar 2008 até 2015
AC	36,37	66,20	32,01	79,49	4,36	13,29
AL	41,35	71,92	29,01	75,28	12,34	3,36
AP	24,25	69,18	21,43	75,47	2,82	6,29
AM	30,27	51,81	37,84	57,97	-7,57	6,16
BA	50,08	55,78	38,82	69,77	11,26	13,99
CE	37,19	67,38	33,74	82,27	3,45	14,89
DF	30,87	5,76	27,33	30,24	3,54	24,48
ES	35,62	51,08	30,7	59,67	4,92	8,59
GO	35,44	58,93	29,93	65,33	5,51	6,40
MA	46,13	79,99	43,94	83,71	2,19	3,72
MT	35,31	60,47	27,93	66,30	7,38	5,83
MS	31,85	58,63	31,2	67,05	0,65	8,42
MG	36,18	64,93	31,36	77,69	4,82	12,76
PA	43,59	40,28	41,07	54,70	2,52	14,42
PB	44,1	95,80	37,3	94,43	6,8	-1,37
PR	33,1	52,38	29,07	66,22	4,03	13,84
PE	37,22	69,77	26,58	75,31	10,64	5,54
PI	49,53	98,03	41,58	99,42	7,95	1,39
RJ	33,75	31,60	26,24	48,58	7,51	16,98
RN	40,07	79,57	33,32	82,56	6,75	2,99
RS	30,83	35,63	27,05	56,02	3,78	20,39
RO	43,08	51,58	29,49	70,93	13,59	19,35
RR	32,9	77,16	27,64	74,05	5,26	-3,11
SC	29,68	70,15	28,05	78,80	1,63	8,65
SP	27,08	26,64	24,1	38,13	2,98	11,49
SE	35,71	84,65	27,66	88,22	8,05	3,57
TO	38,23	82,69	30,63	93,59	7,6	10,90

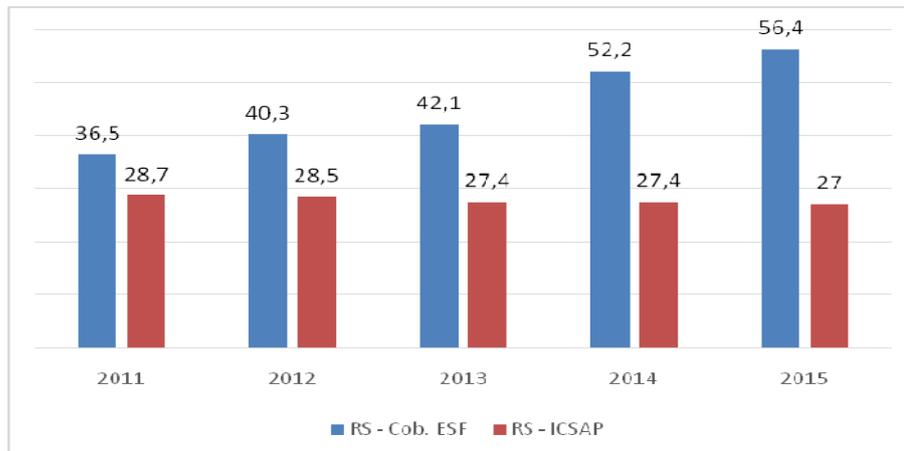
Fonte: produzido pela pesquisadora

Considerando o pressuposto da ampliação de equipes de Saúde da Família como variável direta de correlação com a queda das ICSAB, observou-se a tendência de cobertura de Saúde da Família nos estados de Rondônia e Amazonas. Rondônia, que teve a redução mais expressiva na comparação do indicador do ano de 2008 com o de 2015 teve um crescimento de 26,39% de cobertura de ESF (de 47,82 para 74,21), corroborando para a hipótese em análise. Contudo, ao verificar essa mesma tendência no estado do Amazonas, a relação não se confirma, uma vez que a cobertura também aumentou (em 11,1%).

Nesta perspectiva, Ceccon et al (2014), apontam que na série histórica de 1998 a 2006, 38,4% dos Estados (10), tiveram correlação estatisticamente significativa e negativa ($p < 0,05$; $r > -0,7$), mostrando que o aumento da cobertura de ESF esteve associado à redução das internações por CSAP, enquanto 42,3% dos Estados (13) houve redução das internações, sem associação estatisticamente significativa. Em três Estados da região norte, neste recorte histórico, a taxa de internação aumentou e houve correlação positiva ($p < 0,05$) entre cobertura de ESF e hospitalização por CSAP.

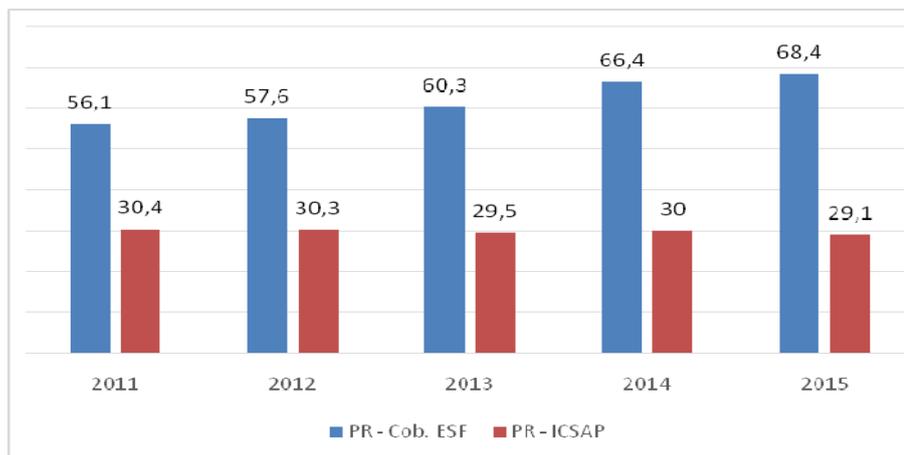
Aproximando essa análise para os estados da Região Sul, chama atenção o fato do Rio Grande do Sul ser o estado com menor Cobertura de Saúde da Família e ainda assim registrar a menor proporção de ICSAB. Entre os anos de 2011 a 2015 há aumento de Cobertura de eSF nos três estados: Rio Grande do Sul (RS - crescimento de 19,9%) atingindo 56,42% de cobertura de SF em 2015, Paraná (PR - crescimento de 12,4%) com 68,44% e Santa Catarina (SC - crescimento de 9,66%) com a maior cobertura de Saúde da Família da Região, com 80,12. Entretanto a redução de ICSAB só foi registrada no PR (-1,3) e RS (-1,6), aumentando 0,6 em SC, conforme gráficos a seguir:

Gráfico 3 - Cobertura de Saúde da Família ICSAP entre os anos 2011-2015 - RS



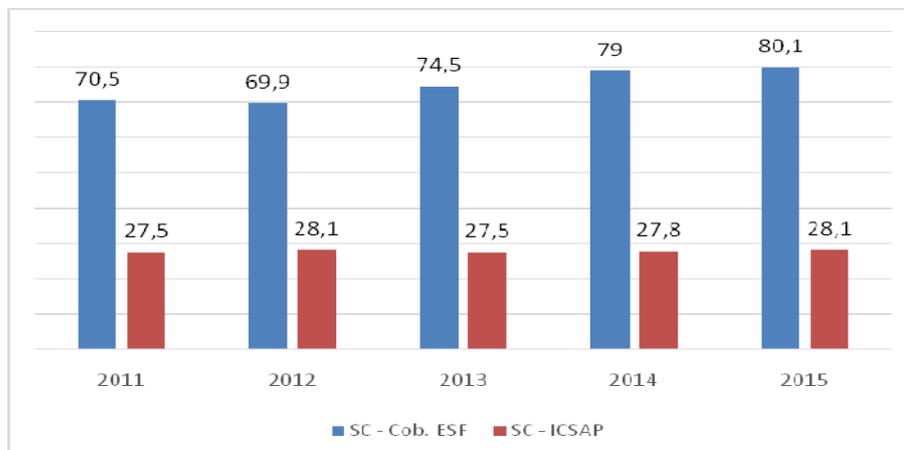
Fonte: produzido pela pesquisadora

Gráfico 4 - Cobertura de Saúde da Família ICSAP entre os anos de 2011-2015 - PR



Fonte: produzido pela pesquisadora

Gráfico 5 - Cobertura de Saúde da Família ICSAP entre os anos 2011-2015 - SC



Fonte: produzido pela pesquisadora

O Estado do Rio Grande do Sul ocupa pouco mais de 3% do território nacional e abriga aproximadamente 6% da população do país. Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população no RS em 2015 era de 11.247.923 habitantes, dos quais 15,7% era maior de 60 anos e 6% menores de quatro anos. No último Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 2010, o estado ficou classificado como IDH-M alto, com 0,746, ficando em 6º lugar comparado aos demais estados e acima da média do Brasil, que registrou 0,727.

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 do município. Ressalta-se que todos os municípios têm serviços de AB e 96% (N=477) desses, possui a Estratégia de Saúde da Família, dos quais 286 municípios (57,5%) registraram 100%. Destes, a média simples de ICSAB ficou em 26,4%, registrando a máxima em 58,9% e a mínima 4,76%.

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. No caso do Rio Grande do Sul, a rede hospitalar tem características relevantes que, ao caracterizarem a oferta assistencial, podem auxiliar na compreensão das características da sua utilização.

No ano de 2015, 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. Neste universo, 38,2% (N=21) tem taxas de ICSAB acima do registrado no estado em 2015 - de 27,03% - e 16,4% (N=9) tem 100% de cobertura de eSF e ICSAB acima de 31% chegando até 47,74%. Ao todo, em 2015 o RS dispunha de 31.278 leitos dos quais aproximadamente 70% são SUS.

Este cenário levanta a hipótese de HPPs em municípios de pequeno porte corroboram para o aumento do 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, põe 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 tem cobertura de Saúde da Família. Outra possibilidade de interpretação desse dado, é de que outras variáveis atravessam este indicador e possam contribuir para essa alta proporção. Assim, mais adiante serão levantados e analisados indicadores que poderão subsidiar melhor as respostas dessas inferências.

Contextualizando o cenário de ICSAB no RS, o quadro a seguir apresenta a evolução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, de 2008 a 2015:

Quadro 4 – Total e proporção de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica, Nº Total de Internações e Cobertura de ESF nos anos de 2008 a 2015, no RS.

Ano	Total de Inter. Causa Sens.	Total de Internações	Proporção	Cobertura de ESF
2008	112.084	363.075	30,87%	35,63%
2009	107.791	362.682	29,72%	35,78%
2010	104.740	350.938	29,85%	36,29%
2011	96.378	335.626	28,72%	37,98%
2012	95.968	336.210	28,54%	40,41%
2013	92.070	335.108	27,47%	42,58%
2014	91.858	335.097	27,41%	51,25%
2015	89.887	332.531	27,03%	56,22%

Fonte: produzido pela pesquisadora

Percebe-se que ao longo da série histórica de oito anos, o número bruto de ICSAB sempre foi diminuindo, ainda que a proporção tenha aumentado em 2010, quando comparado ao ano anterior, evidenciando o viés já indicado por Vieira (2008), na perspectiva de que o aumento dele pode ser influenciado não pela ampliação das internações por condições sensíveis e sim pela diminuição das internações gerais.

Concentrando este diagnóstico para o estado do RS, objeto deste trabalho, o quadro abaixo apresenta a evolução de Cobertura de Saúde da Família e ICSAB por Macrorregião do estado entre os anos de 2011 e 2015. A partir dela, é possível verificar que todas as macrorregiões tiveram aumento de cobertura de Saúde da Família - com destaque para a Sul, com maior aumento (30%) e a Norte, com menor (7,9%) - e redução de ICSAB. Chama atenção o fato da Macrorregião Serra tem a menor cobertura de eSF e também a menor proporção por ICSAB, conforme quadro a seguir:

Quadro 5 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, por Macrorregião de Saúde, entre os anos de 2011 e 2015.

	Sul		Centro-Oeste		Metropolitana		Vales		Missioneira		Serra		Norte	
	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB	ESF	ICSAB
2011	34.92	33.11	26.58	28.43	25.32	28.46	40.16	28.08	70.56	29.87	32.65	26.24	64.93	27.57
2012	40.92	31.44	28.34	27.94	29.45	28.61	42.68	28.75	72.26	30.18	38.41	25.15	67.92	27.21
2013	45.33	30.37	30.01	27.04	31	27.41	43.06	26.68	73.5	28.6	40.24	23.99	70.31	27.76
2014	60.25	29.02	45.53	25.64	42.79	27.56	50.11	26.73	82.48	28.05	44.46	24.9	73.9	28.52
2015	64.98	28.02	54.97	26.17	48.08	27.92	54.32	26.44	84.17	26.51	46.58	23.66	72.84	26.95

Fonte: produzido pela pesquisadora

Analisando o comportamento da Cobertura de ESF e ICSAB, a partir do recorte de Regiões de Saúde, verifica-se que a tendência de aumento de cobertura e redução de ICSAB não ocorre igualmente em todas as regiões, diferente do observado no recorte por macrorregião de saúde, conforme quadro a seguir:

Quadro 6 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Centro-Oeste, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Centro-Oeste	R01 - Cob. Esf	30,68	33,05	34,6	36,73	39,14	8,46
	R01 - ICSAB	32,12	31,96	32,12	28,54	30,07	-2,05
	R02 - Cob. Esf	56,76	59,99	59,64	77,64	79,14	22,38
	R02 - ICSAB	32,94	31,17	31,77	31,33	30,65	-2,29
	R03 - Cob. Esf	14,84	15,63	17,92	44,93	62,85	48,01
	R03 - ICSAB	24,54	24,77	22,71	22,51	22,63	-1,91

Fonte: produzido pela pesquisadora

Cruzando os dados sínteses da Macrorregião Centro-Oeste com o quadro acima, percebe-se que a média de ICSAB em 26,17, abaixo da média do estado pro ano de 2015, só ocorreu em decorrência da R03, que registrou 22,63% de ICSAB enquanto as demais ultrapassaram 30%. Destaca-se ainda que o aumento de cobertura (diferença entre 2011 e 2015) não corroboram para um único comportamento de queda de ICSAB.

Quadro 7 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Vales, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Vales	R27 - Cob. eSF	45,08	45,24	46,57	53,56	53,56	8,48
	R27 - ICSAB	28,89	27,37	24,95	29,39	30,43	1,54
	R28 - Cob. eSF	33,48	35,23	35,24	40,71	46,98	13,5
	R28 - ICSAB	27,64	30,16	27,5	27,21	25,74	-1,9
	R29 - Cob. eSF	53,05	60,59	60,97	72,93	73,75	20,7
	R29 - ICSAB	27,96	28,35	27,26	24,02	22,95	-5,01
	R30 - Cob. eSF	27,57	27,38	27,19	30,09	41,66	14,09
	R30 - ICSAB	27,83	28,05	26,8	24,31	25,71	-2,12

Fonte: produzido pela pesquisadora

A Macrorregião Vales, cuja cobertura de ESF é de 54,32%, só alcança esse panorama em decorrência da R29, visto que as demais regiões ficaram todas abaixo da média da Macro. Ainda assim, apenas a R27 ultrapassou a proporção de ICSAB média do estado. Essa mesma região foi a única que registrou aumento de ICSAB entre 2011 e 2015, apesar da expansão de cobertura.

Quadro 8 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Norte, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Norte	R17 - Cob. eSF	55,04	54,28	55,47	58,3	58,33	3,29
	R17 - ICSAB	23,55	24,64	25,67	25,72	25,56	2,01
	R18 - Cob. eSF	66,88	64,98	69,12	70,47	69,92	3,04
	R18 - ICSAB	27,38	26,49	26,43	27,83	24,8	-2,58
	R19 - Cob. eSF	53,94	66,31	68,5	77,46	77,91	23,97
	R19 - ICSAB	27,56	29,51	30,06	30,8	30,0	2,44
	R16 - Cob. eSF	63,85	71,78	73,03	76,07	78,32	14,47
	R16 - ICSAB	25,83	24,87	24,57	27,91	25,69	-0,14
	R20 - Cob. eSF	77,26	78,79	82,27	86,75	75,19	-2,07
	R20 - ICSAB	30,92	29,4	32,31	33,78	29,81	-1,11
	R15 - Cob. eSF	81,26	84,89	89,39	92,74	93,1	11,84
	R15 - ICSAB	32,8	30,91	29,71	28,53	28,36	-4,44

Fonte: produzido pela pesquisadora

A Macrorregião Norte é a segunda com maior número de regiões de saúde. Percebe-se uma heterogeneidade, tanto em relação a cobertura de ESF, com diferenças de 34,77% de cobertura (comparando R17 e R15), além de diferenças importantes de ICSAB - variando de 24,8 (R18) a 30,0 (R19). Nessa Macrorregião, duas Regiões de Saúde (R17

e 19) tiveram aumento de ICSAB, mesmo como ampliação de cobertura de ESF, e a R16, conseguiu diminuir esse indicador, mesmo tendo sua cobertura reduzida em -2,07%.

Quadro 9 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Metropolitana, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Metropolitana	R06 - Cob. Esf	30,51	33,57	26,99	44,59	64,97	34,46
	R06 - ICSAB	34,47	34,01	28,07	26,99	27	-7,47
	R07 - Cob. Esf	23,63	27,85	28,89	40,5	44,11	20,48
	R07 - ICSAB	21,98	22,99	22,15	22,29	21,44	-0,54
	R08 - Cob. Esf	22,71	25,79	34,84	47,67	55,86	33,15
	R08 - ICSAB	29,67	28,8	26,41	27,2	28,3	-1,37
	R09 - Cob. Esf	28,04	26,83	24,04	32,05	35,47	7,43
	R09 - ICSAB	24,76	25,4	25,81	25,74	23,59	-1,17
	R10 - Cob. Esf	22,33	28,11	29,09	40,63	44,64	22,31
	R10 - ICSAB	30,19	30,35	29,88	30,05	30,85	0,66
	R04 - Cob. Esf	45,47	54,68	54,03	66,3	66,82	21,35
	R04 - ICSAB	25,43	25,51	24,24	24,22	25,12	-0,31
	R05 - Cob. Esf	49,28	46,2	47,33	59,51	65,84	16,56
	R05 - ICSAB	24,43	25,66	23,57	23,66	24,86	0,43

Fonte: produzido pela pesquisadora

Na Macrorregião Metropolitana, todas as regiões apresentaram aumento de cobertura de ESF, variando de 7,43%(R09) a 34,46% (R06), contudo, duas regiões apresentaram aumento de ICSAB, R05 com 0,43% e R10 com 0,66%.

Quadro 10 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Serra, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Serra	R23 - Cob. eSF	22,03	27,54	31,68	32,31	34,2	12,17
	R23 - ICSAB	22,1	21,73	19,38	22,02	22,23	0,13
	R24 - Cob. eSF	52,34	56,27	55,63	66,48	66,48	14,14
	R24 - ICSAB	30,91	33,72	31,48	31,01	27,96	-2,95
	R25 - Cob. eSF	38,12	46,22	45,76	50,3	54,82	16,7
	R25 - ICSAB	23,64	22,15	23,81	23,61	22,76	-0,88
	R26 - Cob. eSF	45,97	49,87	49,71	61,15	61,15	15,18
	R26 - ICSAB	33,49	31,03	27,91	28,32	24,92	-8,57

Fonte: produzido pela pesquisadora

A Macrorregião Serra, foi a que menos expandiu sua cobertura de eSF, mas a que registrou menores proporções de ICSAB entre 2011 e 2015. A R23, que foi reduzindo ICSAB entre 2011 e 2013, fechou 2015 com crescimento, se comparado o período analisado.

Quadro 11 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Missioneira, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Missioneira	R12 - Cob. Esf	48,93	49,4	55,21	73,54	81,42	32,49
	R12 - ICSAB	33,71	33,95	32,77	31,17	27,24	-6,47
	R11 - Cob. Esf	67,29	67,41	71,23	75,75	75,65	8,36
	R11 - ICSAB	30,9	31,32	27,97	26,08	26,05	-4,85
	R14 - Cob. Esf	82,58	86,58	86,21	93,74	94,3	11,72
	R14 - ICSAB	29,08	29,36	28,62	29,85	26,4	-2,68
	R13 - Cob. Esf	77,27	79,52	75,98	85,74	86,64	9,37
R13 - ICSAB	25,74	25,26	25,55	25,63	26,98	1,24	

Fonte: produzido pela pesquisadora

A Macrorregião Missioneira concentra a melhor cobertura de ESF, sendo a R11 com menor cobertura, ainda acima da média do estado. Percebe-se também nessa Macro um aumento de cobertura de ESF em todas as Regiões, contudo a R13 mostra um aumento de ICSAB em 1,24%.

Quadro 12 – Cobertura de Saúde da Família e ICSAB, na Macrorregião Sul, entre os anos de 2011 e 2015.

Macrorregião	Região e Variável	2011	2012	2013	2014	2015	Diferença 2011 x 2015
Sul	R21 - Cob. eSF	31,33	38,61	43,57	60,49	64,61	33,28
	R21 - ICSAB	32,68	31,02	29,7	28,07	27,13	-5,55
	R22 - Cob. eSF	51,57	51,59	53,5	59,16	66,7	15,13
	R22 - ICSAB	34,56	32,82	32,29	32,4	31,2	-3,36

Fonte: produzido pela pesquisadora

A Macrorregião Sul, ao encontro da tendência do estado, apresentou aumento de cobertura de ESF e queda de ICSAB. Em síntese, apenas nas macrorregiões Centro-Oeste e Sul, houve aumento de cobertura e diminuição de ICSAB em todas as Regiões. Ao todo, 23 Regiões de Saúde tiveram queda de ICSAB se comparado 2011 e 2015, as 7 Regiões que tiveram aumento de ICSAB foram: R10 e 5 da macrorregião Metropolitana, R13 da Missioneira, R23 da Serra, R27 da Vales e R17 e 19 da Norte. Ainda sobre a macrorregião Norte, destaca-se que a Região 20 foi a única que registrou queda na Cobertura de eSF, mas manteve declínio nas ICSAB.

Além dos recortes apresentados aqui, há um estudo (COSTA E SOUZA, 2011) realizado com base no estado que usa como recorte as Coordenadorias Regionais de Saúde, cujos resultados evidenciam que:

“[...] com exceção de Porto Alegre (1,01) e Osório (1,02), [as demais Coordenadorias] apresentaram redução das taxas de internações por condições

sensíveis. Entre os municípios grandes, as maiores quedas foram observadas em Santa Maria (0,92) e Pelotas (0,93). Os municípios médios apresentaram taxas inferiores no final do período. Nos pequenos, apenas Lajeado e Frederico Westphalen apresentaram taxas inferiores às do Estado em 2007. As maiores taxas foram observadas nos municípios pequenos” (que sugerem) “ocupação de leitos por condições sensíveis para justificar oferta ociosa”.

Essa breve descrição associando ICSAB e Cobertura de ESF em diferentes recortes, pretendeu apenas evidenciar como a tendência de ICSAB não parece estar diretamente correlacionada com um percentual “x” de cobertura de ESF, nem com a expansão da referida a uma proporção “x” de redução. Assim, assume-se como hipótese mínima para compreender os dados apresentados acima, a contextualização socioeconômica dessas regiões - em decorrência das grandes diversidades tanto de estrutura de AB, quanto de desfecho ICSAB, bem como as estruturas e Modelos de Atenção vigentes em cada Região/Situação. Também parece oportuno verificar para além do indicador, o número total de internações por condições sensíveis à atenção básica e internações gerais (como foi apresentado para o RS), e apreender melhor o perfil desse indicador: quais as principais causas, idade, sexo, etc.

Diante desses ensaios de recortes, problematiza-se qual o mais apropriado para perceber as variáveis e processos que interferem neste indicador – na perspectiva das possibilidades de análise e atuação no Sistema Estadual de Saúde - considerando que, conforme desenho aplicado (por Macrorregião, Região de Saúde ou CRS) o comportamento do referido quando analisado junto com a Cobertura de ESF se modifica. Essa constatação é relevante, uma vez que descreve uma tendência de correlação entre os indicadores analisados, mas com grandes variações, o que reivindica a capacidade de apreensão de um contexto maior e mais complexo para avaliar e monitorar o desenvolvimento da atenção básica. Inegável identificar aqui uma inquietação relacionada à gestão, mas numa perspectiva de tomada de decisões com sustentação forte na compreensão da realidade local, inclusive como desdobramento da diretriz constitucional de descentralização da gestão. A inquietação fala de uma insuficiência que não é medida pela força em si do indicador e da correlação matemática, mas da sua “força” de descrever a realidade sanitária locorregional, de tal forma que as decisões que sejam porventura tomadas tenham capacidade de desenvolvimento das práticas no interior do sistema de saúde tal qual definido para o país. Nesta perspectiva, questiona-se sobre as

possibilidades e potencialidades da análise do indicador de ICSAB para subsídio de intervenção serem as mesmas em um processo a ser desenvolvido pelo estado ou em um município?

Tomando como exemplo o Estado do Rio Grande do Sul, composto por 497 municípios, problematiza-se: considerando que as diferentes esferas de governo são corresponsáveis pela manutenção do Sistema Único de Saúde e que a oferta da atenção básica é uma atribuição predominantemente local, é possível atualmente, subsidiar um trabalho “in loco” de apoio da gestão estadual aos gestores municipais utilizando apenas dados secundários, como é comum na rotina da gestão estadual, a partir das ICSAB? Como ampliar a capacidade de compreensão “central” desse indicador, considerando que é um indicador relevante e de uso frequente e que, conforme se viu até esse momento, parece não responder à expectativa de tornar visível um contexto que se mostra mais complexo e diverso do que o necessário para uma leitura linear dos resultados aferidos pela sua leitura?

Será que a maior potência da análise desse indicador para a avaliação do acesso e da qualidade da AB não concentra-se no município, que pode, através da análise da produção das AIH, vincular os sujeitos aos territórios, identificando se há equipes de Saúde da Família e se esses sujeitos estão tendo acesso e resolutividade, e assim, entender os microprocessos que contribuem para o desfecho da internação? Essas questões compõem, como se disse acima, inquietações do exercício da gestão marcada pela formação em Saúde Coletiva. Sendo assim, a constatação linear do indicador não mobiliza suficientes forças para subsidiar processos decisórios.

Diante do exposto, faz-se necessário buscar na literatura outras variáveis que possam contribuir para a compreensão dos processos que levem a estas internações, bem como buscar respostas acerca dos recortes mais efetivos para planejar políticas e ações que impactem efetivamente na melhoria desse indicador, entendendo a avaliação a partir de indicadores como base para o desenvolvimento de uma cultura de avaliação, que fortalece a gestão seja de redes e sistemas, seja do cuidado propriamente dito.

Assim, o indicador de ICSAB, em compreensão ampliada, pode subsidiar ações de planejamento ou avaliação, considerando a perspectiva já apresentada de Contandriopoulos et. al (1997). Por esse motivo, procedeu-se a uma busca dirigida na

literatura científica, de tal forma que se pudesse ampliar a compreensão da relação entre o ICSAB e a organização dos sistemas locais de saúde.

4.2 Produções sobre o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

O Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica é reconhecido e utilizados em diversos países como dispositivo para o monitoramento e avaliação do acesso e qualidade de serviços da APS. Na literatura, são diversos os estudos que propõem-se a descrever o comportamento das ICSAB, analisando o panorama de proporção no total de internações, a relação dessa com o aumento da cobertura de eSF e caracterizando-as por recortes tais como: grupos de diagnósticos, sexo, faixa etária, local de residência, tamanho de município, entre outros (Santos, 2015). Além disso, as produções são realizadas a partir da análise do comportamento do indicador no país, estados, regiões de saúde, municípios e serviços de saúde.

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).

Este capítulo apresenta uma Revisão da Produção Indexada no SciELO¹⁶ entre os anos 2008 e 2016, balizada pela seguinte questão: Quais fatores/variáveis podem ter correlação com Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica?

Para isso, buscou-se na base online SciELO o termo “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica”, uma vez que não há descritor específico para este indicador.

Foram critérios de inclusão para esta análise descritiva: publicações disponíveis na íntegra, cujos objetivos testassem a correlação do ICSAB com outras variáveis, tais como Cobertura de Saúde da Família, Investimento Financeiro em Saúde etc. Assim, foram excluídas produções cujos objetivos fossem correlacionar tempo de permanência por ICSAB com cobertura de Saúde da Família e se restringissem a descrever a tendência, principais causas e perfil de ICSAB. Destaca-se a necessidade de estudos que façam análise de causas e perfil, visto que corroboram para apontar possíveis lacunas relacionadas a cobertura ou resolutividade da AB.

¹⁶ A escolha dessa base se deve ao fato de que indexa uma grande quantidade das principais referências no campo da saúde coletiva e tem uso frequente entre estudiosos, estudantes, trabalhadores e gestores, pelas facilidades de acesso.

Foram recuperadas 65 publicações, das quais 21 eram duplicadas. Das 44 publicações restantes, 30 não responderam aos critérios de inclusão, totalizando 14 publicações selecionadas, ou seja, apenas 32% das publicações dessa plataforma buscam variáveis de correlação para o desfecho de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. O quadro abaixo¹⁷ sumariza os artigos selecionados:

17 É possível encontrar no Anexo I deste estudo um compilado de todas as variáveis testadas em cada produção e o resultado obtido.

Quadro 13 – Sistematização da Revisão da Produção Indexada no Scientific Electronic Library Online (SciELO) entre os anos 2008 e 2016 sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

Título	Autor	Periódico	Ano	Recorte	Objetivo	Resultado	Conclusão
Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil	Barreto JOM et al.	Cad. Saúde Pública	2012	Estado do Piauí – ICSAP em menores de cinco anos no período de 2000 a 2010	O objetivo foi identificar mudanças no perfil de morbidade hospitalar e discutir sua relação com a expansão da ESF no estado	- Verificou-se redução do número de internações hospitalares em menores de 5 anos.	Há associação entre a evolução das internações hospitalares infantis e a expansão da cobertura populacional estimada da ESF. Entretanto, as taxas de internação permaneceram elevadas, representando a necessidade de se avaliar melhor as limitações dos resultados da ESF nos municípios do Piauí, suas relações com o contexto socioeconômico, ambiental e cultural, bem como disponibilidade de recursos, estruturas disponíveis e arranjos organizacionais.
Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos	Batista SRR et al	Rev Saúde Pública	2012	237 municípios do Estado de Goiás – ICSAP por condições cardiovasculares - de 2000 a 2008	Analisar taxas de hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, correlacionando com sexo, faixa etária, porte populacional, pertencimento à região metropolitana, macrorregião de saúde, distância da capital, Índice de Condições de Vida e Saúde e cobertura de Estratégia Saúde da Família.	- As taxas de hospitalização diminuíram entre os triênios. - Porte populacional municipal não influenciou o comportamento das taxas. - Municípios próximos à capital e aqueles da região metropolitana apresentaram maiores taxas ($p < 0,001$). - A redução das taxas ocorreu independentemente da cobertura da Saúde da Família.	As taxas de hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária diminuíram nesses municípios, independentemente da cobertura da Saúde da Família.

<p>Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011*</p>	<p>Brasil, P.V., Costa, J.S.D</p>	<p>Epidemiol. Serv. Saúde</p>	<p>2016</p>	<p>Município de Santa Catarina – ICSAP de 2001 a 2011</p>	<p>Avaliar a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Florianópolis, de 2001 a 2011, e verificar sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF).</p>	<p>- O coeficiente da regressão foi de 0,97, apontando para diminuição de 3% ao ano na taxa de ICSAP, aumento de três vezes na cobertura da ESF e de sete vezes nos investimentos financeiros per capita em saúde.</p> <p>- Os investimentos per capita em saúde e a cobertura populacional pela ESF foram negativamente correlacionados com a taxa de internações por ICSAP.</p>	<p>O investimento financeiro e a expansão da ESF foram acompanhados por reduções importantes nas taxas de internações por ICSAP.</p>
<p>Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil</p>	<p>Caldeira AP et al</p>	<p>Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.</p>	<p>2011</p>	<p>Hospitalar – ICSAP pediátricas em Montes Claros, Minas Gerais</p>	<p>Avaliar a prevalência e os fatores associados às internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).</p>	<p>- Prevalência de internações por CSAP foi de 41,4% (n=151).</p> <p>- Variáveis associadas com ICSAP foram: residir em área da Estratégia de Saúde da Família (RP=1,19; IC95%=1,03-1,61) e idade menor que dois anos de idade (RP=1,42; IC95%=1,35-1,51).</p>	<p>A prevalência observada é semelhante à encontrada em outros estudos e salienta a necessidade de melhoria dos cuidados ambulatoriais para a faixa etária estudada.</p>
<p>Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009</p>	<p>Campos AZ, Theme-Filha MM</p>	<p>Cad. Saúde Pública</p>	<p>2012</p>	<p>Município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul – ICSAP de 2000 a 2009</p>	<p>Este estudo analisou a correlação entre a evolução da cobertura do Estratégia Saúde da Família (ESF) e a taxa das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), em Campo Grande, no período de 2000 a 2009.</p>	<p>Campo Grande apresentou correlação inversa seguindo a tendência do país de redução das referidas internações.</p>	<p>Os resultados sugerem que o aumento da cobertura do ESF tem contribuído para a queda nas taxas de internações por ICSAP.</p>

<p>Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil</p>	<p>Castro ALB et al</p>	<p>Cad. Saúde Pública</p>	<p>2015</p>	<p>Municípios brasileiros com população acima de 50 mil habitantes, por região do país, no ano de 2012</p>	<p>O artigo explora a associação entre variáveis selecionadas e a proporção dessas internações no Brasil, a partir de indicadores nacionais (1998-2012) em municípios com população acima de 50mil habitantes em 2012.</p>	<p>Discreto declínio na proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. Condições socioeconômicas, demográficas e de oferta de médicos no sistema de saúde nos municípios mostraram associação com a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, com expressão distinta nas cinco regiões do país. - Destacaram-se, mostrando correlação negativa com as ICSAP, o IDH-M e o total de médicos por mil habitantes.</p>	<p>Apesar de avanços relacionados à expansão da Estratégia Saúde da Família, permanecem desafios, como a distribuição adequada de médicos e outros profissionais no território nacional e a efetiva mudança do modelo de atenção à saúde;</p>
<p>Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico</p>	<p>Ceccon, R.F., Meneghel, S.N., Vieçili, P.R.N.</p>	<p>Rev. bras. epidemiol.</p>	<p>2014</p>	<p>Estados do Brasil</p>	<p>Avaliar a relação entre as internações por condições sensíveis à atenção primária e a cobertura populacional de Estratégias de Saúde da Família nas Unidades da Federação brasileira na última década.</p>	<p>Em 38,4% (10 Estados) a correlação foi estatisticamente significativa e negativa ($p < 0,05$; $r > -0,7$), mostrando que o aumento da cobertura de ESF esteve associado à redução das internações por CSAP. Em 42,3% (13 Estados) houve redução das internações, porém sem associação estatisticamente significativa. Em apenas três Estados da região norte (Acre, Amazonas e Pará) a taxa de internação aumentou e houve correlação positiva ($p < 0,05$) entre cobertura de ESF e hospitalização por CSAP.</p>	<p>Houve relação entre a ampliação da cobertura de ESF e a diminuição nas internações por CSAP no País. Os achados deste estudo auxiliam na avaliação da ESF e da atenção básica no Brasil.</p>

<p>Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, rs, Brasil</p>	<p>Costa JSD et al</p>	<p>Ciência & Saúde Coletiva</p>	<p>2016</p>	<p>Município de Porto Alegre – ICSAP de 1998 a 2012</p>	<p>Analisar a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária relacionando-as com os investimentos financeiros em saúde e a cobertura da Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre, entre 1998 e 2012.</p>	<p>Os investimentos financeiros aumentaram 27% e em atenção primária 83%. A expansão da cobertura pela Estratégia Saúde da Família foi de cerca de quatro vezes, entretanto, continuou abaixo do preconizado. Não houve alteração na tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária.</p> <p>Análise da correlação de Spearman apenas a variável cobertura pela ESF apresentou associação negativa moderada com a diminuição das taxas de ICSAP, e essa diferença foi estatisticamente significativa.</p>	<p>A análise não permitiu distinguir se os pacientes que internaram por condições sensíveis à atenção primária tinham acesso à Estratégia Saúde da Família ou não, sugerindo a necessidade de se incorporar no sistema de informações dados sobre o local de origem. Estudos utilizando o Sistema de Informações Hospitalares contribuem para seu aprimoramento, propiciando a avaliação, a gestão e o delineamento de políticas de saúde.</p>
<p>Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família</p>	<p>Fernandes VBL et al</p>	<p>Rev Saúde Pública</p>	<p>2009</p>	<p>Inquérito Hospitalar em Montes Claros, Minas Gerais – ICSAP de 2007 a 2008</p>	<p>Identificar variáveis associadas a internações sensíveis ao cuidado primário.</p>	<p>As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário foram: internação prévia (OR=1,62; IC 95%: 1,51;2,28), visitas regulares a unidades de saúde (OR=2,20; IC 95%: 1,44;3,36), baixa escolaridade (OR=1,50; IC 95%: 1,02;2,20), controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família (OR=2,48; IC 95%: 1,64;3,74), internação solicitada por médicos que não atuam na equipe de saúde da família (OR=2,25; IC 95%: 1,03;4,94) e idade igual ou superior a 60 anos (OR=2,12; IC 95%: 1,45;3,09).</p>	<p>As variáveis associadas às internações sensíveis são sobretudo próprias do paciente, como idade, escolaridade e internações prévias, mas o controle regular da saúde fora da Estratégia de Saúde da Família duplica a probabilidade de internação.</p>

<p>Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família</p>	<p>Lentsck MH, Mathias TAF.</p>	<p>Rev. Latino-Am. Enfermagem</p>	<p>2015</p>	<p>Regionais do Estado do Paraná – ICSAP por condições cardiovasculares de 2000 a 2011.</p>	<p>Verificar a correlação entre taxas de internação por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária e a cobertura da Estratégia Saúde da Família de residentes no estado do Paraná, por regionais de saúde, no período de 2000 a 2011.</p>	<p>Houve correlação negativa e forte no estado do Paraná ($r=-0,91$; $p<0,001$) e na maioria das regionais de saúde, sendo maior na Metropolitana e Toledo ($r=-0,93$; $p<0,001$) e Paranaguá ($r=-0,92$; $p<0,001$).</p>	<p>Os resultados sugerem que o aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família foi fator importante para a diminuição das internações por condições cardiovasculares em residentes no estado do Paraná e na maioria das regionais de saúde. Outros estudos devem ser realizados para analisar fatores e causas nas regiões do estado onde não houve correlação com incremento da Estratégia Saúde da Família.</p>
<p>Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais*</p>	<p>MACIEL, A. G.; CALDEIR A, A. P.; DINIZ, F. J. L. S.</p>	<p>SAÚDE DEBATE</p>	<p>2014</p>	<p>Estado de Minas Gerais – ICSAP de 2003 a 2012</p>	<p>Verificar o potencial da Estratégia Saúde da Família em reduzir a morbidade hospitalar por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais</p>	<p>Foi demonstrada a redução de 68,87 pontos nas taxas de internações sensíveis ao cuidado primário, contra o aumento de 9,87 pontos nas taxas de hospitalizações por causas não sensíveis.</p>	<p>Constatou-se o decréscimo da taxa de morbidade por ICSAP com o aumento do percentual de cobertura da ESF, com forte relação linear das ICSAPs com a cobertura de ESF.</p>

<p>Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS)</p>	<p>Nedel FB et al</p>	<p>Rev Saúde Pública</p>	<p>2008</p>	<p>Município de Bagé, Rio Grande do Sul – ICSAP de 2006 a 2007</p>	<p>Estimar a probabilidade do diagnóstico de CSAP em pacientes hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde.</p>	<p>Associaram-se à probabilidade de CSAP: (a) mulheres: faixa etária, escolaridade, tempo de funcionamento da unidade de saúde, residir em área de saúde da família, ser usuária do Programa Saúde da Família, consulta médica na emergência no mês anterior à pesquisa e hospital de internação; (b) homens: faixa etária, ter sofrido outra internação no ano anterior à entrevista e o hospital de internação</p>	<p>As condições sensíveis à atenção primária permitem identificar grupos carentes de atenção à saúde adequada. Embora o estudo não permita inferências sobre o risco de internação, as análises por sexo e modelo de atenção sugerem que o Programa Saúde da Família é mais eqüitativo que a atenção básica tradicional.</p>
<p>Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil</p>	<p>Pazó RG et al</p>	<p>Cad. Saúde Pública</p>	<p>2014</p>	<p>78 Municípios do Estado do Espírito Santo – ICSAP 2010</p>	<p>Investigar a associação entre a organização dos serviços de saúde e as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária após ajuste para variáveis socioeconômicas e demográficas no contexto dos municípios do Espírito Santo, Brasil (internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, porte municipal, indicadores demográficos, socioeconômicos, organização e indicadores de desempenho dos serviços de saúde.)</p>	<p>Houve associação a risco de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária com o percentual de analfabetismo (RR: 1,08-1,17), proporção de leitos SUS (RR: 1,09-1,12), urbanização (RR: 1,02-1,03), proporção de negros (RR: 0,97-0,98) e cobertura de plano de saúde (RR: 0,97-0,98).</p>	<p>Há determinantes das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária que implicam no padrão de utilização dos serviços e estão fora do escopo da atenção primária.</p>

Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007	Caldeira AP et al.	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	2016	Estado de Minas Gerais – ICSAP em crianças e adolescentes de 1999 a 2007	Descrever a evolução das taxas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças e adolescentes em Minas Gerais, testando a correlação com a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF).	As taxas de ICSAP mostraram declínio no período estudado. Não houve correlação significativa do declínio das taxas com aumento da cobertura da ESF.	Apesar do declínio observado, a falta de correlação entre a cobertura e as taxas de ICSAP alerta para a necessidade de melhoria no acesso e melhor qualificação profissional para a atenção à saúde da criança e do adolescente.
--	--------------------	----------------------------------	------	--	--	--	--

Fonte: produzido pela pesquisadora

Conforme exposto no quadro anterior, nos anos de 2012, 2014 e 2016 houve três publicações, em 2015 duas e os demais anos do recorte, com apenas uma produção, com exceção de 2010, no qual não houve nenhuma produção. Com relação à distribuição geográfica, dois dos estudos tomaram como objeto de análise o País. A Região do País com mais publicações foi a Sudeste com seis publicações; seguidas da Região Sul com três, Centro-Oeste com duas e Nordeste com uma.

No que diz respeito ao recorte do estudo, quatro produções analisaram ICSAB em um município; os segundos recortes mais utilizados (com três publicações cada um) foram a análise de um estado, e um artigo com recorte grupo de municípios. As ICSAB ainda foram analisadas a partir de Regionais de Saúde e no âmbito hospitalar.

Em relação às variáveis testadas, a correlação de ICSAB e cobertura de eSF aparece em todas as publicações, e em seis trabalhos é a única variável testada de correlação. Dos 14 artigos, em oito há forte correlação negativa, ou seja, conforme aumenta a cobertura de eSF, diminui as ICSAB. Abaixo apresenta-se quadro com as demais variáveis¹⁸ que apareceram nessa revisão, sistematizadas em “categorias” e definidas com ou sem correlação com o desfecho ICSAB.

Quadro 14 – Variáveis conforme Correlação ou não com ICSAB

Com Correlação	Sem Correlação	
Taxa de urbanização	Porte populacional	Médicos (por mil/hab)
Índices de Desenvolvimento Humanos	Densidade demográfica	Equipamentos diagnósticos
Investimentos em Saúde	Região Metropolitana	Sexo
Faixa etária (Crianças e Idosos)	Macrorregião	Estado Civil
Leitos Hospitalares	Distância da capital	Habitação / Densidade nos domicílios
Plano privado	Taxa de pobreza	Saneamento
Taxa de Analfabetismo	Renda per capita	CMI
Internações Prévias/Visitas Regulares a UBS/Controle de Saúde não realizado por equipe de saúde da família/Interação por médicos que não atuam na equipe de saúde da família ¹⁹	PIB	Cobertura pré-natal

Fonte: produzido pela pesquisadora

18 Vale destacar que algumas das variáveis apareceram em mais de uma publicação e foram classificadas como “com correlação” se em, pelo menos, um dos estudos apresentaram correlação.

19 As variáveis desse grupo são coletadas a partir de dados primários, extrapolando o limite metodológico desse estudo, que se debruça apenas em dados secundários.

Percebe-se que variáveis socioeconômicas apresentam correlação com o desfecho de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica na literatura. Isso reforça a necessidade de reconhecer as desigualdades sociais e os processos que as produzem, tanto nos aspectos macrossociais como de perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais, a fim de que seja possível buscar formas de enfrentamento sejam elas no âmbito das políticas públicas, sejam elas no âmbito da vida cotidiana (Barata, 2009).

Para além das variáveis socioeconômicas, outros estudos de associação com o desfecho ICSAB englobaram aspectos demográficos, a exemplo do porte populacional do município, e de estrutura dos serviços de saúde, como por exemplo a disponibilidade de leitos hospitalares e médicos por mil/habitantes. Em que pese a relevância do indicador, há que se considerar uma evidência importante constatada na literatura: os diferentes modos de produzir e tratar a saúde nos contextos locais interferem no desfecho das internações. A literatura apresenta uma diversidade de fatores associados, em certos contextos territoriais e temporais, com o uso do leito hospitalar como procedimento tecnológico para assistir pessoas portadoras de doenças que estão no rol daquelas consideradas sensíveis à atenção básica. A primeira conclusão que essa aproximação empírica permite construir é de que, em certas condições, a complexidade das condições locais (sanitárias, sociais, econômicas, demográficas ...) parece produzir facilidades e dificuldades para o seguimento das condições sensíveis na atenção básica que afetam de forma distinta as condições de organização do sistema local de saúde.

Do conjunto de fatores registrado na literatura pesquisada, ressalta-se que apesar do critério de inclusão para análise estatística envolver fatores que apresentaram correlação nos estudos analisados, as condições: a) Internações Prévias/Visitas Regulares à UBS; b) Controle de Saúde não realizado por equipe de saúde da família; c) Internação por médicos que não atuam na equipe de saúde da família foram excluídas da análise por não serem dados públicos disponibilizados, ou seja, dados secundários, os quais este estudo tomou como objeto de trabalho.

Enfatiza-se também que se optou por não incluir na análise a variável “Investimento em Saúde”, uma vez que entende-se que para qualificar essa informação é necessário, além de dados de repasse de recursos financeiros da União e do Estado, ter acesso a informação da execução desses recursos por município, na Atenção Básica. Estes dados

ainda não estão disponíveis publicamente em um número/quantitativo significativo para a análise estatística.

A partir desse levantamento e dos critérios de inclusão e exclusão supracitados, foram selecionadas as variáveis em correlação com o desfecho ICSAB, para serem analisadas estatisticamente, subsidiando a compreensão do Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica no contexto do Estado do Rio Grande do Sul.

5. Resultados e Discussão

No ano de 2015 o Rio Grande do Sul totalizou 27,03% de ICSAB, essa proporção é resultado de 89.887 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica *versus* 332.531 Internações por Condições Clínicas Gerais.

No ano de referência, a Meta pactuada no SISPACTO, através do Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas 2013 – 2015 e igualmente definida no Acordo de Resultados do Rio Grande do Sul foi de 26% de ICSAB.

Diante desse cenário, percebeu-se a necessidade de maior apropriação acerca do indicador, buscando outras associações para o desfecho ICSAB, uma vez que somente o aumento da Cobertura de eSF não era capaz de impactar isoladamente na redução dessas internações. No entendimento da pesquisadora, a interpretação desse indicador reivindicava, para além dos testes estatísticos, a capacidade de mobilizar outras variáveis para construir uma compreensão mais adequada da realidade da atenção básica no Rio Grande do Sul. Aqui adota-se o entendimento de que a produção de conhecimentos úteis no campo da saúde coletiva necessita superar o ciclo dado-informação e gerar um movimento de dado-inteligência institucional (FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012), uma vez que a produção de conhecimentos úteis para a implantação das políticas vigentes requer compromisso com o desenvolvimento do conhecimento e com as evidências que emergem das tensões do cotidiano local. Um primeiro movimento, para tanto, foi mobilizar outros recursos da área da bioestatística para retirar uma compreensão mais ampliada do indicador.

Essa seção se debruçará sobre os resultados de Correlação de Spearman, testados a partir das variáveis selecionadas com base na literatura, que em estudos anteriores apresentaram correlação com o desfecho ICSAB, buscando refletir sobre os achados quantitativos, mas para além disso, problematizar o revezamento entre teoria e prática, uma vez que 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, nos distintos municípios do RS. A expressão “revezamentos entre teoria e prática” vem de uma construção epistemológica que não há somente relações de

aplicação entre teoria e prática, mas que as relações são de revezamento, onde a prática pode renovar conhecimentos (produzindo novas teorias), quando a teoria esgota sua capacidade de explicar e traduzir de forma suficiente a realidade (FOUCAULT, 1989).

Para a realização da Correlação de Spearman, tomou-se como objeto principal o Indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica, foram testadas as correlações com as seguintes variáveis: a) População Estimada 2008 e 2015; b) IDH-M 2010; c) Cobertura de eSF de 2008 a 2015; d) Leitos 2008 e 2015; e) Leitos SUS 2008 e 2015; f) População menos de quatro anos 2008 e 2015; g) População Idosa 2008 e 2015; h) Analfabetismo 2010; i) Proporção de população com plano de saúde 2008 e 2015 e, j) População Rural 2010, conforme quadro abaixo, que apresenta também os N, Mínimo, Máximo, Média e Erro Padrão de cada Variável testada.

Quadro 15 – Apresentação das Variáveis testadas, considerando número de municípios, Mínimo, Máximo, Média e Erro Padrão

Variáveis	Número de municípios	Mínimo	Máximo	Média	
	Estatística	Estatística	Estatística	Estatística	Erro Padrão
Pop. Estimada 2008	496	1233	1440120	21989.85	3470,527
Pop. Estimada 2015	495	1292	1476866	22690.47	3588,183
IDH-M 2010	496	0.59	0.81	0.7139	0.00186
ICSAB 2008	496	8.7	69.76	31.6118	0.41219
ICSAB 2009	496	8.33	60	30.0130	0.43515
ICSAB 2010	496	8.7	61.05	29.6034	0.41265
ICSAB 2011	496	6.45	57.99	27.8844	0.41181
ICSAB 2012	496	6.67	60.39	27.3779	0.41632
ICSAB 2013	496	6.25	57.17	26.6891	0.41134
ICSAB 2014	496	6	54.82	26.8357	0.39180
ICSAB 2015	496	4.76	58.9	26.0394	0.37822
Cob. ESF 2008	496	0,00%	100,00%	66.1473	1.77656
Cob. ESF 2009	496	0,00%	100,00%	66.4216	1.76179
Cob. ESF 2010	496	0,00%	100,00%	67.1008	1.75234
Cob. ESF 2011	496	0,00%	100,00%	68.6797	1.73982
Cob. ESF 2012	496	0,00%	100,00%	70.5850	1.70203
Cob. ESF 2013	496	0,00%	100,00%	71.8265	1.65060
Cob. ESF 2014	496	0,00%	100,00%	79.5840	1.38845
Cob. ESF 2015	496	0,00%	100,00%	81.5037	1.29674
Leitos 2008	496	0	7201	61.43	15,264
Leitos SUS 2008	276	0	4846	77.37	18,209
Leitos 2015	278	0	7176	112.51	27,052
Leitos SUS 2015	278	0	4532	78.47	17,116
Pop. < quatro anos 2008	496	3%	12%	0.0648	0.00050
Pop. < quatro anos 2015	496	0,1%	10%	0.0541	0.00067
Pop. Idosa 2008	496	7%	27%	0.1451	0.00138
Pop. Idosa 2015	496	9%	42%	0.1879	0.00202
Analfabetismo 2010	496	0.9	19.1	6558	0.1497

Prop. Plano de saúde 2008	290	0	69%	0.0880	0.00704
Prop. Plano de saúde 2015	290	0	64%	0.1071	0.00687
Pop. Rural 2010	496	0	94%	0.4446	0.0113

Fonte: produzido pela pesquisadora

O quadro anterior, apresenta com a variável “N” o número de municípios que registraram dados nas variáveis analisadas. Em seguida, apresenta os valores mínimos e máximos encontrados em cada variável, após apresentando a média e o erro padrão.

Ao encontro das variáveis selecionadas para verificar correlação com o desfecho ICSAB no âmbito do contexto dos municípios do RS, Elias & Magajewisk (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 quanto baseados em evidências científicas.

Diante do exposto, o próximo quadro resume e sistematiza as variáveis testadas, apresentando o resultado da análise de Correlação de SPEARMAN, indicando os valores r e P. O P de todas as correlações encontradas no estudo foi fraca, o que quer dizer que a variável sozinha não explica o fenômeno estudado.

Quadro 16 – Análise de Correlação de SPEARMAN, com valores R e p.

Variáveis	ICSAB ²⁰	
	r	P
Cob. ESF 2008	-0,01	0,832
Cob. ESF 2009	-0,023	0,616
Cob. ESF 2010	0,02	0,662
Cob. ESF 2011	-0,036	0,424
Cob. ESF 2012	-0,051	0,254
Cob. ESF 2013	-0,027	0,545
Cob. ESF 2014	0,004	0,926
Cob. ESF 2015	0,07	0,117
Leitos 2008	0,14	0,002
Leitos 2015	-0,002	0,977
Leitos SUS 2008	-0,074	0,217

²⁰ O ano de referência do ICSAB é sempre o mesmo da Variável analisada na Correlação.

Leitos SUS 2015	0,004	0,946
Pop. < quatro anos 2008	0,145	0,001
Pop. < quatro anos 2015	0,106	0,019
Pop. Idosa 2008	-0,055	0,219
Pop. Idosa 2015	-0,066	0,14
Pop. Rural 2010	-0,036	0,419
Analfabetismo 2010	0,159	0,001
IDH-M 2010	-0,13	0,004
Prop. plano de saúde 2008	-0,182	0,002
Prop. plano de saúde 2015	-0,199	0,001
Pop. Estimada 2008	0,062	0,168
	0,016	0,72
Pop. Estimada 2015		

Fonte: produzido pela pesquisadora

Ao se testar a correlação de cobertura de Saúde da Família com ICSAB, em nenhum período houve associação estatisticamente significativa: 2008 ($p=0.832$), 2009 ($p=0.616$), 2010 ($p=0.662$), 2011 ($p=0.424$), 2012 ($p=0.254$), 2013 ($p=0.545$), 2014 ($p=0.926$) e 2015 ($p=0.117$); o que significa não ser possível afirmar genericamente que, no caso do Sistema Único de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 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 da 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 ($p=0.004$ e $p<0.001$ respectivamente), evidenciando que altas taxas de

ICSAB podem identificar populações mais vulneráveis. Assim, é possível afirmar que quanto menor o IDH de um município, maior a proporção de internações por condições sensíveis à AB. A correlação foi significativa ($p=0.004$) demonstrando que há uma relação inversa entre o IDH e a quantidade de internações.

Nedel (2008) 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 ($p=0.002$) encontrada entre ICSAB e Quantidade de Leitos, na qual quanto maior o número 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, entendendo 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 esfera 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 pequenos, “com a baixa complexidade do sistema de saúde e do pagamento por internações realizadas, evidenciando a necessidade de os hospitais utilizarem sua máxima capacidade 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).

Sobre a correlação inversa encontrada entre ICSAB e proporção de pessoas com

planos de saúde em 2008 ($p=0,002$) e 2015 ($p=0,001$) - na qual quanto menor a proporção de pessoas com planos de saúde, maior a proporção de ICSAB - possivelmente esteja associado ao fato de que internações por planos de saúde, não entram na base de dados do SIH. Ou seja, o ICSAB contempla apenas internações faturadas pelo SUS (públicas e/ou particulares conveniadas). Assim, baixas proporções de ICSAB podem estar relacionadas ao maior acesso à planos de saúde do que à efetividade da AB.

Nessa perspectiva, Alfradique et al. (2009) alertam sobre a necessidade de avaliar as taxas ajustadas também por cobertura de planos de saúde e regiões, uma vez essa realidade pode interferir em menor utilização da rede hospitalar pública e, dessa forma, detecção de menores taxas de ICSAP, já que essas são mensuradas nos bancos de informações do SUS. Essa inferência, explicaria em certa medida o cenário da Macrorregião Serra, apresentado nos capítulos anteriores que concentra a menor cobertura de AB e também a menor proporção de ICSAB, podendo ser um limitador desse trabalho, uma vez que as taxas não foram ajustadas. Dentro do cenário de acesso à planos privados, a Macrorregião Serra é a que tem maior percentual de população com planos de saúde, em 2015 representava 24%, enquanto a segunda média mais alta foi de 12% na Macrorregião Metropolitana e a média do RS foi de 9%.

6. Considerações

A pesquisa que orienta a dissertação teve como objetivo analisar o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB) nos Municípios e regiões do Estado do Rio Grande do Sul no período de 2008 a 2015, partindo da premissa presente em parte significativa da literatura, problematizando a capacidade desse indicador, sozinho, avaliar a resolutividade da atenção básica.

Trata-se de indicador utilizado pela gestão estadual e com grande reconhecimento na literatura. Para alcançar tal objetivo, foram desencadeados procedimentos operacionais que, inicialmente, tiveram como finalidade descrever o comportamento do Indicador de ICSAB no Estado do Rio Grande do Sul em de 2008 a 2015, nas 30 Regiões de Saúde, correlacionando-o com a evolução de Cobertura de Saúde da Família. Como a associação entre ambas as variáveis não teve comportamento linear, buscou-se sistematizar, na literatura indexada no SciELO, 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 para o Estado do Rio Grande do Sul e feitos testes de correlação estatística, que permitiram identificar correlações entre alguns deles. A diversidade de estudos 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 do Rio Grande do Sul como um todo, apesar do estudo não ter identificado correlação entre ICSAB e cobertura de ESF no período analisado, ficou

demonstrado que esse indicador está correlacionado com características populacionais e sociodemográficas que, por sua vez, compõem âmbitos de atuação da atenção básica. Dada a diversidade de condições existentes no território gaúcho, ao contrário do que afirmar que as ações decorrentes dessa constatação não requerem a ampliação e qualificação da atenção básica, é possível, com base na literatura e na análise estratificada do comportamento dos indicadores no território de municípios e regiões, afirmar que esse é o âmbito da atenção que deve estar na prioridade dos investimentos. 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 da atenção básica em contextos de complexidade, como é o caso do Estado do Rio Grande do Sul. A construção conceitual das funções de monitoramento e avaliação, nesta dissertação, 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 no nosso caso, 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.

Conforme Batista (2012) aponta, outros estudos são necessários para estabelecer o impacto de serviços de APS/ESF nas taxas de internação por ICSAB no RS, 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 ressurge o conceito de indicador como dispositivo para colocar a gestão em movimento (FERLA; CECCIM; DALL ALBA, 2012).

O ICSAB analisa desfecho e o contexto da organização do sistema de saúde no RS parece indicar a necessidade de um olhar mais particular para os processos de trabalho. O perfil de municípios de pequeno porte, a influência cultural das correntes migratórias, o perfil demográfico e epidemiológico da população e as características da rede de serviços parecem indicar, considerando o fato de que o ICSAB no RS é menor do que os demais estados da Região Sul, parece sugestivo de um contexto de grande complexidade, onde as explicações para os desfechos são diversas.

Os dados apresentados na série histórica desse estudo permitem verificar tendências. No caso de internações por causas sensíveis, há uma tendência não linear de decréscimo ao longo do tempo e de grandes diferenças regionais. De forma geral, para a realidade analisada do Rio Grande do Sul, as variações de percentual de internações por causas sensíveis à atenção básica parecem indicar linhas de força que se combinam em cada contexto.

A expressão “linha de força” é utilizada aqui no sentido de uma força vetorial que incide sobre o contexto e que, em certas circunstâncias, têm expressão visível e mensurável e, em outras, apenas a capacidade de produzir certas tendências no contexto, que se expressam de forma híbrida com outras linhas de força. Inicialmente, a análise parece demonstrar a existência de duas linhas de forças principais:

- Uma linha de força de redução das internações por causas sensíveis à atenção básica associada à ampliação da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família. Essa linha se articula com cenários de acesso universal da população e sem restrições significativas, mobilizando recursos diagnósticos e terapêuticos adequados de forma resolutiva e com mecanismos de regulação que facilitem o acesso aos demais serviços necessários nos casos que demandem mais

sofisticação tecnológica. No caso da Região da Serra, particularmente, essa linha de força se expressa também pela alta taxa de cobertura de planos e seguros privados de saúde, com a absorção de internações de menor densidade tecnológica pela rede hospitalar conveniada, que não gera registros no Sistema de Informações Hospitalares. O predomínio dessa linha de força num contexto territorial pressiona as internações por causas sensíveis à diminuição.

- Uma linha de força de ampliação das internações por causas sensíveis à atenção básica associada à ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, associada à ampliação recente da cobertura e ao ingresso no sistema público de populações anteriormente excluídas, à localidades com organização da atenção básica ainda não completamente implantada, à pressão da oferta em localidades com existência de capacidade de leitos ociosa e com baixa densidade tecnológica, à territórios e áreas assistenciais com dificuldade de organização de redes de atenção e à combinação de fatores socioeconômicos que dificultam o acesso a bens e serviços. Essa linha de força é preponderante nos territórios onde se verificam de forma recente e aguda a ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, onde é recente a implantação de redes de atenção resolutive e/ou há piora nos fatores que incidem sobre os níveis de saúde da população para as condições que se está analisando. O predomínio desse vetor pressiona as internações por causas sensíveis ao aumento.

As linhas de força estão combinadas na maior parte do território do Rio Grande do Sul, com resultados diversos quando analisados recortes regionais e microrregionais. Diferentes fatores culturais, sociais e de características do sistema de saúde concorrem para explicar a expressão visível dessas linhas de força 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. Em relação à questão da cultura, importante compreender que o imaginário tecnoassistencial vigente ainda é centrado no hospital e que os mecanismos de regulação do acesso existentes não operam na dimensão micropolítica. Essa questão está presente na relação entre o SUS e a Saúde Suplementar, onde os trajetos assistenciais dos

usuários, com frequência estabelecem mix entre o público e o privado para satisfazer suas expectativas de consumo de procedimentos (FERLA & et al, 2015). Também no que se refere às internações por causas sensíveis o mix público e privado parece ser relevante para explicar os resultados encontrados em algumas regiões do Estado.

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 pela ESF e as demais variáveis pode decorrer da baixa capacidade dos registros de retratar a realidade sanitária.

O indicador ICSAB cumpre seu objetivo de tornar comparável de forma sintética a situação da Atenção Básica nas diversas possibilidades de recortes: municípios, estados, regiões, países. Contudo, as variáveis que interferem nesse desfecho são diversas, operando de maneiras diferentes em cada contexto e necessitando de maior aprofundamento, tanto no sentido de perceber seu comportamento e perfil, mas principalmente para de subsídio de políticas e ações que atuam efetivamente no comportamento desse indicador, que só ocorrerá de fato, quando esse dado servir como dispositivo inicial para entender processos complexos e locais que ocorrerão através de processos de educação permanente.

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 mais 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 fim de responder o que faz municípios com menos de 10 mil habitantes, ambos com 100% de cobertura de ESF, terem o desfecho ICSAB tão distinto, fazendo um registrar 58,9% e o outro 4,76%, por exemplo. A oscilação do indicador sem construções explicativas locais demonstra também déficits no sistema de apoio técnico descentralizado para fortalecer a

capacidade de gestão local, por parte da gestão supramunicipal e, mesmo, municipal quando consideradas as Equipes de Saúde da Família.

Para tornar mais eficiente a capacidade do indicador proporção de ICSAB para monitorar a atenção básica, parece oportuno formular esse indicador também com base na área de abrangência de cada Equipe de Saúde da Família, de tal forma que a população atendida seja, de fato, acompanhada pela Estratégia no seu percurso assistencial. Embora tecnologicamente difícil, o uso do ICSAB pelas Equipes de Saúde da Família para acompanhamento da população atendida permitiria avanços na organização e na qualidade da atenção básica, incluindo eventuais distorções no acesso à atenção especializada e, em especial, aos leitos hospitalares. As ICSAB representam, nesse caso, um desfecho para a atenção básica e um desafio de regulação para a gestão local. Sendo acompanhadas pelas Equipes, permitiriam a pactuação de fluxos regulatórios adequados à qualificação da própria atenção básica e às redes de atenção.

De toda forma, o estudo parece apontar que a *indicação* de variáveis relacionadas à resolutividade assistencial em um contexto concreto e diverso como o Rio Grande do Sul é tarefa demasiado 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 melhor leitura do contexto da atenção básica não será dada pelo modelo matemático que opera na análise, mas a combinação da capacidade explicativa desse recurso com os demais em redes de produção de inteligência para a gestão, que devolvem ao conhecimento produzido parte da complexidade da realidade que pretende retratar. Os indicadores, nesse caso, fazem a indicação de questões que precisam ser consideradas no monitoramento e na avaliação, e podem, portanto, operar como dispositivos de aprendizagem, que produzem arranjos cognitivos, organizativos e políticos, também no âmbito local.

No caso da gestão estadual do Rio Grande do Sul, para o fortalecimento da atenção básica e para avanços na implementação do SUS, o ICSAB é indicador importante, sobretudo se gerar ações de reconhecimento de variáveis que interferem e das linhas de força que o constituem em cada território, seja a cobertura de Saúde da Família e/ou outros modos de organização efetiva da atenção básica, seja de outras variáveis que são importantes para indicar os modos de produção de saúde das populações. O que parece

ser fundamental é que a leitura dos indicadores não seja feita com a tecnologização da construção explicativa, mas com a politização dos processos de interpretação.

Parece oportuno que sejam associados outros indicadores de processo, e em particular indicadores socio-demográficos que descrevem as iniquidades distribuídas nos diferentes territórios, que ainda são grandes e, em tempos de intolerâncias (étnicas, raciais, religiosas, políticas, culturais, de gênero, etc), podem se agravar. Pensar numa *cultura de avaliação* e em *processos de educação permanente*, com base na *indicação* produzida por estratégias de leitura da realidade, faz sentido se estiverem constituídas com o desenho institucional do Sistema Único de Saúde.

Aqui, a construção ético-política se encontra bem com os resultados da pesquisa: o fortalecimento da atenção básica com afirmação de modelagens tecnoassistenciais voltadas para a produção da integralidade em territórios vivos e vividos é uma estratégia importante para fazer o limite que a ação setorial de saúde pode no seu interior: garantir acesso com qualidade e com custos adequados, sobretudo quando se refere à atenção especializada (de maior densidade tecnológica e maior custo) à população, de forma a corrigir iniquidades e apontar fragilidades nos demais âmbitos das políticas sociais.

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, 25(6):1337-1349, jun, 2009.

Barata, R.B. **Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde.** / Rita Barradas Barata. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p.

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.

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.

Brasil. 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.

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.

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

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.

Ceccim, R.B.; Ferla. A.A. Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como Travessia de Fronteiras. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde** [online]. 2008, vol.6, n.3, pp.443-456.

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, ZMA., org. Rio de

Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

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.

Dias-da-Costa, J.S.; Büttgenbender, 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 & Inovação em Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 2, aug. 2012. ISSN 1981-6278.

Ferla, A.A.; Trepte, R.F.; Possa, L.B.; Schweickardt, J.C.; Lima, R.T.S.; Plentz, L.M.. A interface entre os subsistemas privado e público de saúde na política de saúde mental: a construção de linhas de cuidado. In: Lozer, AC.; Godoy, CVC.; Coelho, KSC; Leles, FAG. (Orgs.). **Conhecimento técnico-científico para qualificação da Saúde Suplementar**. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro, RJ; ANS, 2015. Pág. 85-97.

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.

Freire, P. **Ação cultural para a liberdade**. 5ª ed., Rio de Janeiro, Paz e Terra. 1981. Disponível em: <forumeja.org.br/files/Acao_Cultural_para_a_Liberdade.pdf>.

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

Luz, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.2, p.304-311, 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.

Meneghel, S., Barnart, F.. Algumas reflexões acerca do ódio dirigido às mulheres através da figura da Presidenta Dilma Rousseff – uma síntese do Seminário Internacional Rotas Críticas VII. 2016. Disponível em: <<http://www.sul21.com.br/jornal/lcclcklsd/>>.

Menicucci, T.M.G . Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política 1. **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.72-87, maio-ago 2006.

Minayo, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo, MCS; Deslandes, SF; Cruz Neto, O; Gomes, R. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2002. Pág. 9-30.

Ministério da Saúde. **Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008**. Institui a Lista Brasileira de Classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>

Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1044/GM em 1º de junho de 2004**. Instituir a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte, utilizando um modelo de organização e financiamento que estimule a inserção desses Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde, agregando resolutividade e qualidade às ações definidas para o seu nível de complexidade. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1044_ac.htm>

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: <conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 154 p.: il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 1).

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, vol.42 no.6 São Paulo Dec. 2008

Organização Pan-Americana da Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Organização Pan-Americana da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília, 2011, 137p.

Paiva, C.H.A.; Teixeira, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, vol.21 no.1 Rio de Janeiro jan./mar. 2014.

Pazó, R.G.; Frauches, D.de.O.; Maria, del. C.B.M.; Cade, N.V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, n.9, pp.1891-1902

Pestana M.; Mendes E.V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. **Acordo de Resultados**. Disponível em <http://www.rs.gov.br/conteudo/217080/acordo-de-resultados-2015-define-acoes-prioritarias-do-governo-do-estado>; <http://www.rs.gov.br/conteudo/218837/saude>, acessado em 17/06/2016.

Santos, F.C. **Internações por condições sensíveis À Atenção Primária: Uma revisão da produção indexada na Biblioteca virtual em Saúde, 2005-2014**. (Trabalho De Conclusão De Curso). Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, 2015.

Santos, L.A.; Oliveira, V.B.de.; Caldeira, A.P. Caldeira AP et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2016.

Serapioni M., Lopes, C.M.N., Silva, M.G.C. Avaliação em Saúde. In: Rouquayrol, M.Z., Silva, M.G.C.da. **Epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

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

Vieira, S. **Introdução à bioestatística**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 345p.

Anexo I – Quadro com a explicação do Indicador: Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica – ICSAB

Fonte: Caderno de Diretrizes, Objetivos e Metas: 2013 - 2015

Tipo de Indicador	Universal																																				
Diretriz Nacional	Diretriz 1 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção especializada.																																				
Objetivo Nacional	Objetivo 1.1 Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica.																																				
Meta	Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.																																				
Indicador	Indicador 2 - Proporção de Internações por condições sensíveis à Atenção Básica (icsab)																																				
Relevância do Indicador	Desenvolver capacidade de resolução da Atenção Primária ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias enfatizando problemas de saúde que necessitam de melhor prosseguimento e de melhor organização entre os níveis assistenciais																																				
Método de Cálculo	Método de cálculo municipal, regional, estadual e DF $\frac{\text{Nº de Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período.}}{\text{Total de internações clínicas, em determinado local e período}} \times 100$																																				
Fonte	<p>Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) Critério de Seleção: Tabulação dos dados por município de residência do usuário - Tipo de AIH = Normal; Complexidade do procedimento = Média complexidade; Motivo Saída/Permanência = Alta curado, Alta melhorado, Alta a pedido, Alta com previsão de retorno p/acompanhante do paciente, Alta por evasão, Alta por outros motivos, Transferência para internação domiciliar, Óbito com DO fornecida pelo médico assistente, Óbito com DO fornecida pelo IML, Óbito com DO fornecida pelo SVC, Alta da mãe/puérpera e do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera e óbito do recém-nascido, Alta da mãe/puérpera com óbito fetal, Óbito da gestante e do conceito, Óbito da mãe/puérpera e alta do recém-nascido, Óbito da mãe/puérpera e permanência do recém-nascido. Internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, conforme lista a seguir:</p> <p>Lista CID-10 das Condições Sensíveis à Atenção Básica</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Condições Sensíveis</th> <th>Lista dos CID-10 (todos do intervalo especificado)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP</td> <td>A15.0-A19.9, A33.0-A37.9; A50.0-A53.9, A95.0-A96.9, 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</td> </tr> <tr> <td>2. Gastroenterites infecciosas e complicações</td> <td>A00.0-A09.9; E86.0-E86.9</td> </tr> <tr> <td>3. Anemia</td> <td>D50.0-D50.9</td> </tr> <tr> <td>4. Deficiências nutricionais</td> <td>E40-E46.9, E50.0-E64.9</td> </tr> <tr> <td>5. Infecções de ouvido, nariz e garganta</td> <td>H66.0-H66.9, J00, J01.0-J09.9, J06.0-J06.9, J31.0-J31.9</td> </tr> <tr> <td>6. Pneumonias bacterianas</td> <td>J13, J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1</td> </tr> <tr> <td>7. Asma</td> <td>J45.0-J45.9</td> </tr> <tr> <td>8. Bronquites</td> <td>J20.0-J21.9, J40-J42</td> </tr> <tr> <td>9. Hipertensão</td> <td>I10, I11.0-I11.9</td> </tr> <tr> <td>10. Angina</td> <td>I20.0-I20.9</td> </tr> <tr> <td>11. Insuficiência cardíaca</td> <td>I50.0-I50.9</td> </tr> <tr> <td>12. Diabetes mellitus</td> <td>E10.0-E14.9</td> </tr> <tr> <td>13. Epilepsias</td> <td>G40.0-G40.9</td> </tr> <tr> <td>14. Infecção no rim e trato urinário</td> <td>N30.0-N30.9, N34.0-N34.3, N39.0</td> </tr> <tr> <td>15. Infecção da pele e tecido subcutâneo</td> <td>A46, L01.0-L04.9, L08.0-L08.9</td> </tr> <tr> <td>16. Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos</td> <td>N70.0-N73.9, N75.0-N76.8</td> </tr> <tr> <td>17. Síndrome da Rubéola Congênita</td> <td>P35.0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Observação: o rol de causas das internações sensíveis à Atenção Básica desse indicador embora baseado, não é idêntico à Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada pela Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008.</p> <p>Códigos dos procedimentos da Tabela de Procedimentos Unificada do SIA e SIH das internações clínicas</p> <p>1- Os códigos de procedimentos usados para selecionar as internações clínicas usadas como denominador da proporção média de internações sensíveis à Atenção Básica, de residentes dos municípios de referência, são todos aqueles válidos para o período selecionado e incluídos nos intervalos de códigos a seguir, classificados como de média complexidade.</p> <p>Procedimentos obstétricos clínicos: Do código 03031.00010 ao 03031.09999</p> <p>Tratamentos clínicos: Do código 03030.10010 ao 03030.99999, do código 03031.10010 ao 03031.69999, do código 03031.80010 ao 03030.29999, do código 03060.20010 ao 03060.29999, do código 03080.10010 ao 03090.69999</p> <p>Diagnósticos e/ou atendimentos de Urgência: Do código 0301.060010 ao 0301.069999</p>	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-A96.9, 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-J09.9, 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
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-A96.9, 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-J09.9, 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																																				
Periodicidade dos dados para monitoramento e avaliação	Anual																																				
Responsabilidade da União para o alcance da meta	Monitorar as internações por causas sensíveis à Atenção Básica e apoiar ações para melhoria da produtividade da Atenção Básica de modo a prevenir essas hospitalizações																																				
Responsável pelo Monitoramento no Ministério da Saúde	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMA.S) Secretaria-Executiva (SE/MS) E-mail:idsus@saude.gov.br Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS)																																				

Apêndice I - Quadro com Variáveis Testadas e Resultados de Correlação por Produção:

Título	Principais Variáveis Testadas	Resultado de Correlação
Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil	eSF	Sim
Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos	porte populacional	Não
	pertencimento à região metropolitana	Sim
	macrorregião de saúde	Não
	distância da capital	Não
	Índice de Condições de Vida e Saúde	Menores txs em mais pobres (SF equanime)
	eSF	Não
Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011*	eSF	Sim
	Investimento Financeiro	Sim
Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil	Menor de dois anos	Sim
	eSF	Não
Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009	eSF	Sim
Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil	IDH -M	Sim
	POP. 60 anos ou Mais;	Não
	eSF	Sim
	Médicos por mil hab,	Não
	leitos	Não
	Equipamentos diagnósticos.;	Não
	Proporção plano privado	Não
Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico	eSF	38,4% estados com correlação; 42,3 % sem correlação
Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto alegre, rs, Brasil	Investimento Financeiro	Sim
	eSF	Sim
Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família	idade	Idoso Sim
	Sexo,	Não
	estado civil,	Não
	Baixa escolaridade	Sim
	condições de habitação	Não
	internações prévias	Sim
	visitas regulares a unidades de saúde	Sim
	controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família	Sim
	internação solicitada por médicos que não atuam na equipe de saúde da família	Sim
	Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família	eSF

Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais*	eSF	Sim
Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS)	escolaridade	Não
	eSF	Não
	internação previa	Não
Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil	Porte populacional;	Não
	Faixa etária, sexo,	Não
	Densidade demográfica (habitantes/km ²);	Não
	Taxa de urbanização (%)	Sim
	Taxa de analfabetismo (%)	Sim
	Proporção de pardos e negros (%)	Sim
	Densidade nos domicílios (%)	Não
	Renda mensal familiar per capita (R\$)	Não
	Taxa de pobreza (%)	Não
	Proporção de crianças em domicílio com responsável/cônjuge não alfabetizado (%)	Não
	Domicílios com abastecimento de água (%)	Não
	Domicílios com esgotamento sanitário (%)	Não
	Produto Interno Bruto per capita (R\$)	Não
	Índice de Gini (0 a 1)	Não
	IDH-M (0 a 1)	Não
	IFDM (0 a 1)	Não
	Cobertura da ESF e do PACS (%)	Não
	Cobertura de planos de saúde (%)	Não
	Número de médicos (1.000 habitantes)	Não
	Cobertura de planos de saúde (%)	Sim
Leitos hospitalares SUS (1.000 habitantes)	Sim	
CMI (óbitos por 1.000 nascidos vivos)	Não	
Cobertura de consultas de pré-natal (%)	Não	
Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007	eSF	Não

Fonte: produzido pela pesquisadora