

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Eliane de Andrade Vasconcellos Faza

**Avaliação de Internações por Condições Sensíveis a
Atenção Primária numa região de saúde**

Juiz de Fora
2021

Eliane de Andrade Vasconcellos Faza

**Avaliação de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária numa
região de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah

Juiz de Fora

2021

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Faza, Eliane de Andrade Vasconcellos .

Avaliação de internações por condições sensíveis a atenção primária numa região de saúde / Eliane de Andrade Vasconcellos Faza. -- 2021.

119 f. : il.

Orientador: Luiz Cláudio Ribeiro

Coorientadora: Beatriz Francisco Farah

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2021.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. 3. Saúde da Família. 4. Qualidade da assistência à saúde. I. Ribeiro, Luiz Cláudio, orient. II. Farah, Beatriz Francisco, coorient. III. Título.

Eliane de Andrade Vasconcellos Faza

Avaliação de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária numa Região de Saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.
Área de concentração: Saúde Coletiva

Aprovada em 13 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Luiz Cláudio Ribeiro – Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora


Profa. Dra. Beatriz Francisco Farah – Coorientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora


Profa. Dra. Maria Aparecida Martins Baêta Quimaraes
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora


Profa. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos
Universidade Federal de Juiz de Fora

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar com sabedoria e resiliência para continuar lutando por tudo aquilo que acredito.

À minha amada filha Lara, por mesmo tão pequena, entender todas as minhas ausências, e dar sentido a todas as lutas e sonhos.

Daniel, meu companheiro, meu amigo, meu maior incentivador. Compartilhou comigo todas as emoções, medos e vitórias de encarar esse desafio, sem você eu não teria acreditado que seria capaz. Obrigada meu amor!

À minha família em especial aos meus pais, base de tudo e para tudo. Mãe, obrigada por sempre acreditar em mim, sei que muitas das vezes abrindo mão dos seus sonhos para acreditar nos meus... Pai, obrigada por ser meu grande exemplo de perseverança e honestidade. Aos meus irmãos que sempre me incentivaram e torceram por mim...

Ao meu orientador Luiz Cláudio por ter acreditado no meu estudo, e ter me ajudado com seus ensinamentos, apoio e tranquilidade na condução de todo o percurso.

À minha coorientadora Beatriz, por todas as suas contribuições no desafiador processo de construção desta dissertação, e por todos os ensinamentos compartilhados que fez com que eu me tornasse uma profissional mais qualificada e apaixonada ainda mais pelo SUS.

Agradeço aos participantes da pesquisa, os profissionais da Atenção Básica, que com suas vivências e experiências profissionais contribuíram gentilmente com este estudo.

Obrigada às Secretarias Municipais de Saúde da Região Centro Sul Fluminense, do Estado do Rio de Janeiro que contribuíram com o desenvolvimento do estudo possibilitando que a pesquisa fosse realizada na região.

Agradeço a cada pessoa que fez parte da minha caminhada na Saúde Pública, toda vivência, todo aprendizado compartilhado.

A todos os trabalhadores dos serviços de saúde dos municípios de Levy Gasparian e Três Rios com quem pude trabalhar e construir conhecimentos sobre uma atuação pautada em ações sensíveis junto aos usuários, seguindo e defendendo os princípios do SUS.

Aos professores do mestrado, obrigada por todo ensinamento e contribuição, não só na minha vida acadêmica, mas principalmente na minha rotina diária de trabalhadora e defensora do SUS.

Aos meus companheiros de turma do mestrado, obrigada pelo aprendizado e tantas trocas nos debates em salas de aula, nos cafés e nas rodas de conversa, em especial a Fernanda e a Gisele, que me acolheram e se tornaram amigas, me apoiando em todos os momentos. Sem vocês esse caminho teria sido mais difícil. E você Fernanda, foi fundamental para que eu chegasse até aqui, não me deixou desistir e me ajudou até aqui...

Aos meus amigos do Serviço de Atenção Domiciliar de Três Rios, que tiveram ao meu lado todo esse tempo, incentivando meu estudo, entendendo minhas ausências e sendo leais e dedicados a tudo que sempre acreditamos... Em especial as minhas amigas Tirlle, Isabela, Neide e Olga que foram verdadeiras parceiras de caminhada.

A todos os profissionais do NATES, pelo acolhimento e auxílio nessa caminhada, em especial a Elisangela, pela paciência, carinho e presteza.

E a todos os meus amigos pelas palavras de incentivo e apoio, associar trabalho e mestrado não é uma tarefa fácil, mas o carinho e a amizade traziam leveza e acalento a minha vida.

Muito obrigada a cada um de vocês!!!

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, sendo a responsável pela ordenação das ações e serviços na rede de atenção à saúde. Estudos apontam que a atenção primária é capaz de solucionar até 85% das demandas de saúde, através de ações preventivas e curativas. Nesse sentido, possui grande potencial de atuação na prevenção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). No entanto, observa-se que a Região Centro Sul Fluminense, com alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), possui as maiores taxas de ICSAP, o que contraria os achados na literatura. Objetivou-se conhecer os indicadores de cobertura e de saúde da Região Centro Sul Fluminense e dos municípios que a compõem; identificar e analisar as causas mais frequentes das ICSAP; os motivos, na perspectiva dos profissionais da ESF, das internações e os fatores que podem influenciar a efetividade da estratégia saúde da família. Pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, na qual utilizou-se dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde, tendo como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar. Referente à abordagem qualitativa, realizou-se grupos focais com profissionais das equipes de ESF dos municípios participantes. As causas mais frequentes de internações na região Centro Sul Fluminense foram as de origem cerebrovasculares, cardíacas, endócrinas, renais e respiratórias. Os achados demonstram que a descompensação do quadro crônico acarreta em internações que poderiam ser evitadas com ações de prevenção e promoção da saúde, além do acompanhamento rotineiro nas unidades de atenção primária. Foram apontadas como fatores contribuintes para altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária, o desconhecimento sobre tal indicador, a falta de acesso aos dados sobre internações, a inexistência de mecanismos eficazes de referência e contrarreferência, a falta de profissionais especialistas e com perfil para atuar na ESF, além de equipes incompletas. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de qualificação dos serviços primários tanto na esfera estratégica, quanto na executiva de forma a impactar na prevenção das ICSAP.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Saúde da Família. Qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care is considered the gateway to the health system, being responsible for the ordering of actions and services in the health care network. Studies indicate that primary care is able to solve up to 85% of health demands, through preventive and curative actions. In this sense, it has great potential to act in the prevention of hospitalizations due to conditions sensitive to primary care. However, it is observed that the Centro Sul Fluminense Region, with high coverage of the family health strategy, has the highest rates of hospitalizations for conditions sensitive to primary care, which is contrary to the findings in the literature. The objective was to get to know the coverage and health indicators of the Centro Sul Fluminense region and the municipalities that comprise it; identify and analyze the most frequent causes of Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care; the reasons, from the perspective of FHS professionals, of hospitalizations and the factors that can influence the effectiveness of the family health strategy. Research with a quantitative and qualitative approach, in which secondary data from the Information System on Hospital Admissions of the Unified Health System were used, having Hospital Admission Authorization as the basic instrument. Regarding the qualitative approach, focus groups were held with professionals from the Family Health Strategy teams in the participating municipalities. The most frequent causes of hospitalizations in the Centro Sul Fluminense region were those of cerebrovascular, cardiac, endocrine, renal and respiratory origin. The findings demonstrate that the decompensation of the chronic condition leads to hospitalizations that could be avoided with preventive and health promotion actions, in addition to routine monitoring in primary care units. Contributing factors to high rates of hospitalizations for conditions sensitive to primary care were identified, the lack of knowledge about this indicator, the lack of access to data on hospitalizations, the lack of effective mechanisms of reference and counter-referral, the lack of specialist professionals with a profile to work in the Family Health Strategy, in addition to incomplete teams. The results of this study point to the need to qualify primary services in both the strategic and executive spheres in order to impact the prevention of hospitalizations due to conditions sensitive to primary care.

Keywords: Primary Health Care. Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care. Family Health. Quality of health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	–	Localização da região Centro Sul no estado do Rio de Janeiro.....	28
Figura 2	–	Estrutura etária da população da região Centro Sul do Estado do Rio de Janeiro 2000 – 2015.....	29
Figura 3	–	Cobertura de Estratégia de Saúde da Família, por Região de Saúde Centro Sul e Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017.....	44
Quadro 1	–	Fatores que possibilitam o aumento das ICSPAP, na região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.....	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2008-2017.....	14
Tabela 2	– Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2008-2017.....	15
Tabela 3	– Centros de Saúde de Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco e Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e Nascimento, Região Centro Sul Fluminense, 2018.....	35
Tabela 4	– Rede Hospitalar da Região Centro Sul Fluminense, 2018.....	38
Tabela 5	– Recursos Físicos âmbito Hospitalar - Leitos de internação Região de Saúde Centro Sul Fluminense Rio de Janeiro, 2018.....	39
Tabela 6	– Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013.....	40
Tabela 7	– Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2017.....	41
Tabela 8	– Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, por Município da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013.....	42
Tabela 9	– Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, por Município da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2017.....	43
Tabela 10	– Suspensão parcial de recursos federais para a APS, por Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, janeiro/2017 - julho/2018.....	45
Tabela 11	– Rede de Apoio a APS na Região Centro Sul Fluminense, por questionário respondido pelas coordenações municipais de APS, 2018.....	46
Tabela 12	– Cobertura Estimada de Estratégia de Saúde da Família, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017.....	52
Tabela 13	– Cobertura Estimada de Estratégia de Saúde da Família, por Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017.....	53
Tabela 14	– Cobertura de Médicos na Estratégia de Saúde da Família, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017.....	55
Tabela 15	– Cobertura de Médicos na Estratégia de Saúde da Família, por Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017.....	55

Tabela 16	– Percentual da população Acompanhada pelos ACS, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017.....	57
Tabela 17	– Percentual da população Acompanhada pelos ACS, por Municípios da Região de Saúde CentroSul Fluminense, 2013 – 2017.....	57
Tabela 18	– Percentual das internações sensíveis à Atenção Primária da região de saúde Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017.....	59
Tabela 19	– Percentual das internações sensíveis à Atenção Primária, por municípios da região de saúde Centro Sul Fluminense, 2013 –2017.....	59
Tabela 20	– Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, por Estado, Brasil, 2013 – 2017.....	61
Tabela 21	– Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, por Região de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017.....	62
Tabela 22	– Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, por municípios da Região Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017.....	62
Tabela 23	– Lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIB/RJ	Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - Décima Revisão
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
EAB	Equipe de Atenção Básica
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LSM-HG	Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos

SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SES/RJ	Secretaria Estadual de Saúde do estado do Rio de Janeiro
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH	Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB).....	18
2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	22
2.3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NA REGIÃO CENTRO SUL FLUMINENSE.....	28
2.3.1 Região de Saúde Centro Sul Fluminense	28
2.3.2 Rede de Atenção a Saúde	30
2.3.3 Rede de Atenção a Saúde na Região Centro Sul Fluminense	35
3 OBJETIVOS	48
3.1 OBJETIVO GERAL.....	48
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4 PERCURSO METODOLÓGICO	49
4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO.....	49
4.2 PARTICIPANTES.....	49
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	50
4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	50
4.5 PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	52
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
REFERÊNCIAS	98
ANEXO I – Lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS	108
ANEXO II – Parecer Consubstanciado do CEP/UFJF	112
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
APÊNDICE II - Instrumento de pesquisa – Grupo Focal	117

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser responsável pela coordenação do cuidado e ordenação das ações e serviços disponibilizados (BRASIL, 2017).

A APS foi definida pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, possuindo como principal finalidade a integralidade na atenção à saúde. Devendo assim, se orientar pelos determinantes e condicionantes de saúde, para realizar o acolhimento, a escuta e a resolução da maior parte das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2017).

Assim, a APS deveria resolver a maior parte dos problemas de saúde, através de ações e programas de sua competência, prevenindo ou tratando algumas patologias advindas de sua comunidade adscrita, denominadas Condições Sensíveis à Atenção Primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Condições Sensíveis à Atenção Primária é uma tradução livre para o indicador de atividades hospitalares *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, trabalhado por Billings *et al.* (1993) nos Estados Unidos, como medida de efetividade da APS, que foi adaptado para as condições brasileiras e regulamentado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2008). As Internações decorrentes de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), na referida Portaria, estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

O propósito da realização de uma lista brasileira de ICSAP é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a APS no país e comparar seu desempenho, e ainda a possibilitar a institucionalização do uso de indicadores para avaliar as internações por condições sensíveis, que façam parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Esse indicador tem sido amplamente utilizado em países como Espanha, Austrália e Canadá, que possuem o seu sistema de saúde alicerçado pelos cuidados primários em saúde (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Quando ocorrem lacunas ou falhas na APS, diversos problemas podem ser detectados, entre eles a busca direta por demais níveis de atenção, populações mais vulneráveis, falhas na identificação e diagnóstico precoce ou ainda organização ineficaz dos Sistemas de Saúde, principalmente no nível primário, ocasionando um aumento nas ICSAP (PINTO JUNIOR *et al.*, 2018).

Com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pactuada em 2017, se faz ainda mais necessária a realização de avaliações e acompanhamento da Atenção Básica. Muitas manifestações contrárias e a favor do novo texto da PNAB permeiam o debate. A maior parte das críticas aponta para um enfraquecimento do modelo de Estratégia Saúde da Família (ESF), implantado no Brasil em 1994 e reconhecido mundialmente pelo seu êxito (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

O cenário a ser estudado contemplará a Região de Saúde Centro Sul Fluminense, que também é uma das regiões político-administrativas do Estado do Rio de Janeiro e corresponde a área do Vale do Paraíba, fronteira ao estado de Minas Gerais. Com uma área total de 3.222.162 km² e uma população de aproximadamente 319.351 habitantes. Integram a região os seguintes municípios: Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios e Vassouras. As cidades com as maiores concentrações populacionais são Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras (RIO DE JANEIRO, 2017).

A Região Centro Sul fluminense, cortada por ferrovias e rodovias que ligam suas cidades aos principais centros populacionais e econômicos do Brasil, Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte. Era conhecida por ser uma região cafeeira e viveu após a decadência desse cultivo na região as consequências econômicas e hoje, sua economia apoia-se na criação de gado, na olericultura e no turismo (RIO DE JANEIRO, 2017a).

Ao analisar a cobertura populacional pela Atenção Primária na Região de Saúde Centro Sul Fluminense do estado do Rio de Janeiro, com a proporção de internações por condições sensíveis, segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observa-se numa análise preliminar uma correlação inversa, já que a região de saúde apresenta a maior cobertura de APS, e em contrapartida oferece uma das maiores proporções de ICSAP (Tabela 1 e Tabela 2).

Tabela 1 – Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Primária à Saúde, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2008-2017

Região de Saúde/ Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	45,25	45,60	48,04	53,90	58,17	57,93	60,31	60,61	66,56	68,55
Baía Ilha Grande	99,21	100,00	96,24	92,92	90,51	100,0	100,0	95,33	94,31	95,12
Baixada Litorânea	66,51	65,31	64,53	62,90	63,78	60,22	67,44	68,45	68,78	67,48
<u>Centro-Sul</u>	<u>100,00</u>	<u>98,96</u>	<u>95,80</u>	<u>95,13</u>	<u>96,03</u>	<u>95,36</u>	<u>94,09</u>	<u>96,15</u>	<u>94,55</u>	<u>97,78</u>
Médio Paraíba	81,18	80,57	79,57	79,65	83,51	83,86	86,59	88,50	84,86	86,81
Metropolitana I	25,95	28,77	33,41	43,70	49,67	48,96	51,93	53,60	61,77	63,74
Metropolitana II	84,00	79,88	78,46	76,30	78,23	79,74	77,22	67,87	78,62	81,55
Noroeste	85,63	81,97	85,67	91,09	92,59	87,76	91,00	94,17	95,04	91,33
Norte	64,63	46,74	44,40	42,00	45,09	43,87	46,22	49,28	50,97	54,67
Serrana	64,11	61,31	60,05	58,39	56,96	59,81	63,54	64,54	60,10	63,30

Fonte: DATASUS (2020).

Tabela 2 – Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, por Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2008-2017

Região de Saúde/ Município	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Estado do Rio de Janeiro	33,75	35,35	34,90	32,2	30,34	28,39	26,92	26,24	24,17	23,79
Baía Ilha Grande	23,33	25,47	27,05	27,99	24,39	25,43	26,45	25,45	25,54	27,50
Baixada Litorânea	27,79	26,40	23,03	21,48	23,58	22,27	23,16	22,44	21,36	21,25
<u>Centro-Sul</u>	<u>42,92</u>	<u>40,13</u>	<u>39,86</u>	<u>37,42</u>	<u>34,45</u>	<u>32,43</u>	<u>32,96</u>	<u>31,54</u>	<u>29,13</u>	<u>26,22</u>
Médio Paraíba	36,74	35,08	34,75	33,29	30,05	25,38	23,85	23,34	23,60	24,67
Metropolitana I	29,30	32,52	34,22	30,25	27,86	25,69	22,75	22,81	22,11	22,61
Metropolitana II	45,68	47,82	42,19	40,30	39,12	38,84	38,04	37,10	32,85	25,65
Noroeste	37,44	36,21	37,76	37,96	34,56	31,97	34,32	31,71	24,81	24,17
Norte	31,18	31,68	29,56	26,51	26,09	26,50	28,00	25,20	21,91	23,96
Serrana	30,20	29,87	30,09	29,28	29,25	28,34	28,05	28,90	23,66	26,01

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde RJ/MS (2016); Sistema de Informações Hospitalares/MS (2017).

Diversos estudos têm apontado que a APS, tendo maior possibilidade de resolução deveria impactar no decréscimo das ICSAP, o que tem contribuído para aumentar a importância deste nível de atenção, ainda muito contraposto com os demais níveis, principalmente com a atenção hospitalar. Assim, as ICSAP podem constituir um indicador de avaliação de efetividade e impacto da APS, levando-se em conta todos os contextos que a cercam, no campo social, econômico, político e cultural (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2013).

Conforme observado nas tabelas 1 e 2, a região não vai ao encontro do descrito na maioria dos estudos, assim estudos mais aprofundados podem contribuir para o entendimento do ocorrido. E como diversos autores têm analisado os fatores associados ao risco evitável de hospitalização, avaliando os efeitos do modelo de APS (RODRIGUES-BASTOS, 2013), surgiu a inquietação de estudar esse tema, para

entender e pesquisar porque uma região de saúde com elevada cobertura de ESF, possui o contrário do que é demonstrado nos estudos, apresentando alta proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Compreender as diferentes realidades onde ocorrem as ICSAP é também muito importante, pois questões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho também interferem na efetividade deste nível de atenção (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2013). Resolutividade, dificuldade de acesso e oferta desordenada também podem refletir em internações por condições sensíveis já que, o desempenho dos serviços nesse nível de assistência pode impactar positiva ou negativamente na prevenção e controle dos agravos preditivos a estas hospitalizações (FERREIRA *et al.*, 2014).

Mesmo com o aumento da cobertura da ESF, alguns estudos não apontam diminuição das ICSAP (COSTA *et al.*, 2017). Assim, o aumento da cobertura pode não ser suficiente para a redução consistente desse indicador, os estudos que avaliam qualidade da atenção, estrutura e processo de trabalho neste nível de atenção ainda são insipientes (ARAUJO *et al.*, 2017). Segundo Araujo *et al.* (2017), para impactar nesse indicador a APS deve ser efetivada como coordenadora da rede de cuidados, possuir qualidade em suas ações, melhorar a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e qualificar o processo de trabalho das ESF.

Porém outros estudos já apontam para uma relação entre a redução de ICSAP e a expansão da ESF, com aumento de aporte financeiro *per capita* nesse nível de assistência (BRASIL, 2016).

Ferreira (2014) sugere em seus estudos que, para a avaliação da APS, sejam considerados ainda o perfil epidemiológico, cultural, social e demográfico da região a ser estudada e investigar se as internações por condições sensíveis a esse nível de atenção teriam interferência de uma APS com maior ou menor atuação da ESF.

Sendo assim são necessários mais estudos que busquem avaliar a efetividade e a resolutividade da APS, com enfoque na diminuição das hospitalizações por essas causas (COSTA *et al.*, 2015). Por isso, o fato de se analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por si só não permite identificar aspectos de estrutura, acesso, qualidade dos serviços prestados e a forma de organização dos mesmos. Justificaria assim a escolha por um estudo quanti-qualitativo, onde a primeira fase será um estudo exploratório do tipo ecológico de natureza quantitativa, e a segunda de abordagem qualitativa do tipo análise de conteúdo.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A seguir será apresentada a revisão da literatura sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde na região Centro Sul Fluminense.

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A atual concepção de Atenção Primária atribuída a saúde surgiu em 1920 no Reino Unido no Relatório Dawson, que iria escalonar a organização dos sistemas de Atenção à Saúde em diversos níveis, como em serviços domiciliares, centros de saúde primários e secundários, serviços suplementares e os hospitais de ensino, alguns ainda utilizados até hoje (MENDES, 2015 *apud* PENN *et al.*, 1920).

A partir do Relatório Dawson as ideias acerca da regionalização dos sistemas de saúde, baseadas na população e com funções específicas em cada nível de atenção foram surgindo, sendo esse o embrião das propostas da APS ser coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Assim, dos anos vinte ao final dos anos setenta, vários movimentos influenciaram a construção da Atenção Primária à Saúde (MENDES, 2015).

Com a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a institucionalização da APS se deu em grandes proporções (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979). Nesta conferência a APS foi definida em ações baseadas em cuidados essenciais, socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis aos indivíduos e com a participação destes, com um custo viável para as comunidades e o Estado, já que são ancorados por autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Assim, segundo Mendes (2015), a partir dessa definição surgem os pilares da APS, como a educação, promoção e prevenção em saúde, o saneamento básico, a saúde materno-infantil, ações de imunização e planejamento familiar e a valorização

das práticas integrativas e complementares, pautadas na saúde como um direito humano.

No Brasil podemos analisar a evolução da APS em ciclos de desenvolvimento, onde seria possível classificar como o primeiro ciclo o surgimento dos Centros de Saúde criados na USP em 1924, onde provavelmente, tiveram influência do pensamento dawsoniano (MENDES, 2015). Ainda de acordo com Mendes (2015) no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde teria início o segundo ciclo. Em meados dos anos 60 com o surgimento das Secretarias Estaduais de Saúde, que tinham suas ações focadas na prevenção das doenças, mas centradas no atendimento médico, voltado para as questões materno-infantis e das doenças infecciosas, como tuberculose e hanseníase, com certa verticalidade de gestão e assim chamados de programas de saúde pública, tivemos o marco do terceiro ciclo. Nos anos 70, o quarto ciclo emerge da ideia de APS a partir da Conferência de Alma Ata em 1978, onde surgem programas de extensão de cobertura, a partir de experiências-piloto em universidades, que culminaram no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento iniciado no Nordeste em 1976 atingindo todo o país em 1979 (MENDES, 2015).

O quinto ciclo, citado por Mendes (2015), ocorre no início dos anos 80, juntamente com a crise da Previdência Social, que ocasionou a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que levaram para as unidades de APS a cultura de atenção médica do INAMPS. Em 1988, com a instituição do SUS, teve início o sexto ciclo, que foi marcado pela municipalização das unidades de APS dos estados, que passaram à gestão dos municípios, aumentando nacionalmente as unidades de saúde de atendimentos primários. Assim em 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), foi marcado o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, que seria o ciclo da Atenção Primária a Saúde, onde pela primeira vez, a qualidade passou a ser vista para além da quantidade de expansão da APS. Este ciclo sofreu influência de modelos de medicina de família e comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas pautados pela experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolvido no estado do Ceará e expandido com a incorporação de médicos e enfermeiros (MENDES, 2015).

Os princípios fundamentais que norteiam a atenção à saúde, a universalidade, a equidade e a integralidade, advindos dos movimentos da Reforma Sanitária e

incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e conseqüentemente na legislação balizadora do SUS nas últimas três décadas produziram efeitos na APS e na saúde pública do país (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O PSF, desde a sua criação foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso e de mudança do modelo assistencial (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Em 2006, essa mudança de modelo assistencial pautado no cuidado e na atenção integral ao usuário a partir da APS, ganha mais peso com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Isso se dá através de normas e manuais técnicos advindos do Pacto pela Vida, que teve como prioridade a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família, enquanto modelo de Atenção Primária e centro ordenador das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, assim passando pela transformação de PSF em ESF (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde utilizou o termo Atenção Básica para designar Atenção Primária à Saúde, em consequência da necessidade de organização entre a proposta de Saúde da Família e a dos cuidados primários de saúde, onde os cuidados primitivos à saúde seriam ofertados nesse nível de assistência (TESTA, 1989; MENDES, 2002; BRASIL, 2009).

Outras duas portarias foram publicadas pelo Ministério da Saúde, revisando a PNAB, uma em 2011 e outra em 2017. Sendo a primeira, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, a, para a ESF e para o PACS. Segundo a Portaria nº 2.488 estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica em Saúde, ela é um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo de promoção, proteção da saúde e a prevenção de agravos, e ainda abrangendo o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A segunda revisão veio por meio da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS.

A APS teve papel primordial nas últimas décadas como política estruturante para todo o sistema de saúde, ficando sob sua responsabilidade, diante das políticas públicas implementadas a responsabilidade e a capacidade de estabelecer

articulações com os demais níveis de atenção, facilitando o acesso universal dos usuários aos serviços disponíveis na comunidade (VENANCIO *et al.*, 2011).

E ainda, são inúmeros os resultados na saúde da população e evidenciado em diversos estudos a expressiva capacidade de resolver até 85% dos problemas de saúde através de suas ações e serviços, se realizados de maneira organizada e ordeira (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996; SERRA; RODRIGUES, 2010).

Porém, a revisão da PNAB em 2017 traz mudanças nas diretrizes fundamentais da APS, que colocam em risco seu perfil inclusivo, integral e equânime (FAUSTO *et al.*, 2018).

Entre as mudanças advindas da referida portaria, a possibilidade dos gestores municipais em aderir ao escopo de serviços essenciais ou ampliados ofertados nas UBS e a possibilidade de outros tipos de arranjos organizacionais na APS, são ameaças para a efetivação de uma APS universal, abrangente e integral, podendo ainda proporcionar mais desigualdades de acesso na APS e no SUS. Além disso, vivencia-se um contexto de crise econômica e política, que diante de tantos retrocessos na garantia de direitos sociais, corre-se o risco de perder os ganhos já obtidos nas políticas públicas anteriores (FAUSTO *et al.*, 2018).

2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Um estudo realizado em Nova York, no fim dos anos 80, trouxe à discussão as causas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, onde buscou avaliar o impacto da condição socioeconômica em internações hospitalares, e ele apontou que quando as ações do nível primário de atenção eram realizadas de maneira efetiva e oportunas o risco de hospitalizações era reduzido (BILLINGS *et al.*, 1993).

Assim, o uso desse indicador de desempenho da Atenção Primária em Saúde, que analisa as internações, consideradas evitáveis, começou nos Estados Unidos e logo foi testado em outros países, e a partir daí diversos estudos foram realizados, apontando que altas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) podem representar problemas no acesso ou na qualidade da APS (CASANOVA, 1994; CAMINAL, 2004).

Outro estudo foi realizado e pretendia relacionar as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária às características socioeconômicas, onde os autores compararam questões socioeconômicas, como analfabetismo, desemprego e renda e alguns pontos da APS, como tipo de médico e instalações na Espanha e nos Estados Unidos. A taxa de internação por condições sensíveis foi menor na Espanha, que possui acesso universal à saúde, e APS consistente, do que nos Estados Unidos, com melhores condições socioeconômicas, mas sem acesso universal aos serviços de saúde (CASANOVA; STARFIELD, 1995).

Assim, alguns estudos começaram a ser realizados para avaliar essa relação entre APS e ICSAP, no contexto dos EUA para o contexto europeu, a fim de desenvolver uma lista de doenças com condições sensíveis, como marcador de eficácia dos serviços da APS, e assim auxiliar a apontar quais ações desse nível de atenção seriam responsáveis pela redução das taxas de hospitalização (CAMINAL *et al.*, 2004).

Na Espanha, por exemplo, que possui sistema de saúde universal baseado na APS, a efetividade desse nível de atenção passou a ser avaliado pelo indicador de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) (FERRER, 2016).

Quando um serviço de saúde tem monitoramento regular, o risco de internações pode ser reduzido, pois assim pode-se prevenir o aparecimento e evitar o

agravamento de doenças, e ainda planejar ações de saúde efetivas e oportunas (FERRER, 2016).

No Brasil, com as mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a partir de 1994, e posteriormente ampliado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da APS, o seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde também gerou um importante movimento a fim de reordenar o modelo de atenção no SUS, passando a ser pautado no nível primário de atenção (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A mudança de modelo de atenção buscou entre outras coisas melhorar o acesso aos demais níveis de atenção, o que segundo diversos estudos alcançou resultados positivos, de acordo com a avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde (ELIAS *et al.*, 2006). Outro ponto, que a mudança deste modelo de atenção pretendeu alcançar foi a redução da mortalidade infantil (GUIMARAES, 2009). Ainda são escassas e recentes as publicações sobre as ICSAP, e a maior parte dos estudos descreve acerca das tendências, e se baseiam principalmente em número ou causas dessas internações (FERRER, 2016). Geralmente esses estudos são limitados em descrever as variáveis mais ligadas ao risco de ICSAP e estudos sobre os fatores que podem estar associados a essas internações evitáveis são mais raras no Brasil (NEDEL, 2010).

Mas, mesmo em outros países, estudos para avaliar o acesso e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes por essas causas são raros, apesar desse tipo de avaliação ser consideravelmente importantíssima para a definição de estratégias e de políticas públicas de saúde (FERRER, 2016). Tais estudos tem apresentado uma tendência à diminuição da proporção de ICSAP, principalmente relacionada à expansão da Estratégia Saúde da Família (MOURA, 2010). Porém, esses resultados não são unânimes, e em grandes centros urbanos, alguns autores apontaram exatamente o oposto (REHEN, 2011).

No Reino Unido, alguns estudos apontam para o fato de que as barreiras de acesso estão associadas à alta prevalência de procura por serviços de emergência e internações desnecessárias, mesmo tendo o sistema de APS bem estruturado (CECIL, 2016).

Segundo Ferrer (2016), existem outras causas que têm influência no acesso e nos serviços primários, além da organização dos serviços. No seu estudo, foi

observado que o modo como o usuário pensa ou reage diante das necessidades de saúde, e a crença de que os serviços de emergência têm maior capacidade de resolução são apontados como fatores para a procura por outros níveis de atenção.

Voltando ao cenário brasileiro a fim de avaliar o impacto da saúde da família no sistema de saúde brasileiro, surgiu o propósito de uma lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, possibilitando assim desenvolver mais uma ferramenta que contribuísse com essa avaliação e ainda que pudesse comparar seu desempenho após sua implantação (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A institucionalização do uso de indicadores, como as ICSAP foi parte da estratégia das autoridades, tanto em nível nacional, como estadual e municipal para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Assim para avaliar a efetividade da APS a lista de doenças por condições sensíveis a APS precisou ser adaptada para as condições brasileiras, sendo regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2008). As ICSAP, na referida Portaria, estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008).

O propósito de uma lista brasileira de ICSAP é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a APS no país e comparar seu desempenho. Acrescido a isso a institucionalização do uso de indicadores para avaliar as internações por condições sensíveis faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades dos três níveis de gestão (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Segundo Alfradique *et al.* (2009) diversos estudos brasileiros apontavam para a redução no SUS das ICSAP, porém existiam muitas limitações para interpretar essas internações, pois não existiam padrões adaptados à realidade brasileira, eram utilizadas diferentes listas de ICSAP, o que dificultava comparar os resultados, e ainda a falta de informações que possibilitassem comparar essas hospitalizações com as demais causas de internações.

Para a construção da lista nacional de patologias por CSAP, segundo Alfradique *et al.* (2009) foi seguido o marco conceitual proposto por Caminal e Casanova (2003), com adaptações para as condições brasileiras, onde de acordo com esse modelo, a APS oportuna e de boa qualidade, levando-se em conta algumas condições de saúde, pode ou não reduzir as hospitalizações. Assim, pautou-se a

construção da lista como sendo a APS, o atendimento de primeiro contato de uma dada população adscrita, focado no cuidado resolutivo e abrangente, onde os encaminhamentos aos demais níveis de assistência evitariam só se dar nos casos raros e incomuns que ultrapassem os limites de sua competência. Entretanto ainda sendo da APS a responsabilidade de coordenar o cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, prezando pela integração em todos os níveis (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Assim, a partir do marco conceitual citado, foi-se traçando as características para as patologias classificadas como condição sensível a APS. A exemplo das hospitalizações por doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização, como também as doenças cujas complicações podem ser atenuadas, por meio de diagnóstico e tratamento precoces, e ainda as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, assim como se a APS for efetiva reduza as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças, como a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) (CAMINAL *et al.* 2004).

Estudos apontam que a APS, se eficiente e resolutiva pode resolver até 80 a 85% dos problemas de saúde, ainda no nível primário de atenção (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1996; SERRA; RODRIGUES, 2010).

Na literatura as causas de internações por condições sensíveis não alcançaram um consenso, elas são historicamente mutáveis. Caso os serviços de saúde fossem efetivos os eventos poderiam ser evitados e assim conceituar as doenças evitáveis sofre influência das evidências científicas disponíveis em dado período, já que isso varia de acordo com os serviços e ações de saúde daquele período analisado (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; CAMINAL *et al.* 2004; MALTA *et al.* 2007).

Assim, devido a inúmeras possibilidades para a construção da lista brasileira de CSAP, partiu-se inicialmente do levantamento das listas nacionais existentes nas secretarias estaduais e municipais de saúde e foi feita uma revisão das listas de internações por condições sensíveis à atenção primária estrangeira, consultando-se os indexadores *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Alfradique *et al.* (2009) relata que para a elaboração da lista foram realizadas reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase

de validação da lista (*face validity*), além da consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e ainda uma consulta pública.

Ainda segundo Alfradique *et al.* (2009), alguns critérios utilizados por Caminal *et al.* (2004), para pautar a inclusão ou não das causas e dos diagnósticos, como a existência de evidência científica, de que a causa da internação é sensível à atenção primária a saúde, ser uma condição de fácil diagnóstico, não consistir num evento com baixa incidência. Ser uma condição de que a APS possuísse a capacidade da existência, o problema ou prevenir as complicações que pudessem desencadear o evento internação, e resolver assim que quando essa condição estivesse presente levasse a hospitalização, e ainda que o diagnóstico não fosse induzido por incentivos financeiros. Assim, a relação brasileira de ICSAP é constituída por 120 categorias da CID-10, com três dígitos e 15 subcategorias, com quatro dígitos, foi organizada em vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos (ALFRADIQUE *et al.*, 2009) (Anexo I).

Muitos são os fatores que podem influenciar na interpretação e no desfecho das ICSAP, assim como diversas variáveis podem desencadear no uso inadequado dos serviços de saúde, como condições sócio demográficas da população, adesão ou não ao tratamento. Contabiliza-se também a prevalência de determinadas doenças, facilidade de acesso aos demais níveis de assistência, recursos insuficientes para a APS, manejos clínicos inapropriados ou ainda desorganização desse nível assistencial, por isso é imprescindível investigar a associação dessas internações com a APS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Alfradique *et al.* (2009) exemplifica as doenças imunopreveníveis, onde a condição propriamente dita que é considerada evitável, e não a internação, onde as hospitalizações por essas causas não deveriam ocorrer se a APS cumprisse seu papel. Por outro lado, em se tratando de doenças infecciosas ou agudas, a APS somente poderia prevenir ou controlar as complicações. Ainda assim, não deveriam resultar em internações, já que normalmente podem ser tratadas em ambulatório e apenas por falta de assistência apropriada apresentam complicações, podendo resultar em internação.

Em contraponto, nas doenças crônicas, responsáveis pela maior parte da demanda da APS, os agravamentos ocorrem com mais frequência quando não há acompanhamento regular e sistemático pelo nível primário de atenção, ou quando estas se encontram em estágios mais avançados. As ICSAP podem indicar barreiras

de acesso a esse ou a outros serviços de saúde, bem como a falta de ações e estratégias para prevenir o agravo das doenças (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A utilização das ICSAP como indicador de efetividade da ESF deve considerar alguns fatores, como aqueles ligados aos indivíduos, como renda individual ou familiar, idade e grupos populacionais (crianças, idosos) além de condições demográficas e sociais de acesso aos serviços de saúde além de se excluir os partos do total de internações, visto que estes só afetam a população feminina e não representam uma patologia (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Também devem ser excluídas das ICSAP as internações de longa permanência, pois as avaliações feitas com base em dados secundários utilizando, por exemplo, as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), na maioria das vezes apresenta propósitos contábeis ou administrativos (MOURA *et al.*, 2010).

O Ministério da Saúde regulamentou através da Portaria nº 221/MS de 17 de abril de 2008, a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção, primárias por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Poderá ser utilizada como instrumento de avaliação da APS ou da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos três níveis de gestão federal, estadual e municipal (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BRASIL, 2008) (Tabela 23, Anexo I).

2.3 REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE NA REGIÃO CENTRO SUL FLUMINENSE

2.3.1 Região de Saúde Centro Sul Fluminense

De acordo com o Ministério da Saúde, as regiões de saúde podem assumir diferentes desenhos, desde que adequados às diversidades locais (BRASIL, 2011). Segundo o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, em seu artigo 2º, parágrafo I, considera-se região de saúde como:

[...]espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos 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 (BRASIL, 2011).

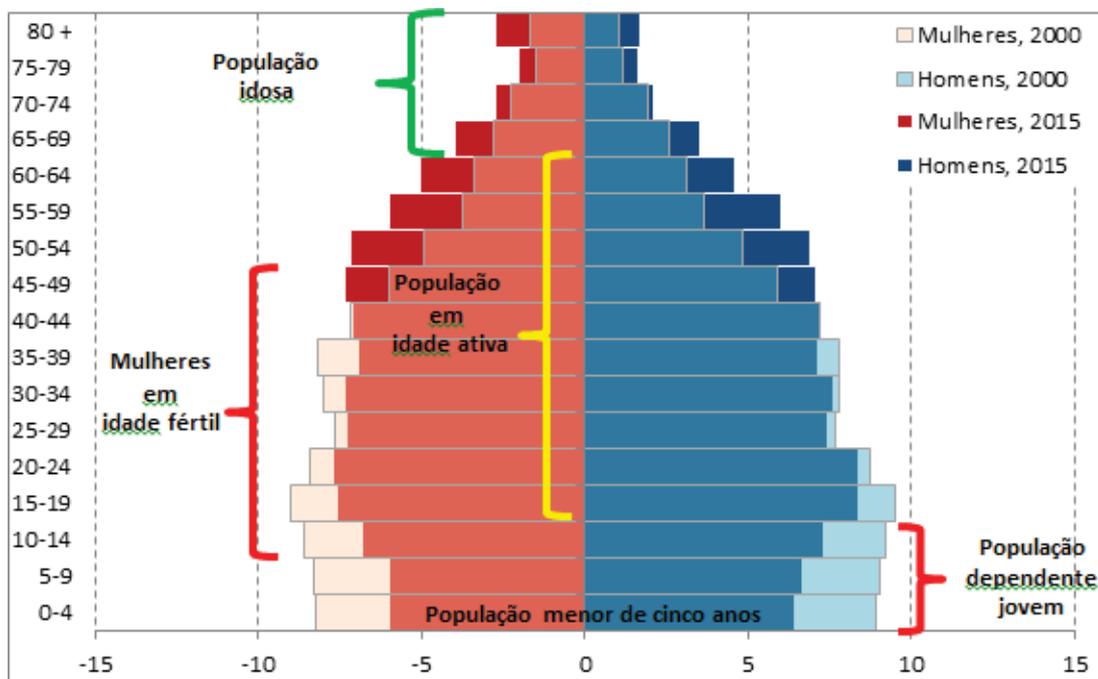
Ainda de acordo com o Decreto 7.508, as regiões de saúde deverão ser instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, e deve conter, no mínimo, ações e serviços de Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Hospitalar, e ainda ter serviços de Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

A Região de Saúde Centro Sul Fluminense está situada no estado do Rio de Janeiro, tendo como limites os estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, assim como o Oceano Atlântico, estando localizado na Região Sudeste do país. Com uma população residente de 15.989.929 habitantes de acordo com os resultados do Censo Demográfico de 2010. É o terceiro estado mais populoso do Brasil (RIO DE JANEIRO, 2017a).

O estado ocupa uma área de 43 696,054 km² e concentra 8,4% da população do país, sendo assim o estado com maior densidade demográfica do Brasil. A maior parte da população concentra-se na Região Metropolitana I, que tem 9.873.610 habitantes, particularmente, no município do Rio de Janeiro, enquanto a região menos populosa é a Baía da Ilha Grande, com 243.500 habitantes (RIO DE JANEIRO, 2017a).

A Região Centro Sul está entre as nove regiões político administrativas do Estado do Rio de Janeiro e corresponde a aproximadamente 7% da área total do Estado com 319.351 habitantes, que representa cerca de 2% da população do estado

Figura 2 – Estrutura etária da região Centro Sul, 2000 - 2015



Fonte: IBGE (2015).

Os municípios de Mendes e Miguel Pereira ainda apresentam as menores relações de substituição de gerações, quase atingindo o nível onde não há substituição, nem por reprodução nem por migração, ou seja, a população tende a diminuir. Alguns municípios apresentam taxas de crescimento negativas para os nascidos vivos, enquanto Areal e Comendador Levy Gasparian se destacam pela tendência inversa, com altas taxas de crescimento de nascidos vivos (RIO DE JANEIRO, 2018).

2.3.2 Rede de Atenção à Saúde

A Constituição de 1988 em seu art. 196 enfatiza que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantida à população mediante políticas sociais e econômicas, que objetivem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Ainda em nossa Carta Magna foi definido que é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e da assistência pública (BRASIL, 1988). A partir daí as ações e

serviços de saúde do SUS estão organizados de maneira regionalizada e hierarquizada em níveis crescentes de complexidade tecnológica, tendo como objetivo alcançar a integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos ou curativos, individuais e coletivos (BRASIL, 1990).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser esse nível de Atenção o coordenador do cuidado e ordenador das ações e serviços disponibilizados na rede. Assim a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a definiu como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2017).

Possuir como principal finalidade o acolhimento, a escuta e a resolução da maior parte das necessidades de saúde da população, a fim de garantir a integralidade na atenção à saúde, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Basear-se também nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2017).

Por outro lado, as ações de média e alta complexidade, ou seja, os níveis secundário e terciário que diz respeito ao planejamento e execução de atividades e ações desenvolvidas nos ambulatórios de especialidades e em serviços hospitalares são normalmente utilizados e acessados pela população em casos que requeiram atenção de profissionais especializados, recursos tecnológicos de maior densidade no apoio diagnóstico e terapêutico, não disponíveis na APS (AGUILERA *et al.*, 2014).

Segundo Mendes (2010):

[...] os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos (MENDES, p. 2298, 2010).

Demograficamente o Brasil passa por uma transição demográfica acelerada, sua população vem apresentando nos últimos anos baixas taxas de fecundidade, porém irá continuar crescendo em consequência dos padrões de fecundidade

anteriores, assim uma população em rápido processo de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, já que tais condições de saúde afetam com maior frequência os indivíduos de idade mais avançada (MENDES, 2010).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE de 2008 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade relataram ser portadores de ao menos uma das doenças crônicas selecionadas para a pesquisa (IBGE, 2010).

Na perspectiva epidemiológica será preciso considerar o conceito de condições de saúde, agudas e crônicas para referenciar a estruturação dos sistemas de atenção à saúde, em contraponto a tipologia mais usual que é de doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis, podendo assim caracterizar as condições agudas, comumente de curso curto e que precisam ter respostas rápidas e episódicas, das condições crônicas, com duração maior e que necessitam de um sistema que responda a suas demandas de maneira contínua e integrada (MENDES, 2010).

Assim, segundo Oliveira (2016), o sistema de saúde fragmentado, com foco nas condições e eventos agudos, em contraponto com o predomínio da condição de saúde da população brasileira de tripla carga de doença, com forte predomínio das condições crônicas, acaba sendo um dos principais problemas do SUS.

Podemos descrever os sistemas de atenção à saúde fragmentados como sendo aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde que não se comunicam, não existindo uma população adscrita de responsabilização, dificultando assim, a comunicação e a coordenação fluida e ordeira da APS com os demais níveis de Atenção, secundário e terciário e nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

Como o modelo estruturado em diferentes níveis de atenção, com estruturação piramidal, tem sido alvo de críticas no sentido de serem incapazes de se articularem, resultando em um cuidado fragmentado, surgiu a proposta de estruturação em Redes de Atenção à Saúde (RAS), com estruturação poliarquia, através do vínculo de um conjunto de serviços de saúde com missões e objetivos comuns, desenvolvendo ações através da atenção contínua e integral a partir da APS (MENDES, 2010). As RAS preconizam o cuidado contínuo entre os níveis primário, secundário e terciário, sendo fundamental a relação entre esses diferentes pontos de atenção, caracterizando-os como de equivalente importância (MENDES, 2010).

Assim, a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, institui as Redes de Atenção à Saúde no SUS (BRASIL, 2010). E o Decreto nº 7.508, de 28 de

junho de 2011, define as Redes de Atenção à Saúde como um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011).

A partir dessa definição, segundo Mendes (2011), surgem os preceitos da RAS, que precisam ter missão e objetivos comuns, com ações interdependentes, sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica e horizontal, onde todos os pontos de atenção à saúde são importantes, objetivando atenção integral visando promoção e prevenção da saúde, assim como, ações curativas, reabilitadoras e paliativas.

Podemos citar três elementos chave para a RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011). A população seria o elemento chave, marca a responsabilidade sanitária e econômica, e conhecê-la envolve um processo complexo, estruturado na APS a partir do processo de territorialização, cadastramento e classificação das famílias identificando e apontando fatores de riscos e condições de saúde (MENDES, 2011).

A estrutura operacional apontada como o segundo elemento, de acordo com Mendes (2011), é composta por cinco componentes: o centro de comunicação, que seria a APS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio, que seriam os lugares da RAS que prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde; os sistemas logísticos, que seriam no campo das tecnologias, para a organização dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas na RAS, e o sistema de governança, que seriam os arranjos organizativos que permitem a gestão de todos os componentes das RAS. Os três primeiros elementos poderiam ser apontados como os nós das redes, o quarto seriam as relações entre os nós, e o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros. A APS estaria no centro de comunicação das redes de atenção à saúde, onde deveria coordenar os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento da RAS, buscando articular a população, de acordo com sua territorialização e necessidades sanitárias, levando-se em conta os determinantes sociais da saúde, com objetivo de responder com efetividade, eficiência e segurança

a situações de saúde apresentadas por uma dada população, seja com condições de saúde agudas ou crônicas (MENDES, 2011).

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabeleceu diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). As redes estabelecidas foram estruturadas de acordo com portarias e assim divididas em: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a RAPS para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (RPCD), estabelecida pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012; e a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria nº 438, de 01 de abril de 2014 que redefine a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado.

Um estudo sobre a avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras apontou que existe pouca integração clínica e dos sistemas de informação entre os serviços da RAS e ainda observou que são ainda incipientes os mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação da RAS. Ressalta-se pouca atuação da APS e do controle social, com escassas ações de promoção e prevenção à saúde, chamando atenção ainda para a baixa integralidade do cuidado, o que dificulta a efetivação das RAS (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Nesse sentido, desde os estudos de Mendes (2011) se faz necessário tanto nos sistemas organizados em diferentes níveis de atenção quanto para os estruturados em RAS, um efetivo sistema de referência e contra referência para viabilizar seus fluxos, ancorado na tecnologia da informação, garantindo uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo que seja dinâmico e a contento os processos de referência e contra referência ao longo dos pontos de atenção (MENDES, 2011).

Assim, podemos abalizar como pontos fundamentais para a consolidação da RAS a articulação e a integração entre os pontos de atenção no território (BRASIL, 2012).

2.3.3 Rede de Atenção à Saúde na Região Centro Sul Fluminense

As Redes de Atenção à Saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde foram ao longo dos últimos anos sendo estruturadas na Região de Saúde localizadas no Centro Sul Fluminense, em discussões coletivas a partir da Comissão Intergestores Regional (CIR) e suas respectivas Câmaras Técnicas dos municípios da região. Apenas a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas ainda não foi instituída. As demais redes foram instituídas por Deliberações CIR, encaminhadas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB/RJ) (Rio de Janeiro, 2018).

A Rede Cegonha na Região de Saúde Centro Sul foi construída através do plano de ação pactuado na CIR e na CIB, através da Deliberação CIB-RJ nº 2.713, de 30 de dezembro de 2015, sendo aprovado através da Portaria nº 1.634, de 01 de outubro de 2015. Em 2017, a região atualizou seu plano de ação, em função das orientações da Oficina de atualização dos planos de ação da Rede Cegonha, realizada pelo Ministério da Saúde para o Estado do Rio de Janeiro em julho de 2017. O plano teve por objetivo atualizar o diagnóstico da situação de saúde materno- infantil nos municípios que compõem a região e consolidar propostas para melhoria da rede de atenção voltada para esta população.

Sua atualização foi pactuada na reunião ordinária de novembro de 2017 da CIR Centro Sul, e na reunião ordinária de dezembro de 2017 da CIB/RJ, através da Deliberação CIB-RJ nº 4.833, de 20 de dezembro de 2017. O plano de ação atualizado foi analisado pelo Ministério da Saúde sendo aprovadas somente as solicitações de ampliação das Unidades de Terapia Intensiva e Unidade de Cuidados Intermediários em Neonatologia Convencional.

A tabela 3 apresenta as instituições de saúde que fazem parte da Rede Cegonha, sendo dois para o atendimento ao risco habitual e um com perfil para o atendimento ao alto risco, embora ainda não seja habilitado em Gestação de Alto Risco (GAR).

Tabela 3 – Centros de Saúde de Atenção ao Pré-Natal de Alto Risco e Serviços Hospitalares de Atenção ao Parto e Nascimento, Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2018

Município	Estabelecimento	Esfera	Habilitação em GAR
Areal	Policlínica Municipal	Municipal	NA
Comendador Levy Gasparian	Policlínica Dr. Altino Alves Moreira	Municipal	NA
Engenheiro Paulo de Frontin	Policlínica Eng Paulo de Frontin	Municipal	NA
Mendes	CASMCA Maria Eliza Malheiros	Municipal	NA
Miguel Pereira	Posto de Saúde Senador Roberto Campos	Municipal	NA
Miguel Pereira	Hospital Municipal de Miguel Pereira	Municipal	Não
Paraíba do Sul	Casa Mulher Vereadora Maria Minervina Dutra	Municipal	NA
Paraíba do Sul	Hospital Nossa Senhora da Piedade	Municipal	NA
Paty de Alferes	CF Dr Cesar Francisco Ferreira Gomes	Municipal	NA
Sapucaia	Centro de Atenção à Saúde da Mulher	Municipal	NA
Três Rios	Centro de Atenção à Saúde da Mulher	Municipal	NA
Três Rios	Hospital de Clinicas Nossa Senhora da Conceição	Municipal	Não
Vassouras	Hospital Universitário de Vassouras	Entidade sem Fins Lucrativos	Não*

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES

GAR: Gestação de Alto Risco NA: Não se Aplica

*Processo de habilita o em andamento

A Rede de Atenção Psicossocial na região, apesar de sediar dois hospitais psiquiátricos, avançou na implantação da rede substitutiva de saúde mental. A Região apresenta uma excelente cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos parâmetros do MS, porém tem enfrentado dificuldades na implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), dispositivos fundamentais para o processo de desinstitucionalização dos internos em regime de longa permanência nas instituições psiquiátricas. Os dois hospitais psiquiátricos ainda em funcionamento na região são a Casa de Saúde Cananéia, em Vassouras, com oferta de 138 leitos SUS, e a Clínica de Repouso Três Rios, em Três Rios, com oferta de 160 leitos SUS (RIO DE JANEIRO, 2018).

A região possui ambulatórios psiquiátricos que dão suporte a atenção básica, nos casos de baixa e média complexidade, e vem sofrendo crescente aumento de comunidades terapêuticas, onde o atendimento realizado por esses serviços pode ser apontado em diversos parâmetros, com a lógica de funcionamento dos manicômios, identificados pela segregação e desrespeito às singularidades dos sujeitos internados (RIO DE JANEIRO, 2018).

A implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral (LSM-HG), na Região ainda é um processo muito incipiente, onde apenas os municípios de Mendes, Paracambi e Miguel Pereira, consorciado com Paty do Alferes, possuem esse serviço implantado, e em relação aos SRT, a região enfrenta dificuldades, já que os sete municípios receberam recursos para a implantação dos serviços, porém ainda não concretizaram sua implantação. Isto, segundo apresentado no Planejamento Regional, se deve às mudanças na forma de financiamento do SUS, além das dificuldades na locação de imóveis e na contratação de pessoal (RIO DE JANEIRO, 2018).

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) da região de saúde foi disparada a partir do plano de ação regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências que foi instituída através da Deliberação CIB-RJ nº 873, de 30 de março de 2010, e elaborado pelo Comitê Gestor de Atenção às Urgências da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, com apoio da Comissão Intergestores Regional Centro Sul, e o principal objetivo foi garantir o acesso universal e integral às urgências e emergências para a população da região (RIO DE JANEIRO, 2018).

O plano de ação regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências Centro Sul foi pactuado em CIB/RJ, Deliberação CIB-RJ nº 2.094, de 13 de dezembro

de 2012, e atualizado através das Deliberações CIB-RJ nº 2.648, de 12 de dezembro de 2013, e Deliberações CIB-RJ nº 5.287, de 10 de maio de 2018 (RIO DE JANEIRO, 2018).

A região conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) que foi aprovado através da Portaria nº 1.132, de 31 de maio de 2012, onde apenas o município de Paracambi não é coberto pelo SAMU, e ainda com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) regional localizada no município de Três Rios que foi habilitada e qualificada pela Portaria nº 3.390, de 19 de outubro de 2018 (RIO DE JANEIRO, 2018).

Em relação as Equipes de Atenção Domiciliar, outro ponto importante da RUE, apenas o município de Três Rios foi habilitado conforme Portaria nº 826 de 23 de julho de 2013, e está em funcionamento desde 2014 e os demais municípios estão com os seus projetos em análise na área técnica da SES/RJ (RIO DE JANEIRO, 2018).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da região Centro Sul teve seu plano de ação regional pactuado através da Deliberação CIB/RJ nº 2.796, de 18 de março de 2014 e atualizado através da Deliberação CIB-RJ nº 5.633, de 06 de dezembro de 2018, que pactuou o escalonamento dos pleitos dos planos de ação da RCPD no Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2018).

Em outubro de 2014 através da Portaria nº 1.027, de 8 de outubro de 2014, a região foi contemplada com a habilitação de um Centro Especializado em Reabilitação (CER) Tipo II, nas modalidades física e intelectual no município de Três Rios, porém segundo diretrizes propostas pela portaria atendendo aos municípios da Microrregião 1, composta de cinco municípios Areal, Comendador Levy Gasparian, Paraíba do Sul, Sapucaia e Três Rios (PEREIRA; MACHADO, 2016).

No estudo realizado por Pereira e Machado (2016), eles ressaltam que a organização dessa Rede perpassa a identificação de deficiências físicas que necessitam ser encaminhadas da APS para níveis de média e alta complexidade, e apontam que a referência e a contra referência entre unidades e serviços que compõem a RCPD da região estão atuando de maneira desarticulada, onde por diversas vezes recai sobre o usuário a responsabilidade na busca por vagas, caracterizando uma barreira do tipo organizacional para o acesso, e ainda barreiras no momento do retorno do usuário do nível de maior complexidade para a APS, implicando na descontinuidade do cuidado, e conseqüentemente, baixa resolutividade dos casos.

Como o estudo proposto apresenta uma relação direta com a Rede Hospitalar, apresentamos uma relação dos hospitais da Região Centro Sul, conforme consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sendo composta por dez (10) hospitais (Tabela 4).

Tabela 4 – Rede Hospitalar da Região Centro Sul Fluminense, 2018

Hospital	Município
Hospital Municipal Nossa Senhora das Dores	Areal
Hospital Nelson Salles	Engenheiro Paulo de Frontin
Hospital Municipal Santa Maria	Mendes
Hospital Municipal de Miguel Pereira	Miguel Pereira
Hospital Municipal Dr. Adalberto da Graça	Paracambi
Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu (gestão estadual)	Paraíba do Sul
Hospital Nossa Senhora da Piedade	Paraíba do Sul
Hospital De Clinicas Nossa Senhora da Conceição	Três Rios
Hospital Universitário de Vassouras	Vassouras
Hospital Eufrásia Teixeira Leite	Vassouras

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2018).

Segundo o Diagnóstico apresentado no Planejamento Regional (RIO DE JANEIRO, 2018) a Região possui 1100 leitos (Tabela 5), além dos hospitais apontados na tabela 4, a Região conta ainda com a Clínica de Repouso Três Rios, no município de Três Rios, onde existem 160 leitos psiquiátricos, e a Casa de Saúde Cananéia, no município de Vassouras, onde existem 138 leitos psiquiátricos. O município de Três Rios conta ainda com o CAPS AD III Dra. Zilda Januzzi Veloso, que possui seis leitos de acolhimento noturno. O Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, sediado no município de Paraíba do Sul, está sob Gestão Estadual e seu atendimento se dá de forma eletiva em todos os municípios do Estado do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2018).

Em relação aos leitos, a Região Centro Sul conta com uma maior proporção de leitos disponíveis no Sistema Único de Saúde, que contabiliza 84% dos leitos da

Região, já no Estado do Rio de Janeiro, 60% dos leitos são disponíveis ao SUS (RIO DE JANEIRO, 2018).

Tabela 5 – Recursos Físicos âmbito Hospitalar - Leitos de internação Região de Saúde Centro Sul Fluminense Rio de Janeiro, 2018

Município/ Leitos	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétrico	Pediátrico	Outros	Total
Areal	-	12	-	1	8	21
E.Paulo de Frontin	-	23	-	-	6	29
Mendes	11	14	-	-	2	27
Miguel Pereira	24	45	19	11	-	99
Paracambi	7	40	15	8	12	82
Paraíba do Sul	67	33	12	7	-	119
Três Rios	40	25	16	5	180	266
Vassouras	91	118	25	25	198	457
Total Centro-Sul	240	310	87	57	406	1100

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES (2018).

Ainda segundo o Planejamento Regional (RIO DE JANEIRO, 2018), a maioria das instituições de atenção à saúde disponíveis na região pertence a iniciativa privada, onde em números absolutos há ampla frequência de consultórios isolados, seguidos pelas unidades básicas e os postos de saúde, concentrados, sobretudo, em Três Rios, Vassouras e Paraíba do Sul.

Um estudo realizado na região apontou a dificuldade em realizar a referência e contra referência dos pacientes entre a APS e um nível secundário de atenção, o que implicaria na descontinuidade do cuidado, e conseqüentemente, baixa resolubilidade dos casos. Ainda dificultaria o retorno do usuário dos níveis secundários ao nível central de atenção, assim como a falta de subsídios clínicos da APS para o nível secundário (PEREIRA; MACHADO, 2016). Os mesmos autores fizeram um estudo acerca da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, porém ele aponta ainda a deficiência do mecanismo de referência entre um ponto central, a APS e esta rede.

De acordo com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para que a APS possa ordenar a RAS é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, com o propósito de articular-se com os outros pontos de atenção de forma a fortalecer o planejamento ascendente. Do mesmo modo, é primordial que se conheça a rede de APS da região em saúde, possibilitando as ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades loco regionais, promovendo a integração das referências de seu território (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica na Região Centro Sul tem historicamente uma das maiores coberturas de Estratégia de Saúde da Família, conforme dados apresentados na tabela 6, cuja extração já foi realizada para o presente trabalho. Em 2017 uma estimativa de 97,78% da população estava coberta por equipes de Atenção Básica, o resultado mais elevado entre as regiões de saúde do estado.

Tabela 6 – Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Segundo Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013

Região de Saúde	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Baia Ilha Grande	254.042	70	237.094	93,32%	254.042	100%
Baixada						
Litorânea	715.500	108	371.919	51,98%	429.872	60,07%
Centro-Sul	323.097	106	302.568	93,64%	308.118	95,36%
Médio Paraíba	865.769	184	590.537	68,20%	725.867	83,84%
Metropolitana I	9.982.883	1.022	3.526.418	35,32%	4.887.848	48,96%
Metropolitana II	1.974.910	362	1.243.898	62,98%	1.572.788	79,63%
Noroeste	333.091	85	259.893	78,02%	289.833	87,01%
Norte	859.677	57	189.767	22,07%	374.927	43,61%
Serrana	922.396	132	436.875	47,36%	551.645	59,80%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2013).

Tabela 7 – Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Segundo Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2017

Região de Saúde	População	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Baia Ilha Grande	274.036	62	213.900	78,05%	264.111	96,37%
Baixada						
Litorânea	784.423	125	426.397	54,35%	532.741	67,91%
Centro-Sul	329.003	115	309.982	94,21%	321.712	97,78%
Médio Paraíba	882.668	198	635.575	72%	769.664	87,19%
Metropolitana I	10.153.138	1.591	5.489.985	54,07%	6.484.524	63,86%
Metropolitana II	2.034.548	405	1.371.195	67,39%	1.662.645	81,72%
Noroeste	337.428	101	299.027	88,61%	308.177	91,33%
Norte	901.210	85	285.325	31,66%	496.184	55,05%
Serrana	939.542	145	470.282	50,05%	598.293	63,67%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2017).

Em relação à Cobertura de APS e ESF por municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, com exceção do município de Paracambi, que apresentava em 2013 uma cobertura de ESF de 57%, e em 2017 de 62,01%, todos os demais municípios já haviam alcançado 100% de cobertura estimada em 2013 (Tabela 8) e mantiveram em 2017 (Tabela 9).

Tabela 8 – Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Segundo Município da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013

Município	Pop.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Areal	11.654	5	11.654	100%	11.654	100%
C. Levy						
Gasparian	8.219	3	8.219	100%	8.219	100%
E.Paulo de						
Frontin	13.408	5	13.408	100%	13.408	100%
Mendes	18.024	7	18.024	100%	18.024	100%
Miguel Pereira	24.754	8	24.754	100%	24.754	100%
Paracambi	48.129	8	27.600	57%	33.150	69%
Paraíba do Sul	41.639	17	41.639	100%	41.639	100%
Paty do Alferes	26.575	8	26.575	100%	26.575	100%
Sapucaia	17.581	7	17.581	100%	17.581	100%
Três Rios	78.256	24	78.256	100%	78.256	100%
Vassouras	34.858	14	34.858	100%	34.858	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2013).

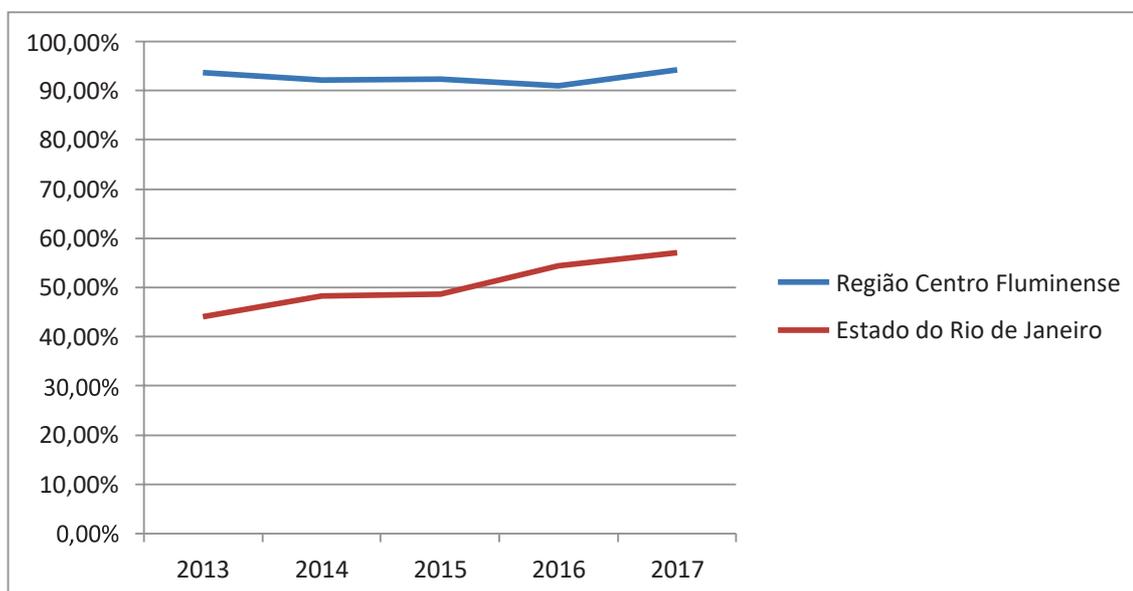
Tabela 9 – Cobertura de Atenção Básica e Estratégia de Saúde da Família, Segundo Município da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2017

Município	Pop.	Nº ESF Cob.	Estim. Pop. Cob. ESF	Cobertura ESF	Estim. Pop. Cob. AB	Cobertura AB
Areal	12.058	5	12.058	100%	12.058	100%
C. Levy Gasparian	8.255	4	8.255	100%	8.255	100%
E.Paulo de Frontin	13.521	6	13.521	100%	13.521	100%
Mendes	18.111	6	18.111	100%	18.111	100%
Miguel Pereira	24.855	8	24.855	100%	24.855	100%
Paracambi	50.071	9	31.050	62,01%	42.780	85,44%
Paraíba do Sul	42.737	19	42.737	100%	42.737	100%
Paty do Alferes	26.939	11	26.939	100%	26.939	100%
Sapucaia	17.604	6	17.604	100%	17.604	100%
Três Rios	79.230	27	79.230	100%	79.230	100%
Vassouras	35.622	14	35.622	100%	35.622	100%

Fonte: e-Gestor Atenção Básica (2017).

A figura 3 apresenta a comparação entre a evolução da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, entre Região de Saúde Centro Sul e o Estado do Rio de Janeiro, no período de 2013 a 2017, e ela aponta para uma manutenção da cobertura na região e um discreto aumento no Estado do Rio de Janeiro ao longo dos 5 últimos anos.

Figura 3 – Cobertura de Estratégia de Saúde da Família, Segundo Região de Saúde Centro Sul e Estado do Rio de Janeiro, 2013 - 2017



Fonte: e-Gestor/DAB/SAS/MS (2018).

Em relação à cobertura populacional estimada de saúde bucal na Atenção Primária em Saúde, a tendência é semelhante à cobertura de ESF. A região também obteve o resultado mais elevado entre as regiões do estado no ano de 2017, com 91,42% de cobertura de ESF com Saúde Bucal implantadas. Os municípios que não alcançaram 100% de cobertura estimada foram Mendes, com 46,35% de cobertura, Miguel Pereira com 61,56% e Paracambi com 82,08% (RIO DE JANEIRO, 2018).

Segundo o Planejamento Regional da Centro Sul, apesar dos municípios da região apresentarem dados elevados de estimativa de cobertura de ESF, a composição de equipes completas é um importante desafio. Segundo relatórios com as suspensões de recursos federais destinados às ESF no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB), os motivos de suspensão são entre outros, o mesmo profissional cadastrado em ESF em mais de um município, fiscalização de órgãos de controle externo e não envio da produção pelo sistema de informação nacional em período superior a três meses (RIO DE JANEIRO, 2018).

A tabela 10 apresenta o número de competências, ou seja, o número de meses em que os municípios sofreram algum tipo de suspensão de recursos federais para a ESF e suas respectivas causas, sendo apontadas as 21 competências referentes a

janeiro/2017 e setembro/2018, disponibilizadas pelo DAB. Sendo que na mesma competência, o município pode sofrer suspensões de mais de uma equipe e por motivos diferentes. A tabela permite perceber que a maior parte dos municípios apresentaram suspensões, sendo a causa principal a duplicidade de profissionais.

Tabela 10 – Suspensão parcial de recursos federais para a APS, segundo Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, janeiro/2017 - julho/2018

Município	Nº de competências com suspensão parcial de recursos Federais	Motivo da suspensão		
		Duplicidade	Órgão de Controle	Envio de Produção
Areal	0	-	-	-
Com. Levy Gasparian	0	-	-	-
Eng. Paulo de Frontin	2	2	-	-
Mendes	6	6	-	-
Miguel Pereira	5	3	-	2
Paracambi	21	3	21	-
Paraíba do sul	3	3	-	-
Paty do Alferes	6	3	-	3
Sapucaia	21	7	21	-
Três Rios	5	5	-	-
Vassouras	2	2	-	-

Fonte: e-Gestor/DAB/SAS/MS (2018).

Segundo apontado no Plano Regional, a suspensão de recursos federais por duplicidade de profissionais no Sistema de CNES indica não somente a dificuldade de composição de equipes, mas também a alta rotatividade de profissionais entre os municípios, assim como a dificuldade de fixar esses profissionais em uma determinada Equipe de ESF ou APS (RIO DE JANEIRO, 2018).

A rede de serviços que compõe a APS que objetiva dar suporte técnico multidisciplinar, prevê diversos dispositivos para apoiar e auxiliar na efetivação da Estratégia voltada a Atenção Primária em Saúde, a tabela 11 apresenta o panorama desta implantação na região de saúde (RIO DE JANEIRO, 2018).

Tabela 11 – Rede de Apoio à APS na Região Centro Sul Fluminense, segundo questionário respondido pelas coordenações municipais de APS, 2018

Município	N° NASF	N° Polos de Academia da Saúde	N° ESF com PSE	N° CEO
Areal	1	2	5	1
Com.LevyGasparian	1	1	6	1
Eng. Paulo de Frontin	1	1	8	-
Mendes	1	-	5	-
Miguel Pereira	1	-	9	-
Paracambi	2	-	19	1
Paraíba do Sul	1	2	10	-
Paty do Alferes	0	1	9	-
Sapucaia	2	2	30	1
Três Rios	1	-	14	1
Vassouras	1	1	6	1

Fonte: Questionário respondido pelas coordenações municipais de APS. Sítio virtual do DAB/SAS/MS. Planejamento Regional da Região Centro Sul Fluminense (2018).

A rede de serviços que propõe dar esse suporte técnico multidisciplinar à região Centro Sul possui dispositivos de apoio e suporte implantados na maioria dos municípios, sendo os principais o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Programa de Saúde na Escola (PSE), o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Polos de Academia da Saúde.

3 OBJETIVOS

A seguir, o objetivo geral e os objetivos específicos dessa pesquisa.

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar os motivos, na perspectiva dos profissionais da ESF, das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de uma região de Saúde, que apresenta alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.2.1** Conhecer os indicadores de cobertura e de saúde da Região Centro Sul Fluminense e dos municípios que a compõem.
- 3.2.2** Identificar e analisar as causas mais frequentes das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de uma região de saúde.
- 3.2.3** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre os motivos das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde.
- 3.2.4** Identificar e analisar os fatores que podem influenciar a efetividade da ESF.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

A seguir, o percurso metodológico desta pesquisa.

4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO

Para responder aos objetivos desta pesquisa foi necessário utilizar duas formas de abordagens metodológicas, uma quantitativa e outra qualitativa. Em um primeiro momento, utilizou-se dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Num segundo momento, referente à abordagem qualitativa, realizou-se grupos focais com profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família dos municípios de Areal, Comendador Levy Gasparian, Miguel Pereira, Três Rios, Paty do Alferes e Vassouras, entre os meses de novembro de 2019 a setembro de 2020.

Os municípios supracitados pertencem à Região Centro Sul Fluminense e são uma das regiões político-administrativas do Estado do Rio de Janeiro. Correspondem a área do Vale do Paraíba fronteira ao estado de Minas Gerais, possui uma área total de 3.222.162 km² e uma população de aproximadamente 319.351 habitantes. Além dos municípios acima, integram a região os seguintes municípios: Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi, Paraíba do Sul e Sapucaia. As cidades com as maiores concentrações populacionais são Paracambi, Paraíba do Sul, Três Rios e Vassouras (RIO DE JANEIRO, 2017).

4.2 PARTICIPANTES

Os participantes foram os profissionais das equipes de ESF dos seis municípios cujos gestores autorizaram a realização da pesquisa. Dentre eles médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo uma equipe de ESF de cada município, totalizando 37 participantes. O número de participantes variou em cada município, de acordo com o número de profissionais

de cada equipe, e foi composto pela equipe cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), e teve no máximo 10 participantes por equipe.

4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos os participantes que concordaram em participar da pesquisa e que estiveram presentes nos locais de trabalho nos dias e horários definidos para a realização do grupo focal.

4.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos os participantes dos municípios cujos gestores não responderam à solicitação do preenchimento da autorização para a realização da pesquisa até 08 de fevereiro de 2019. Sendo assim, a pesquisa não contemplou os municípios de Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Paracambi, Paraíba do Sul e Sapucaia.

Dentre os municípios que aceitaram participar da pesquisa, foram excluídos os participantes das equipes que não estavam disponíveis no dia da realização do grupo focal, e aqueles que estavam de férias, folgas ou licenças, e ainda aqueles que não quiseram participar.

4.5 PROCEDIMENTOS, INSTRUMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

Para responder aos dois primeiros objetivos específicos foram utilizados dados secundários do Sistema de Informações sobre Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), tendo como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A análise de dados quantitativos foi realizada com base no período de 2013 a 2017, e foram analisados no software para análise e extração de dados *TabWin 32*. As causas de ICSAP foram definidas com base na lista brasileira para a classificação de causas e condições de internação hospitalar, conforme definido na Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008) (ANEXO I).

Foram filtradas as variáveis abaixo relacionadas, relevantes ao estudo. Foram elaboradas tabelas de frequência dos eventos, para assim apontar os cenários que serviram de base para a segunda fase do estudo.

Variáveis e forma de obtenção:

- 1- Cobertura estimada de Estratégia de Saúde da Família, obtida diretamente do DATASUS;
- 2- Cobertura de médicos na ESF: foi extraído o número de médicos cadastrados nas ESF e o número de equipes de ESF;
- 3- Percentual de cobertura da população acompanhada pelos ACS, são necessárias duas etapas, primeiro foi necessário extrair o número de ACS para a população total, obtido dividindo-se a população total residente por 400 e para a segunda etapa extraímos o nº de ACS existentes;
- 4- Indicador relativo ao percentual das internações sensíveis à atenção primária, foram extraídas as internações sensíveis à atenção primária no SUS por essas causas segundo município de residência, e o total de internações dos pacientes residentes, no mesmo local e período.

Foram excluídas as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de longa permanência e aquelas referentes ao Capítulo XV, "Pré-natal e Parto" da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Para responder aos dois últimos objetivos foram realizados seis grupos focais com equipes de ESF, um em cada município que autorizou a realização da pesquisa. A escolha das equipes em cada município foi feita de forma aleatória, através de sorteio entre aquelas que na data da escolha estavam ativas e completas no CNES. Todas as equipes selecionadas aceitaram participar da entrevista. As perguntas norteadoras encontram-se no apêndice II.

O tempo de duração de cada grupo focal foi de no máximo 1h30 minutos por grupo, e o local foi definido previamente com cada equipe, em cada município onde foi realizado. As falas dos participantes dos grupos foram registradas em gravador de áudio. As perguntas foram realizadas pelo pesquisador responsável, que foi também o moderador das discussões. O observador foi convidado pelo pesquisador responsável. Como forma de preservar o anonimato dos participantes, estes foram identificados pela letra "E" e por um número arábico iniciando pelo numeral 1 e assim sucessivamente (E1, E2...).

Na etapa qualitativa, a análise de dados foi realizada por análise de conteúdo temática, segundo Bardin (2009). Trata-se de um conjunto de técnicas de investigação através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto. Segundo Minayo (2014) esta é a forma que melhor atende a investigação qualitativa do material referente à saúde. Sendo assim a análise de conteúdo temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014). A análise foi assim dividida em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de pré-análise foi realizada mediante a organização dos conteúdos, e teve por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 2009). Retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 2014).

Na fase seguinte, que consiste na exploração do material, foi feita a análise do texto sistematicamente. Esta análise é realizada em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014).

Ao final realizou-se o tratamento dos resultados e interpretação. Os resultados brutos, ou seja, as categorias que utilizadas como unidades de análise foram submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitiram ressaltar as informações obtidas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2014).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos da pesquisa seguiram o previsto na Resolução CNS nº466/12 de 2012, e no documento gradação de riscos, disponível no site do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (CEP/UFJF).

O projeto de pesquisa foi aprovado com o parecer nº 3.356.052.

Os municípios convidados e que aceitaram participar da pesquisa, assinaram, na pessoa Secretário Municipal de Saúde, a declaração de infraestrutura para realização dos grupos focais. Todos os participantes do grupo focal assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A cobertura estimada de Estratégia de Saúde da Família foi feita com base na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), onde a média recomendada para cada Equipe de Saúde da Família é de 3.000 habitantes. Foi calculado para as Regiões de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e para os municípios da Região Centro Sul Fluminense, sendo o cálculo feito pelo número de Equipes de Saúde da Família x 3000/população residente no mesmo local e período x100 (Tabelas 12 e 13).

Tabela 12 – Cobertura Estimada de Estratégia de Saúde da Família, Segundo Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 - 2017

Região de Saúde (CIR)	2013	2014	2015	2016	2017
Baia da Ilha Grande	82 %	96%	98%	99%	86%
Baixada Litorânea	45%	47%	47%	47%	47%
Centro-Sul	100%	101%	101%	99%	108%
Médio Paraíba	63%	67%	68%	64%	68%
Metropolitana I	32%	36%	38%	47%	49%
Metropolitana II	56%	57%	50%	55%	60%
Noroeste	76%	79%	86%	87%	90%
Norte	20%	24%	26%	28%	29%
Serrana	44%	45%	46%	43%	48%
Total Estadual	40%	44%	44%	50%	53%

Fonte: População segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o TCU

Número de ESF Ministério da Saúde – CNES (2018).

Tabela 13 – Cobertura Estimada de Estratégia de Saúde da Família, Segundo Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013 - 2017

Município	2013	2014	2015	2016	2017
Areal	100%	100%	100%	100%	100%
Comendador Levy Gasparian	100%	100%	100%	100%	100%
Engenheiro Paulo de Frontin	100%	100%	100%	100%	100%
Mendes	100%	100%	100%	100%	100%
Miguel Pereira	97%	73%	85%	60%	100%
Paracambi	49%	49%	48%	48%	54%
Paraíba do Sul	100%	100%	100%	100%	100%
Paty do Alferes	90%	90%	78%	89%	100%
Sapucaia	100%	100%	100%	100%	100%
Três Rios	91%	100%	100%	100%	100%
Vassouras	100%	100%	100%	100%	100%
Total para a Região de Saúde	100%	100%	100%	99%	100%

Fonte: População segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o TCU
Número de ESF Ministério da Saúde - CNES (2018).

A população foi calculada segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU) mesmo local e período, e o período analisado abrangeu os anos de 2013 a 2017. O número de Equipes de Saúde da Família do banco de dados secundários do Ministério da Saúde, disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), acesso em 28 de maio de 2019. A tabulação dos dados foi feita através do software para análise dos dados *TabWin 32*, também disponibilizado no sítio eletrônico do DATASUS.

Segundo a Portaria nº 2.488, os municípios poderiam pleitear Equipes de Saúde da Família, as quais o município e o Distrito Federal fazem jus ao recebimento de recursos financeiros específicos, que seria calculado com base no número da população residente naquele local e período/2400 (BRASIL, 2011). Assim, justifica-se coberturas elevadas, quando comparadas aos parâmetros mínimos definidos nas portarias de referência.

Vale ressaltar que a nova PNAB, através da Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo

a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS, utiliza como parâmetros uma população adscrita por Equipe de Atenção Básica (EAB) e de Saúde da Família (ESF) de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica. No entanto ela traz a possibilidade de novos formatos de estruturação das Equipes, e não apenas aqueles previstos na portaria anterior, pautados nas equipes com ESF. Sendo assim, optamos por manter o modelo da Portaria nº 2.488, devido ao período a ser estudado.

Ao analisar os dados de cobertura de Estratégia de Saúde da Família, verificamos que a Região Centro Sul Fluminense vem se mantendo como a mais alta cobertura do Estado no período analisado. Já entre os municípios da Região, Paracambi, permaneceu com a mais baixa cobertura de ESF, destoando dos demais municípios da região. Miguel Pereira também apresentou durante o período analisado uma baixa cobertura, comparado aos demais municípios da região, mas no último ano analisado atingiu 100% de cobertura de ESF. Esses dados corroboram com os achados no início do estudo.

Outro parâmetro a ser estudado foi a cobertura de médicos na ESF. Esse cálculo foi feito com o número de médicos cadastrados nas ESF/número de equipes de ESF X 100, das regiões de saúde do estado do Rio de Janeiro, e também dos municípios da Região Centro Sul Fluminense. O número de médicos cadastrados nas Equipes de Saúde da Família e o número de equipes de ESF foram retirados do banco de dados secundários do Ministério da Saúde, disponibilizado no sítio eletrônico do DATASUS (Tabelas 14 e 15).

Quando analisamos a cobertura de médicos em relação ao número de Equipes na ESF da Região Centro Sul Fluminense, a região apresenta a mais baixa cobertura dentre as Regiões de Saúde do Estado, se mantendo assim até 2015, onde permanece nos dois últimos anos estudados como a segunda cobertura mais baixa (Tabela 14).

Shraiber (1996), relatou que o trabalho coletivo no PSF já representava um grande desafio organizacional, pois levaria a medicina para um contexto global de assistência, precisando se articular para chegar a uma atenção integral à saúde, pontuando muito em seu trabalho o contexto médico nesse novo modelo.

Tabela 14 – Cobertura de Médicos na Estratégia de Saúde da Família, Segundo Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 - 2017

Região de Saúde	2013	2014	2015	2016	2017
Baia da Ilha Grande	66,20	82,56	76,14	65,56	61,25
Baixada Litorânea	56,76	65,83	67,50	70,16	77,60
Centro-Sul	42,59	51,82	48,18	55,05	57,98
Médio Paraíba	46,74	61,22	65,50	67,02	62,00
Metropolitana I	85,15	83,37	90,46	95,76	96,29
Metropolitana II	64,97	61,68	66,07	64,52	60,19
Noroeste	55,29	69,66	60,42	53,06	45,54
Norte	59,65	69,01	74,03	71,08	67,42
Serrana	54,07	66,67	64,83	61,76	67,11

Fonte: População segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o TCU Número de Médicos na ESF Ministério da Saúde - CNES (2018).

Tabela 15 – Cobertura de Médicos na Estratégia de Saúde da Família, Segundo Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013 - 2017

Município	2013	2014	2015	2016	2017
Areal	40%	80%	60%	80%	40%
Comendador Levy Gasparian	100%	100%	75%	75%	50%
Engenheiro Paulo de Frontin	50%	50%	50%	67%	67%
Mendes	71%	71%	57%	57%	71%
Miguel Pereira	38%	33%	29%	20%	22%
Paracambi	25%	25%	50%	38%	56%
Paraíba do Sul	35%	47%	35%	41%	53%
Paty do Alferes	25%	25%	14%	38%	55%
Sapucaia	71%	71%	43%	100%	100%
Três Rios	33%	57%	61%	54%	68%
Vassouras	43%	43%	50%	64%	50%

Fonte: População segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o TCU (2018).

Número de Médicos na ESF Ministério da Saúde - CNES (2018).

Gonçalves (2009) expõe em seus estudos a importância do médico no PSF e a necessidade de mudar o pensamento médico desde a sua formação, para estar

preparado para o novo modelo de atenção. Outro estudo mais recente, cita como principais dificuldades em ter ou manter o profissional médico no PSF diversos fatores entre eles, o tempo de disponibilidade não condizente com o previsto na Estratégia de Saúde da Família, falta de incentivo à especialização na área e ainda a alta demanda e incidência de casos complexos, com dificuldade de referenciamento aos demais níveis de assistência (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

A falta deste profissional ou sua inabilidade para atuar na APS nessa perspectiva de atenção integral deve ser avaliada diante desses dados apresentados, já que a baixa cobertura de médicos na ESF na Região Centro Sul Fluminense como nos municípios que compõem a mesma pode levar a uma relação com as altas taxas de ICSAP, mesmo tendo alta cobertura de ESF.

A constituição das Equipes de Saúde da Família (ESF) teve origem com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), notadamente na Região Nordeste do País (Ceará e Pernambuco), e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF) em todo o Brasil, e até os dias atuais os Agentes Comunitários de Saúde continuam sendo o principal elo entre as Unidades de Saúde da Família e a população daquele território.

Diante disso foi calculado o percentual de cobertura da população acompanhada pelos ACS (Tabela 16 e 17). Para o cálculo deste percentual, são necessárias duas etapas, primeiro é necessário saber o número de ACS para a população total, obtido dividindo-se a população total residente por 400. Na segunda etapa, calculamos o nº de ACS existentes / nº de ACS para a população total x100. A população total foi calculada segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU) mesmo local e período, e os períodos analisados foram os anos de 2013 a 2017. O número de ACS foi extraído do banco de dados secundários do Ministério da Saúde, disponibilizado no sítio eletrônico do DATASUS.

Tabela 16 – Percentual da população Acompanhada pelos ACS, Segundo Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 - 2017

Região de Saúde (CIR)	2013	2014	2015	2016	2017
Baia da Ilha Grande	56%	66%	66%	66%	60%
Baixada Litorânea	40%	38%	37%	37%	35%
Centro-Sul	84%	84%	81%	80%	81%
Médio Paraíba	58%	57%	55%	48%	58%
Metropolitana I	34%	35%	36%	41%	39%
Metropolitana II	48%	43%	37%	41%	42%
Noroeste	68%	70%	71%	68%	76%
Norte	32%	34%	38%	35%	36%
Serrana	45%	45%	43%	39%	43%

Fonte: População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ - IBGE
Ministério da Saúde - CNES - Agente comunitário de saúde (2018).

Tabela 17 – Percentual da população Acompanhada pelos ACS, Segundo Municípios da Região de Saúde Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017

Município	2013	2014	2015	2016	2017
Areal	100%	97%	97%	97%	100%
Comendador Levy Gasparian	100%	100%	100%	100%	100%
Engenheiro Paulo de Frontin	68%	97%	91%	97%	94%
Mendes	89%	89%	87%	89%	89%
Miguel Pereira	79%	79%	63%	73%	71%
Paracambi	52%	50%	52%	49%	63%
Paraíba do Sul	93%	96%	98%	89%	88%
Paty do Alferes	66%	61%	54%	64%	64%
Sapucaia	116%	116%	107%	98%	93%
Três Rios	88%	86%	81%	80%	79%
Vassouras	99%	101%	100%	100%	98%

Fonte: População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ - IBGE
Ministério da Saúde - CNES - Agente comunitário de saúde (2018).

Nas tabelas 16 e 17 o percentual de cobertura da população acompanhada pelos ACS nas Regiões de Saúde seguiu o padrão das coberturas de ESF e ACS. Em relação aos municípios da região apresentou variação ao longo dos anos, mas também com destaque para o município de Paracambi que apresentou o menor percentual de cobertura pelos ACS.

Para o cálculo do indicador relativo ao percentual das internações sensíveis à atenção primária, as internações foram elencadas segundo a lista brasileira ajustada por condições sensíveis à atenção primária, regulamentadas pela Portaria nº 221/MS de 17 de abril de 2008 (Tabela 3, Anexo I). Utilizou-se a fórmula: total de internações no SUS por essas causas segundo município de residência, dividido pelo total de internações dos pacientes residentes, no mesmo local e período, multiplicado por 100.

As internações sensíveis foram analisadas por grupos de causas, segundo regiões de saúde e municípios da Região de Saúde Centro Sul. O período selecionado foi de 2013 a 2017, tendo como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) processada, com dados extraídos do banco de dados secundários do Ministério da Saúde disponibilizada no sítio eletrônico do DATASUS. A população total foi calculada segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU) mesmo local e período, e o período analisado foi entre os anos de 2013 a 2017.

Tabela 18 – Percentual das internações sensíveis à Atenção Primária da região de saúde Centro Sul Fluminense, 2013 - 2017

Região de Saúde de Residência	2013	2014	2015	2016	2017
Baia da Ilha Grande	14,35	16,55	15,78	17,59	17,03
Baixada Litorânea	13,50	12,73	12,10	12,41	13,4
Centro-Sul	21,59	21,69	21,31	21,56	18,98
Médio Paraíba	19,44	18,53	18,19	19,17	19,89
Metropolitana I	13,78	12,59	12,66	12,92	12,54
Metropolitana II	27,07	26,31	25,38	23,55	17,52
Noroeste	25,44	26,81	27,48	24,62	22,04
Norte	15,80	15,30	14,74	15,91	15,79
Serrana	21,38	19,82	20,62	19,06	18,97

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ – IBGE (2018).

Tabela 19 – Percentual das internações sensíveis à Atenção Primária, segundo municípios da região de saúde Centro Sul Fluminense, 2013 - 2017

Município de Residência	2013	2014	2015	2016	2017
Areal	15,69	10,18	14,13	10,86	10,89
Comendador Levy Gasparian	13,01	11,82	10,15	8,96	7,49
Engenheiro Paulo de Frontin	38,56	39,15	36,79	29,75	33,98
Mendes	24,37	27,66	24,58	29,29	24,12
Miguel Pereira	21,37	21,60	20,66	22,60	23,53
Paracambi	28,24	30,23	31,10	32,36	27,61
Paraíba do Sul	18,23	22,04	20,43	20,59	19,38
Paty do Alferes	20,95	21,42	20,03	20,50	23,20
Sapucaia	7,95	8,73	8,11	8,20	8,73
Três Rios	18,02	15,66	15,49	17,31	10,14
Vassouras	23,61	21,23	22,82	20,95	19,00

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ – IBGE (2018).

Os dados de ICSAP das tabelas 18 e 19 apontam, assim como os evidenciados no início do estudo, para a Região de Saúde Centro Sul Fluminense se mantendo entre as três regiões com maior percentual de ICSAP do Estado no período analisado (Tabela 18). Já entre os municípios da região Engenheiro Paulo de Frontin e Paracambi aparecem com maior percentual de ICSAP, já Sapucaia o menor (Tabela 19).

Diversos autores têm analisado os fatores associados ao risco evitável de hospitalização, avaliando os efeitos do modelo de APS, assim as ICSAP podem ser um instrumento de avaliação de efetividade e impacto da APS, levando-se em conta todos os contextos que a cercam, no campo social, econômico, político e cultural (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2013).

Compreender as diferentes realidades onde ocorrem as ICSAP é também muito importante, pois questões relacionadas à estrutura e ao processo de trabalho também interferem na efetividade deste nível de atenção (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2013). Resolutividade, dificuldade de acesso e oferta desordenada também podem refletir em internações por condições sensíveis já que, o desempenho dos serviços nesse nível de assistência pode impactar positiva ou negativamente na prevenção e controle dos agravos preditivos a estas hospitalizações (FERREIRA *et al.*, 2014).

Mesmo com o aumento da cobertura da ESF, alguns estudos não apontam diminuição das ICSAP (COSTA *et al.*, 2017). Assim, o aumento da cobertura pode não ser suficiente para a redução consistente desse indicador, e estudos que avaliam qualidade da atenção, estrutura e processo de trabalho neste nível de atenção ainda são insipientes (ARAUJO, 2017). Segundo Araujo *et al.* (2017), para impactar nesse indicador, a APS deve ser efetivada como coordenadora da rede de cuidados, buscar melhorar a qualidade das ações, a estrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e o processo de trabalho das ESF.

Porém, esses resultados não são unânimes, e em grandes centros urbanos, alguns autores apontaram exatamente o oposto (REHEN, 2011). No Reino Unido, alguns estudos apontam que as barreiras de acesso estão associadas à alta prevalência de procura por serviços de emergência e internações desnecessárias, mesmo tendo o sistema de APS bem estruturado (CECIL, 2016).

Segundo Ferrer (2016), existem outras causas que apresentam influência no acesso e nos serviços primários, além da organização dos serviços. No seu estudo, foi observado que o modo como o usuário pensa ou reage diante das necessidades

de saúde e a crença de que os serviços de emergência têm maior capacidade de resolução são apontados como fatores para a procura a outros níveis de atenção.

Para entender quais os principais grupos de condições sensíveis são mais frequentes na região de saúde e nos municípios que compõem a mesma, foi realizado o cálculo das taxas de ICSAP por grupos de doenças, segundo a lista brasileira de classificação das condições sensíveis. Classificando-as com o objetivo de avaliar quais as maiores causas por região do estado do RJ e por municípios da Região Centro Sul Fluminense. As taxas de ICSAP foram definidas como a razão entre o número de ICSAP e a população da região ou município, no período de 2013 a 2017 para 1.000 habitantes, tendo como base populacional a média do período segundo estimativa populacional elaborada pelo IBGE para o TCU.

As ICSAP foram extraídas do banco de dados secundários do Ministério da Saúde, disponibilizadas no sítio eletrônico do DATASUS, tendo como instrumento básico a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), processadas no período de 2013 a 2017. A população total foi calculada segundo estimativa elaborada pelo IBGE para o Tribunal de Contas da União (TCU) mesmo local e período, e o período analisado abrangeu os anos de 2013 a 2017.

Tabela 20 – Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, segundo Estado, Brasil, 2013 – 2017

Estado	ICSAP	Nº ICSAP no período	Taxa/1000
Estado do Rio de Janeiro	Doenças cerebrovasculares	75936	4,59
	Insuficiência cardíaca	71045	4,29
	Infecção no rim e trato urinário	50829	3,07
	Pneumonias bacterianas	49473	2,99
	Infecção da pele e tecido subcutâneo	46486	2,81

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS); Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ – IBGE. Taxas de ICSAP por mil habitantes (2018).

Tabela 21 – Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, segundo Região de saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2013 – 2017

Região de Saúde	ICSAP	Nº ICSAP	Taxa/1000
	Doenças cerebrovasculares	3062	9,34
	Insuficiência cardíaca	2918	8,90
Região Centro-Sul	Infecção no rim e trato urinário	2836	8,65
	Diabetes mellitus	2056	6,27
	Pneumonias bacterianas	1853	5,65

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ – IBGE. Taxas de ICSAP por mil habitantes.

Tabela 22 – Causas mais frequentes de Internações por Condições Sensíveis a APS, em número absoluto e taxas, segundo municípios da região de saúde Centro Sul Fluminense, 2013 – 2017

			(continua)
Município	ICSAP	Nº ICSAP	Taxa/1000
	Doenças cerebrovasculares	88	7,35
	Insuficiência cardíaca	69	5,77
Areal	Angina	48	4,01
	Diabetes mellitus	48	4,01
	Infecção no rim e trato urinário	38	3,18
	Doenças cerebrovasculares	34	4,11
Comendador Levy Gasparian	Angina	26	3,15
	Pneumonias bacterianas	23	2,78
	Insuficiência cardíaca	23	2,78
	Diabetes mellitus	20	2,42
Engenheiro Paulo de Frontin	Insuficiência cardíaca	199	14,68
	Infecção no rim e trato urinário	176	12,98
	Doenças cerebrovasculares	121	8,92
	Diabetes mellitus	114	8,41

	Deficiências nutricionais	113	8,33
Mendes	Doenças cerebrovasculares	261	14,42
	Insuficiência cardíaca	229	12,65
	Pneumonias bacterianas	197	10,89
	Infecção no rim e trato urinário	122	6,74
	Diabetes mellitus	108	5,97
Miguel Pereira	Doenças cerebrovasculares	326	13,12
	Insuficiência cardíaca	283	11,39
	Gastroenterites Infecciosas e complicações	247	9,94
	Diabetes mellitus	230	9,26
	Infecção no rim e trato urinário	200	8,05
Paracambi	Infecção no rim e trato urinário	1136	22,92
	Insuficiência cardíaca	669	13,50
	Doenças cerebrovasculares	513	10,35
	Diabetes mellitus	413	8,33
	Hipertensão	323	6,52
Paraíba do Sul	Gastroenterites Infecciosas e complicações	449	10,58
	Insuficiência cardíaca	399	9,40
	Infecção no rim e trato urinário	350	8,25
	Doenças cerebrovasculares	338	7,97
	Diabetes mellitus	324	7,64
Paty do Alferes	Doenças cerebrovasculares	324	12,07
	Gastroenterites Infecciosas e complicações	266	9,91
	Infecção no rim e trato urinário	244	9,09
	Diabetes mellitus	243	8,27

	Insuficiência cardíaca	222	8,27
	Angina	60	3,40
	Doenças cerebrovasculares	39	2,21
Sapucaia	Insuficiência cardíaca	21	1,19
	Pneumonias bacterianas	19	1,08
	Diabetes mellitus	18	1,02
	Doenças cerebrovasculares	433	5,47
	Infecção no rim e trato urinário	397	5,02
Três Rios	Diabetes mellitus	379	4,79
	Pneumonias bacterianas	354	4,47
	Deficiências nutricionais	341	4,31
	Pneumonias bacterianas	604	17,04
	Doenças cerebrovasculares	585	16,51
Vassouras	Insuficiência cardíaca	483	13,63
	Angina	213	6,01
	Diabetes mellitus	159	4,49

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS): Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); População Residente - Estimativas de população para o TCU/RJ – IBGE. Taxas de ICSAP por mil habitantes (2018).

As três causas de maior frequência permanecem as mesmas no período estudado, tanto para o Estado do Rio de Janeiro (Tabela 20), quanto para a Região de Saúde Centro Sul Fluminense (Tabela 21), que são as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e infecção no rim e trato urinário. Nos municípios da região elas também aparecem entre quase todas as cinco causas mais frequentes (Tabela 22).

As doenças imunopreveníveis, normalmente apontadas como as mais frequentes em outros estudos, não aparecem entre as cinco mais frequentes neste estudo. Alfradique *et al.* (2009) cita em seu estudo que em se tratando de doenças infecciosas ou agudas, a APS poderia prevenir ou controlar as complicações, e assim não deveria resultar em internações, já que normalmente podem ser tratadas em ambulatório, e apenas por falta de assistência apropriada apresentam complicações, necessitando internação.

Em contraponto com as doenças crônicas, responsáveis pela maior parte da demanda da APS, e que evidenciaram os agravamentos, ocorreram com mais frequência quando não havia acompanhamento regular e sistemático pelo nível primário de atenção. Ou quando estas se encontravam em estágios mais avançados. Assim segundo Alfradique *et al.* (2009) as ICSAP podem indicar barreiras de acesso a esse ou a outros serviços de saúde, bem como a falta de ações e estratégias para prevenir o agravo das doenças.

Os resultados e discussões apresentados nessa segunda parte do estudo são oriundos dos grupos focais realizados com as equipes de seis municípios da Região Centro Sul Fluminense do Rio de Janeiro. Os grupos focais permitiram à pesquisadora captar e discutir com os profissionais os resultados da avaliação quantitativa realizada previamente que apontou a região como uma das maiores em termos de cobertura de ESF do Estado do Rio de Janeiro. Em contraponto, apresentou as maiores taxas de Internações por Condições Sensíveis a APS. Os achados iniciais possibilitaram às equipes um momento de reflexão e análise conjunta dos dados apresentados.

Emergiram da análise dos dados da avaliação das altas ICSAP, de seis municípios da Região Centro Sul Fluminense do Rio de Janeiro, que apresentava alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família.

As categorias foram intituladas: Percepção dos profissionais sobre os resultados da avaliação das condições sensíveis a Atenção Primária em Saúde, da Região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro; Fatores que corroboram para o aumento das ICSPAP, na região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro; e Ações e Estratégias apontados pelos profissionais para diminuir os fatores que corroboram com o aumento das ICSAP.

Foram apresentados os resultados da avaliação das ICSAP do Estado do Rio de Janeiro, da região Centro Sul Fluminense, por municípios.

Categoria 1: Percepção dos profissionais sobre os resultados da avaliação das condições sensíveis a Atenção Primária da Região de Saúde Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Ao serem apresentados os resultados da avaliação das altas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, de uma região de Saúde, que apresenta alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família nos municípios estudados, a maioria

dos profissionais das equipes informou que não conhecia o Indicador de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária em Saúde, nem possuía acesso a esses dados de internações.

“Pra mim, assim, foi novo porque nós não temos acesso a esses dados e também esses dados não são informados para nós [...] foi uma surpresa até pro nosso trabalho de agente comunitário, né? [...], resultado, pelo visto, positivo”. ACS1M1

“Também nunca ouvi falar, nunca foi apresentado pra nós, primeira vez.” ACS5M1

“Porque é preciso uma, uma mestranda vir aqui na unidade pra falar dados que a gente deveria estar ciente já há muito tempo, né? ” ACS1M4

De acordo com Santos, Lima e Fontes (2019), o conhecimento acerca das ICSAP pode servir de aparato para análises objetivas sobre a situação de saúde de uma referida localidade ou região, o que possibilita a tomada de decisão tomando-se por base as informações advindas do SIS. Nota-se no presente estudo, que a alta cobertura de ESF não garante uma assistência à saúde de forma plena e com baixos índices de ICSAP, quando não leva em consideração todos os aspectos envolvidos no processo saúde e doença e seus determinantes. Questões culturais, econômicas e sociais também devem ser consideradas neste processo saúde doença, onde tais aspectos podem interferir na evolução, prognóstico e tratamento de diferentes formas, por comportamento social ou condição econômica em pacientes com mesma patologia.

Ritter, Rosa e Flores (2013) afirmam que grande parte dos dados gerados pelas equipes de ESF e que alimentam os Sistemas de Informação em Saúde são coletados meramente para cumprimento de exigências e repasse financeiro. Tais dados podem estar sendo subutilizados no que se refere ao diagnóstico situacional e planejamento das ações em saúde. Muitas vezes as equipes de ESF não detém o real conhecimento e o tratamento dos dados de maneira adequada. Ao invés disso, baseiam-se em observações pessoais, sem levar em conta o conjunto de dados epidemiológicos, sociais e econômicos imprescindíveis para o planejamento em saúde e consequente aumento da resolutividade da APS e diminuição da ICSAP (PIOVESAN *et al.*, 2005).

Observou-se nas falas dos participantes, uma carência em relação ao acesso à síntese dos dados advindos do SIS sobre as ICSAP, que poderia ser sanada através de qualificação, treinamentos e capacitações dos profissionais envolvidos com a produção do cuidado em saúde na APS. Possibilitar o acesso dos profissionais no uso das ferramentas de diagnóstico da situação de saúde da população sob sua responsabilidade é atribuição da gestão, tanto em âmbito municipal quanto local. Ao apropriar-se dessas ferramentas, os profissionais têm a oportunidade de refletir e transformar o cotidiano do trabalho, possibilitando, dessa forma, novas produções de cuidado em saúde, com vistas a melhoria das condições de saúde da população adscrita.

Não foi encontrado, na literatura científica, estudos de natureza qualitativa, quantitativa e nem mesmo revisões sistemáticas sobre o acesso dos profissionais aos SIS, o que evidencia uma lacuna sobre o tema e desperta-nos para a necessidade de aprofundamento nessa temática para elucidar as facilidades e desafios dos profissionais da APS em relação à obtenção e análise dos dados epidemiológicos.

E corroborando com o desconhecimento dessas informações pelos participantes, os relatos a seguir demonstram a dificuldade de acesso aos dados de internações. A falta de acesso e de conhecimento dos dados de Internações por Condições Sensíveis foi recorrente em todos os grupos realizados.

“Nós não temos acesso a esses dados.” ACS1M1

“É muito simples. Eu não conhecia esses dados não.” Md1M3

“...nós não somos participantes enquanto equipe. É muito centralizado os dados, entendeu? Por exemplo, a gente não tinha ciência disso. Desses dados aí. Nunca ninguém falou pra gente.” ACS1M4

“E porque que eles não passam isso pra gente? Não chega até a gente? Igual ele falou: eles não falam pra gente... Eles poderiam passar pra enfermeira e falar: oh, teve uma internação área do agente comunitário, área 2 ou área 3, é tem que tá fazendo uma busca ativa, ir lá saber como que tá, pedir pra procurar a unidade pra investigar. A gente não tem essa resposta também do hospital. Aí eu não sei também te dizer: se o hospital não passa pra Secretaria de Saúde ou se passa pra Secretaria de Saúde porque não chega até agente, não chega.” TE1M4

Andrade e Francischetti (2019) em estudo sobre referência e contrarreferência ressaltam a importância da comunicação entre os serviços de maior e menor complexidade como forma de assistir o usuário do SUS considerando os princípios

da integralidade, equidade e universalidade. Para isso, torna-se fundamental mecanismos efetivos de *feedback* entre todos os níveis de atenção à saúde como forma de amparar e qualificar a Rede de Atenção à Saúde.

Pereira (2018) em estudo sobre as facilidades e dificuldades em relação à referência e contrarreferência na Rede de Atenção à Saúde (RAS), concluiu que esta ocorre de forma desarticulada e, ainda assim, de maneira informal. No estudo supracitado identificou-se a inexistência de elo entre o primeiro nível de atenção à saúde e os demais níveis assistenciais, o que acarreta em descontinuidade do cuidado e fragilidade da RAS. No entanto, o estudo aponta que o prontuário eletrônico é uma ferramenta potencial para o aprimoramento do mecanismo de referência e contrarreferência. O estudo considerou ainda, uma proposta de fluxograma de referência e contrarreferência entre a APS e atenção terciária.

De acordo com Mendes (2011), para a efetivação da RAS é necessário um sistema eficiente de fluxo e contrafluxo de informações. Na grande maioria dos atendimentos, o próprio usuário e/ou família é a fonte exclusiva de informações. Tal fato ratifica a falta de uma comunicação formal entre os serviços e coloca em risco uma assistência à saúde que deveria primar pela qualidade e continuidade do cuidado (NETO; BRACCIALLI; CORREA, 2018).

A literatura aponta as lacunas existentes quando o assunto é referência e contrarreferência. Muito do que se discute perpassa o entendimento de que as ICSAP poderiam ser reduzidas, desde que existissem uma melhor comunicação entre os profissionais da rede. Através da comunicação, torna-se possível o levantamento de dados objetivos e subjetivos, que é o primeiro passo para o estabelecimento de um diagnóstico e plano terapêutico, focados nas necessidades individuais e coletivas da população adscrita. A comunicação numa equipe interdisciplinar é a chave mestra para um trabalho integrado, responsável e com valorização de todos os saberes e gera como produto a proposição de ações que procuram responder todas as demandas de saúde no seu conceito ampliado.

Mas, para além das questões relacionadas a referência e contrarreferência, outro nó pode estar relacionado aos sistemas de informações propriamente ditos, que minimamente deveriam garantir que dados coletados fossem transformados em informações. Para isso, as informações precisam ser coletadas de forma correta, armazenadas nos bancos de dados e enfim processadas, e apenas se realizadas de forma articulada, tornam-se capazes de transformar dados em informação. A

qualidade desses dados lançados são fundamentais para que de fato as informações sejam relevantes e fidedignas.

Os dados apresentados foram analisados pelos membros das equipes que apontaram alguns aspectos para justificar alguns dos resultados. Foram citadas a falta de adesão dos pacientes ao projeto terapêutico proposto, e aos serviços oferecidos na APS de um modo geral, e ainda a dificuldade em aderir ao tratamento proposto, seja por desconhecimento da patologia ou por dificuldade em aceitar que está acometido por aquela patologia, o que leva ao agravamento da mesma.

Os primeiros aspectos citados foram a baixa adesão dos usuários aos tratamentos, e as atividades de prevenção e promoção a Saúde.

“...por mais que a gente entenda que é a porta de entrada, que nós temos que trabalhar com prevenção, nem sempre o próprio usuário tem essa consciência.” E1M1

“...para chegar ao paciente é muito complicado, porque nem sempre o próprio paciente ele aceita.” E1M2

“Às vezes eles vêm aqui na unidade, até marca consulta, pega receita, mas não toma o remédio. Por mais que, aí daqui a pouco ele tá tomando insulina porque só vai agravando.” ACS1M2

“. A gente fez o grupo de hipertensos e diabéticos, né, que era de 15 em 15 dias pra eles virem, a gente fazia uma, uma palestra, é, a gente aferia, né a pressão e as taxas, tudo direitinho e a gente anotava tudo no cartãozinho. E assim, a gente começou, né, um grupo legal, mas depois a gente foi vendo, já vinha 2, já vinha 1, né.” E1M3

“Eu falei: olha, se você não mudar seus hábitos, você vai ter um AVC, você vai ter infarto, falei de todas as complicações. Passou uns quinze dias ela teve um AVC.” E1M6

“De modo geral, né, nós da área de saúde tentamos, assim, heroicamente, lutar contra o sistema, né e convencer, é... convencer alguns pacientes que eles não querem aderir ao tratamento...” Md1M6

Outro aspecto indicado pelos participantes foi a descontinuidade do tratamento pelos usuários do sistema. Se a doença estabiliza o paciente não quer mais aderir ao tratamento.

“O hipertenso se ele tá com uma pressão 12 por 8, ele não quer mais tomar o remédio, não quer.” E1M2

“...o paciente ele, ele não trata. Agora o porquê não trata, entendeu, aí é a questão, né.” Md1M6

Um estudo sobre a adesão e o tratamento da diabetes mellitus e o papel da família a essa nova realidade evidenciou que usuários portadores dessa condição crônica apresentavam conhecimento incipiente com relação à patologia e o manejo da mesma. Verificou-se a necessidade do fortalecimento dos programas de educação em saúde com vista à maior adesão ao plano terapêutico (MARTINS; RODRIGUES, 2019). Outros estudos apontam que o desconhecimento sobre a situação de saúde acarreta em práticas ineficazes de prevenção e promoção da saúde (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011; POLICARPO *et al.*, 2014). Portanto, a identificação da realidade de cada usuário e a análise global do contexto em que o mesmo está inserido são requisitos importantes para a proposição de ações, que serão compreendidas e colocadas em prática pelo indivíduo e família, através de uma linguagem simples e acessível independentemente do nível de instrução de cada pessoa.

Medeiros *et al.* (2014) e Remondi, Cabrera e Souza (2014) apontam que os principais motivos que levaram os indivíduos portadores de doenças crônicas à não adesão ao tratamento foram dificuldades de acesso aos medicamentos; falta de compreensão sobre a posologia dos medicamentos e grande variedade dos mesmos; dificuldade de entendimento sobre a enfermidade; incerteza sobre o que é recomendado pelos profissionais de saúde e esquecimento em relação à autoadministração dos medicamentos.

As falas dos participantes demonstram as dificuldades do serviço em manter o acompanhamento rotineiro das condições crônicas de saúde devido à falta de constância dos indivíduos assistidos, o que reflete na corresponsabilização pelo cuidado. Entretanto, as equipes de ESF são plenamente capazes de traçar estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento, como por exemplo, o fortalecimento do vínculo indivíduo/família com a equipe multiprofissional.

Como apontado em estudo prévio, a descrença na equipe de saúde representa um entrave para um acompanhamento de sucesso (REINERS *et al.*, 2008). Trazer esse usuário/família e torná-lo parceiro nessa empreitada é papel da ESF, além de articular outras propostas que sejam adequadas a cada caso. Não basta apenas culpabilizar o usuário/família pelo insucesso no tratamento. É preciso voltar o olhar para si enquanto uma equipe multiprofissional e vislumbrar as possibilidades com vistas a garantir a manutenção da saúde e prevenção de agravos, evitando, dessa forma, ICSAP.

A Rede de Atenção à Saúde também foi um ponto abordado com bastante frequência, principalmente apontou falhas na APS e na Rede de Atenção à Saúde, assim como nos segmentos para tratamento tanto em nível local, quanto nas Referências Regionais. A oferta de serviços é apontada como insuficiente para a demanda, principalmente para marcação de exames e de consultas especializadas. A longa espera, gera complicação do quadro, ocasionando internações evitáveis. Se a Rede de Atenção à Saúde não funciona, impacta na efetividade da APS. Às vezes a RAS existe geograficamente e institucionalmente, mas os profissionais da APS não conseguem acesso a essa rede efetivamente, não conseguem inserir seus pacientes aos serviços oferecidos.

Foi apontado ainda, que essa Rede com poucas especialidades no município, faz com que os pacientes precisem se deslocar e dificulta a contra referência desses segmentos para a APS e conseqüentemente o acompanhamento integral desses pacientes. E ainda, não menos relevante, a dificuldade dos usuários no acesso à rede de saúde em virtude da distância geográfica e a descontinuidade na política local de APS.

“E aí dependendo do ponto que chega, né, ela pode chegar direto pra uma internação e não para um tratamento.” E1M1

“...nós também perdemos, né, esta semana, um paciente por pneumonia, mas, assim, nós fizemos a nossa parte, encaminhamos para o hospital, foi e ... chegou a ir para o hospital, medicado, voltou pra casa. Dia seguinte, encaminhamos novamente, medicado, voltou pra casa. Se tivesse um olhar diferenciado, ele não teria voltado duas vezes mais, talvez não teria falecido, mas o nosso serviço da atenção básica, primária foi feito, foi feito.” E1M1

“...em relação a programas. Por exemplo, aqui eu tenho uma grande dificuldade em relação à inserção de paciente Nós não escolhemos a nossa referência ” Md1M6

“A questão da corresponsabilização, dificuldade de acesso mesmo no nível primário, que tem microáreas rurais, tem pessoas que tem dificuldade de ter acesso. No nosso caso, né, na unidade de saúde de apoio, na microárea rural, as pessoas têm acesso ao atendimento, mas tem dificuldade, né, em buscar medicação ou em realizar os exames.” E1M6

“Não tem como tratar um paciente cardiovascular, sem o cardiologista. Então, assim, às vezes, esses pontos específicos, as vezes dificulta o tratamento e acaba realmente entrando na internação por conta disso.

Hoje mesmo, foi um dia de marcação...é... tinha apenas 60 vagas pro município inteiro.” ACS1M1

Bousquat *et al.* (2017) em estudo sobre a perspectiva de gestores e usuários em relação a APS e a coordenação do cuidado nas regiões de saúde evidenciaram fragilidades da APS, tanto em se estabelecer como porta de entrada preferencial na RAS, quanto em se mostrar resolutiva. Na visão dos usuários, ainda prevalece uma concepção de que a APS é simplesmente para busca e execução de procedimentos simples como aferição da pressão arterial e dispensação de medicamentos. No estudo supracitado, encontrou-se que um dos fatores relacionados à baixa resolutividade da APS foi a insuficiência de exames essenciais, medicamentos, dentre outros. Tal fato somado a outras condições estruturantes da APS inviabiliza-a enquanto coordenadora da RAS.

Para que ocorra a consolidação das redes assistenciais é necessário a reestruturação dos serviços, tendo como ponto de partida a APS. Para o fortalecimento da mesma, torna-se premente o envolvimento dos demais pontos de atenção, subsidiados pela adequação em relação ao quantitativo de recursos humanos, como financiamento, informações, comunicação e transporte. Autores reforçam ainda, que as relações devem ocorrer de forma horizontal e dialogada, com o propósito de efetivar a APS como coordenadora da RAS (RODRIGUEZ *et al.*, 2016).

A intenção da RAS, através do decreto nº 7.508/2011 é justamente garantir um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde,” (BRASIL, 2011) com vistas a superar o cuidado fragmentado, os custos elevados com saúde e dar maior eficiência ao sistema. Partindo-se do princípio do território, a RAS contribui para a redução das desigualdades loco regionais e iniquidades de acesso (DUARTE *et al.*, 2015) European Commission (2017) e Viana *et al.* (2018) reforçam que nenhum ponto de atenção isolado, seja do nível primário, secundário ou terciário, são suficientes para dar conta de todas as demandas de saúde de um indivíduo/família e comunidade. Dessa forma, é necessária a constituição de redes integradas de ações e serviços para a garantia da longitudinalidade do cuidado.

A descontinuidade política-administrativa a nível municipal da APS, talvez seja um reflexo da municipalização e da descentralização das políticas de saúde provenientes das diretrizes do SUS, onde a falta de entendimento e de planejamento

dos gestores municipais pode acarretar na falha de continuidade das estratégias traçadas em gestões anteriores (MACHADO; COTTA; SOARES; 2015).

“...a questão de não ter uma continuidade, né, mas isso não é só em M3, né. Mas como a gente tá em M3, não há uma continuidade nas políticas, por exemplo, nós estamos nesse governo, né, hoje é um ano eleitoral, nós estamos num ano eleitoral. Se não ficar o governo, vai haver toda uma mudança. Aí sai todas, sai diretora, sai todo mundo.”
ACS1M4

O relato acima quando analisado à luz da literatura, aponta para um fenômeno típico dos municípios brasileiros, quando da mudança de gestão em decorrência das eleições municipais. Os novos gestores públicos elegem prioridades vinculadas a relações políticas em detrimento de políticas, programas, projetos em curso, sem ao menos avaliar o impacto das mesmas no sistema de saúde até então. Soma-se a isso, a escolha de profissionais para ocuparem cargos estratégicos para a gestão das secretarias de saúde baseadas nas relações de confiança, sem levar em relevância a qualificação técnica para o cargo. Observa-se que em alguns municípios como o de Juiz de Fora, opta-se por aproveitar os servidores de carreira nos cargos de chefia, o que contribui para a continuidade do trabalho.

Outro aspecto apontado pelos participantes do estudo refere-se às barreiras geográficas de acesso aos serviços de saúde, especialmente para os moradores da área rural. O estudo de Galvão *et al.* (2019) que teve por objetivo avaliar a organização e o acesso à RAS por usuárias residentes em municípios do interior do Nordeste, revelou que as mesmas enfrentavam dificuldades de acesso, dada a escassa presença da equipe de ESF nos povoados da zona rural, sendo necessário o deslocamento de mais de uma hora até uma UBS tradicional. As usuárias referiram ainda, que as demandas que poderiam ser acolhidas e atendidas pelas equipes não eram atendidas, o que desencadeava a peregrinação por hospitais e Unidades de Pronto Atendimento.

Richard *et al.* (2016) apontam que zonas rurais, por apresentarem características bastante distintas das zonas urbanas, como por exemplo, grande área territorial e baixa densidade demográfica necessitam de estratégias diferenciadas com vistas a garantir os princípios elencados na Lei nº 8.080/90 e em outros dispositivos legais. Uma alternativa, nesse caso, seria a ampliação de equipes de

ESF exclusivamente para atender populações que residam em áreas que apresentam barreiras geográficas de acesso aos centros urbanos. Onde não é possível o indivíduo, família e comunidade buscar o serviço de saúde, o caminho deve ser o inverso.

A insuficiência do quantitativo dos profissionais nas equipes de APS representou um entrave para a efetivação dos serviços e ações de saúde nesse nível de assistência. Poucos médicos para atender a demanda da APS, e com a demanda maior que a oferta interfere em outras ações, como educação em saúde, promoção e prevenção à saúde. A rotatividade de médicos na APS também dificulta o vínculo, e a falta desse profissional nesse nível de assistência leva a busca pelos demais níveis de atenção.

“Eu não tô acostumado com uma comunidade desse tamanho aqui. Até hoje fico estressado pela quantidade de trabalho. Não dá. Falta médico, faz o que? Você vai fazer uma consulta mais ou menos decente que gasta tempo e simplesmente não dá. E aí não tem médico, fica um monte de gente sem consulta, fica uma fila, né? E, quem é atendido é atendido, fica um monte de gente sem atender. Aí vai ser internado a gente sabe depois, né? Pelo agente de saúde, que comunica. E não dá nem para ter sentimento de culpa.” Md1M3

“Médico aqui é uma rotatividade enorme.” ACS1M4

“Agora esse período que a gente tá sem médico, muitas pessoas da comunidade já sabem que estamos sem médico e se sentir alguma coisa, vai pro pronto socorro.” E1M4

“Tem uma alta rotatividade e não cria vínculo.” Md1M6

“Tem alta rotatividade de médico nos outros postos de saúde. Então acaba não criando... Um vínculo, né. Então aí o médico começa a criar vínculo daqui a pouquinho sai.” E1M6

Apesar de alta cobertura a equipe incompleta ou o não cumprimento da carga horária proposta pela ESF impacta na efetividade da APS, sem falar de profissionais que atuam na APS sem perfil para tal. Na análise quantitativa do presente estudo, a cobertura de médicos na Estratégia de Saúde da Família, na Região de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, a Região Centro Sul apresentou-se como uma das mais

baixas em relação as demais regiões, tal constatação pode ter uma relação importante com as altas taxas de ICSAP.

“É... então esta questão do profissional, né, da ausência do profissional. Porque a gente fala muito em cobertura em 100%, mas é na verdade, no espaço físico. A gente tem a unidade aqui, mas falta agente comunitário. Como aqui, por exemplo, nós deveríamos ter 5, nós temos duas, né?” E1M5

“A equipe técnica também não é... faz os 5 dias da semana.” E1M5

“A questão do agente comunitário, vou falar pelo agente comunitário, ele não tem 100%, mas assim não é tão difícil você fazer processo seletivo, né? ... Nós já estamos aqui um tempão sem um agente comunitário aqui.” ACS1M4

“...falta de perfil do profissional. É... o profissional que trabalha também, não entende a proposta de Estratégia Saúde da Família. É especialista em outra área. Isso eu já vi em alguns municípios. Não, não acredito naquilo, não gosto, só tá ali por causa do dinheiro. Eu acho que isso tudo influencia. E aí não dá importância que deveria e aí...chega ao hospital.” E1M5

“Então eu acho que isso é... isso e a falta de perfil, eu acho...que é o mais...mais marcante, na minha opinião.” E1M5

De acordo com Carvalho *et al.* (2016), desde a década de 1960, a escassez de profissionais médicos e a iniquidade com relação a distribuição geográfica é um grande problema para as sociedades do mundo inteiro. Nas regiões consideradas de maior vulnerabilidade e de difícil acesso a situação é ainda mais preocupante, sobretudo nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (DUSSAULT; FRANCESCHINI, 2006). Segundo Barbosa *et al.* (2018), até o presente momento, mesmo com iniciativas do governo federal como por exemplo, o Programa Mais Médicos e o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, esse ainda é um problema que não foi superado.

O estudo de Stralen *et al.* (2017) que analisou a percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas revelou que os fatores determinantes para a não permanência do profissional na equipe de saúde são os baixos salários, más condições de trabalho e pouca perspectiva de crescimento profissional. Como forma de melhorar a retenção de médicos nas áreas rurais, a *World Health Organization* (2010) recomenda uma combinação de incentivos incluindo além

da remuneração, auxílio moradia e transporte, como forma de compensar os custos com deslocamento e permanência em áreas geográficas remotas.

Outro fator relacionado a fixação do profissional médico na APS e evidenciado em estudos prévios é a flexibilidade da carga horária (EBUEHI; CAMPBELL, 2011; RODRIGUES; SILVA; ROCHA, 2010). Uma das alternativas apontadas nos estudos acima é a elaboração de acordos informais entre o profissional médico e o município, visando a redução da carga horária semanal e/ou flexibilização da mesma, de forma que, o profissional tenha a liberdade de fazer uma escala de trabalho que possibilite estar em outros empregos.

No entanto, tais práticas só poderiam ser validadas em termos legais, se os municípios fizessem a adesão ao Programa Saúde na Hora (Portaria nº 634/2019), nas quais seriam previstas a flexibilização da carga horária mínima de 20 horas semanais para profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Sendo que o somatório das cargas horárias individuais por categoria profissional não poderia ser inferior a 40 horas semanais (BRASIL, 2019). Dessa forma, as equipes de ESF ficariam cobertas durante todo o turno de trabalho. Ainda não há estudos de avaliação sobre esse novo modelo de composição das equipes e cobertura da ESF nos municípios que fizeram a opção por esse modelo.

Do ponto de vista de Silva (2011), o fortalecimento da APS está condicionado ao número de médicos dispostos a fazer carreira nesse cenário. Consideram relevante a adequação das jornadas de trabalho, não só dos profissionais médicos, mas de todos os membros da equipe, de forma a considerar a disponibilidade de tempo para estudar, reduzir a população adscrita por equipe, melhorias salariais e de infraestrutura. Portanto, a redução ou flexibilização da carga horária de forma isolada não seria a solução para a fixação dos profissionais nas equipes de ESF. Além disso, diante do exposto pelas equipes participantes do estudo, acerca das equipes de APS incompletas, a flexibilização poderia ser uma saída, já que o somatório de profissionais da mesma categoria profissional, facilitaria a cobertura da equipe durante o período de funcionamento das Unidades de Saúde, mantendo a cobertura de 40 horas semanais. No entanto, há que se considerar algumas normativas da ESF como formação de vínculo e longitudinalidade do cuidado, que poderiam ser afetadas com a flexibilização. Outras questões relevantes apontadas pelas equipes que poderiam contribuir para a diminuição do problema seriam a melhoria salarial e o Plano de Carreira para os profissionais da APS.

Outro apontamento realizado pelos participantes do presente estudo foi a falta de perfil para atuar na ESF. Especificamente em relação à categoria médica, amplamente apontada pelos participantes desse estudo. A nova PNAB (BRASIL, 2017) prevê como atribuições desse profissional a realização da atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade; a realização de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo, atendimento em domicílio e demais espaços comunitários em conformidade com os protocolos e diretrizes terapêuticas; realização da estratificação de risco e elaboração do plano de cuidados juntamente com outros membros da equipe para as pessoas que possuem condições crônicas de saúde; encaminhamento, quando necessário, para outros pontos de atenção à saúde; indicação de necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento; planejamento, gerenciamento e avaliação das ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com outros membros da equipe e o exercício de outras atribuições de sua responsabilidade (BRASIL, 2017).

Tais atributos somados aos que são inerentes as demais categoriais profissionais são fundamentais para o bom desempenho das equipes de ESF. É necessário um reconhecimento dos requisitos necessários para atuar em uma equipe de ESF e, dessa forma, eleger profissionais com perfil para tal. Isso não exige o município de ofertar as condições ideais para que o trabalho efetive-se, conforme as orientações da PNAB publicada em 2017.

Como apontado no decorrer dessa discussão, vários fatores intrínsecos e extrínsecos à APS acarretam maiores índices de ICSAP, a começar pelo desconhecimento e falta de acesso aos dados de internações, por parte dos profissionais do nível primário, sobre as principais condições clínicas dos usuários – que pertencem às suas respectivas áreas de abrangência – que ocasionaram em internações que poderiam ter sido evitadas. Porém, esse fardo não é apenas daqueles que estão na porta de entrada da RAS. Cabe especialmente as gestões estadual e municipal disponibilizar o acesso a esses dados e garantir o tratamento adequado aos pacientes acometidos por patologias preveníveis no nível primário de atenção, atuando como corresponsáveis pelas questões que envolvem o planejamento de ações e serviços que responderão às demandas de indivíduos, família e comunidade, de forma a impactar na redução das ICSAP.

A redução das ICSPAP, como discutido nesse estudo, perpassa também a consolidação da RAS. Nota-se que a APS ainda enfrenta dificuldades para assumir o seu papel de porta de entrada e ordenadora da RAS. Pode-se inferir que se deve, de alguma maneira, ainda ao pensamento obsoleto de que a APS é pouco resolutiva e caracterizada por procedimentos simplórios, o que leva o usuário/família a procurar outros pontos de atenção, como a urgência e emergência, por exemplo.

Outro fator contribuinte indubitavelmente é a descontinuidade do cuidado, considerando a rotatividade de profissionais nas equipes de ESF, sobretudo do profissional médico, muito presente nas falas dos participantes desse estudo. Esse é um problema crônico em nosso país, e por esse motivo, foram necessárias iniciativas do governo federal com vistas a preencher vagas de médicos da ESF em todo o território nacional, especialmente nas áreas mais remotas. A falta de perfil profissional para atuar na APS, também constitui-se em um empecilho para que a APS possa avançar e se consolidar como a principal porta de entrada da RAS. Perfil profissional atrelado a formação acadêmica que esse indivíduo teve nos cursos de formação técnica e graduação, que ainda reproduz o ensino sob a ótica da saúde como ausência de doença e valorização das especialidades, o que leva à perda do interesse pela formação generalista, com foco no território e na família.

Todos os fatores elencados acima impactam negativamente na atenção à saúde dos indivíduos, família e comunidade. Bons resultados são obtidos com uma base bem estruturada, onde haja gestores preparados e conhecedores das leis, resoluções, portarias e outros dispositivos, que ditem o funcionamento do SUS. Além dos aspectos citados, é necessária a comunicação entre os pontos da RAS, capacitações e treinamentos dos profissionais envolvidos, e ainda atenção aos recursos humanos e financeiros que atendam aos requisitos mínimos para uma atenção à saúde de qualidade, e o estímulo ao profissional que integra as equipes de ESF, seja através de incrementos financeiros ou melhoramento dos planos de carreira.

Categoria 2: Fatores que corroboram para o aumento das ICSPAP, na região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

Após a apresentação dos dados às equipes, foi solicitado para que os profissionais fizessem um exercício de pensarem em seus territórios e que analisassem quais poderiam ser os fatores que corroboravam para o aumento das ICSAP. Foi construído um quadro síntese, com as falas dos profissionais para melhor visualização e realização e análise das informações.

Quadro 01 – Fatores que possibilitam o aumento das ICSPAP, na região Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Subcategorias	Unidades de Registro (FALAS)
Fatores Relativos à Gestão	<p>“É reavaliação da gestão, de ver qual a necessidade do município já que foi apontado e tentar averiguar e procurar entrar, pra ajudar essas pessoas”. ACS1M1</p> <p>“Também eu acho que tem muita burocracia. É, é, você vê, eu vejo toda hora os agentes, o pessoal é um número do SUS, daqui a pouco muda, é outro, daqui a pouco outro cadastro...” D1M3</p> <p>“Tecnicamente aqui, né, eu não recebo contrarreferência, né, dos serviços que são, são, são oferecidos, ofertados na policlínica, tá. É, de modo geral não tem contrarreferência.” Md1M6</p>
Fatores associados ao paciente	<p>“Eu acho que o principal é a adesão ao tratamento mesmo porque o doutor, ele põe lá no prontuário: remédio, mas ele põe lá caminhada, ele põe hidratação, ele põe várias orientações. E aí quando o paciente retorna eu vejo que ele anota lá, né? Não fez nada... A gente fez o grupo de caminhada, né? A gente convidou, fizemos convite, né, toda semana.” E1M3</p> <p>“Aí começa a responder a medicação, acha que melhorou, não precisa mais. Ah, minha pressão tá boa, não preciso mais.” TE1M6</p> <p>“Eles não têm a percepção que a doença é pra vida toda. Tanto é, que é pra você, né, continuar porque você não cura, você, na verdade, evita uma complicação, entendeu? Eles acham que o tratamento curou. Ah, doutor, mas agora minha pressão tá normal.” Md1M6</p>

Fatores relacionados a Rede de Atenção à Saúde	<p>“Mas falta também os profissionais, igual, urologista, não tem mais. Fica meses sem marcar urologista porque não tem, tem demanda, mas não tem na rede. Em outras áreas também, não tem nutricionista, até mesmo diabetes pra poder tá orientando, dando orientação, dando um encaminhamento. Então são vários encaminhamentos pra nutricionista. Falta muito profissional também pra poder tá atuando nessa área”. ACS1M2</p> <p>“Eu acho que essa parte mesmo de profissionais porque é igual, o ginecologista, né? Nossa, a fila tá enorme e só tem uma pra atender o município todo. E nem todo mundo tem condições, né, de pagar um médico particular, um exame particular.” ACS1M3</p> <p>“Eu sinto muita falta de apoio maior de saúde mental. A gente tem muito problema de alcoolismo no município, sabe? E o uso de outras drogas, depressão.” E1M6</p>
Farmácia básica desassistida ou centralizada	<p>“Aos exames básicos, aos medicamentos, nem todos têm, né? A gente tem essa falha. Nem todo medicamento...” E1M2</p> <p>“A maior dificuldade é ter medicamento.” ACS3M2</p> <p>“Acho que isso tá geral. Mas se tivesse todos os medicamentos na farmácia, eles teriam acesso.” ACS2M2</p> <p>“Tem paciente que chega um mês com a receita e não tem acesso porque não tem aqui, às vezes não tem lá no posto central. Eles voltam no outro mês sem ter tomado durante o mês todo, porque não teve dinheiro pra comprar. Isso dificulta muito.” ACS3M2</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

A análise dos discursos dos participantes resultou em quatro subcategorias: fatores relativos a gestão, fatores associados aos pacientes, fatores relacionados à RAS e farmácia básica desassistida ou centralizada (quadro 1). Do ponto de vista dos profissionais, esses fatores corroboram para o aumento das ICSAP.

A primeira subcategoria aponta para problemas relativos a gestão, sobretudo com relação a organização da rede e pactuações. Um estudo europeu sobre o papel da atenção primária na gestão e coordenação das condições crônicas revelou que a

maior a atuação da APS está diretamente relacionada com a maior integração entre os níveis assistenciais, e, conseqüentemente, melhor coordenação das condições crônicas de saúde (GRESS *et al.*, 2009). Corrobora, ainda, o estudo de Kringos (2012) sobre a força da APS na Europa ao evidenciar a redução de hospitalizações desnecessárias e melhor qualidade de vida dos indivíduos assistidos.

Fausto *et al.* (2014) em estudo sobre a posição da ESF na RAS na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB apontou barreiras organizacionais em relação ao acesso, fluxo assistencial desordenado, baixa integração da APS/RAS, além de deficiências na coordenação entre APS e o nível secundário de atenção.

Nota-se, no presente estudo, um distanciamento entre a mesogestão e microgestão. A primeira refere-se as formas de organização dos sistemas de saúde com vistas aos atendimentos as necessidades e demandas de uma determinada população, na perspectiva de superação do modelo curativista médico-centrado. Já a microgestão está relacionada tanto à organização dos estabelecimentos de saúde como às práticas profissionais de saúde no trabalho vivo, junto aos usuários que buscam os serviços de saúde (SOUZA, 2009).

Uma gestão participativa deve estar aberta ao diálogo com os profissionais e a comunidade, disposta a entender os desafios e os potenciais para superar as iniquidades em saúde e os modelos assistenciais ultrapassados. Isso é indispensável para que se tenha efetividade e eficiência das ações e serviços de saúde. Percebe-se a falta de definições das necessidades da população assistida por determinada equipe de ESF e dos recursos necessários para o atendimento às demandas, demonstrando, assim, um desconhecimento relacionado ao território, à situação de saúde, aos determinantes e condicionantes de saúde, que são o primeiro passo para que se possa planejar e priorizar as ações específicas que direcionará todo o ordenamento da RAS, e, assim, contribuirá para a redução das ICSAP.

Outro aspecto que contribui para aumento da ICSAP, segundo os participantes, é a burocratização do serviço e a perda de informações sobre os indivíduos quando encaminhados para outros serviços. De acordo com Almeida *et al.* (2013), quando a organização dos fluxos de atendimento é discutida em conjunto com profissionais, gestores e entidades representativas, aumenta-se a resolutividade de cada nível de atenção, em especial, da atenção básica. O estudo de Magalhães e Pinto (2014) ressalta que a APS ainda precisa ser organizada para se tornar a ordenadora da RAS. Em contrapartida, a atenção secundária precisa avançar no

sentido de trabalhar o cuidado em rede, por meio de matriciamento e cuidado compartilhado.

Há que se destacar outros entraves que colaboram para uma gestão menos efetiva, como sistemas burocráticos e a falta de comunicação com os demais pontos da RAS. Acredita-se que a garantia de uma saúde com qualidade e com menos agravamento também é condicionada por mecanismos que promovam maior fluidez das informações em saúde e de forma compartilhada com outros atores, ressaltando, dessa forma, a corresponsabilização pelo cuidado individual e coletivo.

A segunda subcategoria intitulada “fatores associados ao paciente” traz à tona as dificuldades de relacionamento entre a equipe e o indivíduo/família, por motivos como omitir a presença de uma doença por medo de ser estigmatizado ou sofrer preconceito, baixa adesão ao tratamento proposto, desconhecimento sobre o papel da ESF.

Um dos pilares da ESF é a criação de vínculo entre o profissional/equipe de saúde e o usuário/família/comunidade. De acordo com Liha *et al.* (2014), essa ferramenta de trabalho visa o cuidado integral, baseado na singularidade de cada sujeito. Nogueira *et al.* (2012) afirmam que o vínculo é determinante quando busca-se compreender o processo saúde-doença e propor as medidas que responderão por essas demandas. Estudo de Morais *et al.* (2020) sobre a percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento na APS não evidenciou relações de confiança mútua entre usuários e profissionais de saúde, sendo que a rotatividade de profissionais na equipe foi apontada como um fator dificultador para o estabelecimento do vínculo.

Como evidenciado nos estudos de Liha *et al.* (2014), Nogueira *et al.* (2012), Morais *et al.* (2020) o vínculo é a essência do trabalho na ESF. Conhecer a população adscrita, colocar-se à disposição para uma escuta ativa de forma desburocratizada, sem barreiras de acesso é o ponto de partida para a construção do vínculo na ESF. Quando o usuário e/ou família sentem-se acolhidos pelo profissional e equipe, ambos passam a confiar nestes profissionais e percebe-se um maior autoconhecimento em relação à própria saúde física, mental, psicológica e social, o que contribui para uma maior adesão terapêutica, seja ela medicamentosa ou comportamental. Mas, para que isso aconteça, é necessário superar uma série de problemas estruturais que ainda impedem o funcionamento pleno da ESF de acordo com os princípios e

diretrizes elencados, como por exemplo, a rotatividade de profissionais nas equipes, programas de educação permanente, recursos humanos, materiais e financeiros.

Ainda que a rotatividade de profissionais seja um problema para as equipes de ESF há de se reconhecer as questões relacionadas à bioética profissional, que muitas vezes é impeditiva no que se refere à formação de vínculo, confiança nos membros da equipe e longitudinalidade do cuidado. Marin e Ribeiro (2018) ao analisar problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe na ESF concluíram que tais questões afetam diretamente a resolutividade da ESF, além de comprometer o atendimento aos princípios doutrinários do SUS.

Uma relação profissional/usuário/família que não se baseiam na ética profissional está fadada ao fracasso. Ainda que os códigos de ética profissionais sejam discutidos nos currículos de diversos cursos acadêmicos, deparamo-nos com situações em que o usuário e/ou família são expostos por quebra da confidencialidade, o que compromete a assistência à saúde não só a um indivíduo especificamente, mas a toda rede com quem ele se encontra conectado. Tal situação se agrava quando motivada por um profissional de saúde que reside na comunidade, levando, muitas vezes, à interrupção do vínculo, processos administrativos e até mesmo, judiciais. Portanto, ao associar o aumento da ICSAP com fatores intrínsecos ao paciente há de se refletir sobre a postura profissional de cada membro da equipe frente aos usuários e famílias sob sua responsabilidade.

Outro apontamento dos participantes da pesquisa foi o desconhecimento sobre o papel da ESF. O Estudo de Martins *et al.* (2011) sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família constatou que grande parte dos entrevistados possuíam um entendimento de um modelo biomédico de atenção, mesmo com as mudanças introduzidas a partir da implantação do PSF e posteriormente ESF. Merhy (1999) afirma que a presença de forças políticas hegemônicas e corporativistas estruturadas historicamente representam verdadeiros empecilhos para mudança do paradigma sanitário. Entretanto, Martins *et al.* (2011), acredita que cabe ao ESF buscar a mudança desse paradigma ao assumir o modelo vigente até então, como forma de empoderar e libertar a população de um pensamento ultrapassado, anterior à década de 1990.

O conhecimento, por parte da população, sobre os dispositivos da ESF é fundamental para a garantia dos direitos e o acesso à saúde. Cabe à equipe multiprofissional e aos conselhos locais de saúde (CLS) informar e divulgar na

comunidade o conceito de ESF, os objetivos, as ações e os serviços disponíveis à população, a programação e o planejamento de saúde local e os resultados esperados com as ações propostas. Além disso, é fundamental o engajamento dos profissionais, no sentido de direcionar suas práticas de saúde em consonância com o modelo centrado na equipe, no acolhimento à demanda espontânea, no reconhecimento das necessidades e demandas da população, na programação das ações grupo-específicas de acordo com o perfil epidemiológico da comunidade, contribuindo, dessa forma, para um melhor entendimento do papel da ESF e, conseqüentemente, maior adesão às proposições da mesma.

O terceiro ponto elencado pelos participantes do estudo refere-se a dificuldades enfrentadas no trabalho em rede. Identificam-se necessidades de encaminhamentos para a atenção especializada, pois não há vagas suficientes para o atendimento às demandas. Os participantes atribuíram o maior número de ICSAP à descontinuidade do tratamento no segundo nível de atenção, contribuindo para o agravamento do quadro de saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, maiores internações.

Sousa *et al.* (2014) em estudo sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde apontaram que a falta de acessibilidade aos cuidados da atenção especializada acarretou um tempo de espera superior a 12 meses, como é o caso do serviço de nutrição. Esse profissional é parte integrante da atenção à saúde quando se fala em sua promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Além de exemplificar as dificuldades no atendimento prescrito pelos preceitos da integralidade, universalidade e equidade.

Erdmann *et al.* (2013) em estudo sobre atenção secundária a respeito da saúde e as melhores práticas na rede de serviços evidenciaram que a maior proporção de exames solicitados na APS é de média complexidade, ou seja, executados no segundo nível de atenção, o que gera uma demanda maior que a oferta, representando assim, um entrave para a integralidade da atenção.

Tonelli e Lana (2017) ressaltam que a solicitação excessiva de exames complementares dificulta ainda mais o acesso dos usuários às suas necessidades, uma vez que gera um tempo de espera maior dos resultados mais urgentes, aumentam-se as despesas desnecessárias e ocasiona o desvio de recursos que poderiam estar sendo empregados em outras áreas. Ainda, os autores do estudo referem que a demanda reprimida por exames de média complexidade e a constatação de ausência de justificativa para solicitação representam um paradoxo do modelo de atenção que

prioriza a doença, com exames que visam o diagnóstico e o tratamento, ao invés de focar na prevenção e promoção da saúde.

Percebe-se que a APS apresenta um potencial limitado, tanto por dificuldades relacionadas a atuação no modelo de atenção à saúde centrado na equipe e nas necessidades de saúde da população assistida, quanto pela falta de uma retaguarda dos demais serviços da RAS, especialmente daqueles de assistência especializada. Com base nas leituras realizadas e frente aos achados desse estudo, percebe-se que o desinvestimento na área da saúde, em especial, no primeiro nível de atenção desdobra em uma série de problemas como falta de resolutividade da APS, demanda reprimida nos níveis secundário e terciário e comprometimento da qualidade da assistência em saúde, acarretando em agravamento das doenças crônicas não transmissíveis, responsáveis pelo maior número de internações e óbitos na sociedade. Investir em prevenção de doenças e promoção da saúde é o caminho para a redução dos agravos relacionados às doenças crônicas.

Mas, para isso, a APS, considerada que o locus de ações e serviços que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde necessita de um maior aporte técnico e financeiro para que o cuidado se efetiva de fato. Além disso, é necessário guarnecer os outros pontos da RAS para que elas consigam trabalhar em conjunto com a APS, já que em alguns momentos serão acionadas pela APS, tendo em vista a complexidade humana e o dever em garantir uma atenção à saúde de maneira integral.

A última subcategoria, intitulada “farmácia básica desassistida ou centralizada” traz à tona as dificuldades relacionadas à assistência farmacêutica. A “situação mundial dos medicamentos” foi o tema discutido em Geneva, 2011, em evento da World Health Organization (WHO), onde foi recomendado a disponibilização de medicamentos seguros, eficazes e necessários, sobretudo para o enfrentamento de problemas de saúde evidenciados nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (HOEBERT; LAING; STEPHENS; 2011).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, no artigo 6º, I, letra “d” inclui a assistência farmacêutica (AF) no rol do campo de atuação do SUS. De acordo com Matta *et al.* (2019), o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como a prevenção de agravos e ICSAP dependem da garantia do acesso aos medicamentos. Um inquérito domiciliar realizado com indivíduos de 20 anos ou mais, com diagnóstico de pelo menos uma DCNT, apontou que o acesso à farmácia do SUS não é o

problema central, mas sim a disponibilidade dos medicamentos. Um total de 63,9% dos entrevistados conseguiu todos os medicamentos na farmácia do SUS. Quando a análise é realizada por regiões do país, o Norte é a região que possui as maiores proporções de barreiras e falta de acessibilidade geográfica, demonstrando que o modelo de farmácia centralizada não garante a universalidade do acesso (MATTA et al., 2019).

Estudo de Koch e Czepula (2016) com profissionais da equipe multiprofissional da APS demonstrou que os principais desafios enfrentados quanto à AF na APS são falta de medicamentos da REMUNE (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais), demora na entrega de solicitações emergenciais realizadas ao abastecimento, falta de funcionários para atuar na farmácia, ausência de conhecimento da REMUNE pelos médicos e outros profissionais da equipe, desperdício de medicamentos (por prazo de validade, falta de controle na dispensação), falta de recursos humanos qualificados para dispensação, falta de protocolos para prescrição e dispensação de medicamentos e outros relacionados a legislação e gestão da AF municipal.

Os resultados do estudo Koch e Czepula (2016) demonstram a realidade dos municípios brasileiros frente à AF na APS. Os desafios apontados refletem a inobservância de um planejamento adaptado às reais necessidades da população assistida, de forma a garantir o melhor aproveitamento dos recursos e acesso aos medicamentos essenciais. Para isso, torna-se necessário a participação e o envolvimento de grupos sociais diversos, com o propósito de estabelecer as prioridades para aquela determinada localidade.

Outra questão também bastante recorrente são as solicitações feitas pelos médicos com prescrições de medicamentos ditos como de referência ou éticos. Os medicamentos éticos ou de referência, normalmente possuem um custo maior e, muitas vezes, verifica-se resistência por parte dos usuários na substituição dos ditos medicamentos por seus genéricos.

Mas, de um modo geral, a assistência farmacêutica não pareceu ser um consenso da região como facilitador do aumento das ICSAP, surgiu em apenas dois municípios durante as discussões.

Categoria 3: Ações e estratégias para à redução das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária em Saúde, Centro Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro

Nessa categoria são apresentados segmentos das falas dos participantes, resultado da análise sobre quais ações ou estratégias eles apontam como necessários para minimizar os problemas com vistas à redução das ICSAP. Emergiram 05 subcategorias que serão discutidas a seguir.

A primeira subcategoria “implementar atividades de educação/promoção direcionadas à saúde com vistas ao autocuidado e à adesão ao tratamento”, refere-se as atividades de educação e promoção em saúde, como forma de possibilitar a adesão do usuário à terapêutica e, conseqüentemente, minimizar as ICSAP. Na análise dos discursos, percebeu-se que os grupos educativos são meios pelos quais os profissionais vislumbram para alcançar menores índices de ICSAP. Os participantes se veem frente a desafios para conseguir sensibilizar os indivíduos, família e comunidade a aderir as propostas de grupos educativos promovidos pela ESF e, assim, promover a mudança interna necessária.

“Assim, né, a prevenção, né? É, pensarmos em ações, né, com esses pacientes. Mas assim, eu não sei o quê que a gente pode fazer mais, entendeu? A gente fez grupo hipertenso, grupo de diabético, grupo de caminhada, gestante, sala de espera. A gente, né, faz as orientações.” E1M3

“Conscientizar que ele realmente precisa do remédio de pressão, por exemplo, tem que se tomar de manhã, tem que se tomar à noite. Tem gente que toma de manhã e não toma de noite.” AA1M5

“... A gente faz o grupo de hipertensos e diabéticos que era mais fácil, ele já vinha, fazia o controle, assistia, né, fazia não é uma palestra, uma conversa sobre o tema que a gente fazia no dia e aí a gente já fazia um controle pra ter mais um registro, direitinho...” E1M3

O estudo de Machado *et al.* (2016) utilizou oficinas educativas mensais voltadas para o controle da HAS e DM, e a continuidade das ações se deram nas visitas domiciliares regulares. Observou-se melhores parâmetros quanto a adesão ao tratamento e modificação no estilo de vida. Esse estudo demonstra o quão potentes são as atividades de prevenção e a manutenção de vínculo da equipe de

ESF com a comunidade. Malta *et al.* (2020) reforça a importância de se trabalhar a prevenção de agravos na APS pela educação em saúde, sobretudo das DCNT.

Assim, a educação em saúde é um dos pontos cruciais para que ocorra uma melhora dos indicadores relacionados às internações por condições sensíveis à atenção primária, haja vista o poder de transformação individual e coletiva através da educação. Para que as ações de educação em saúde se efetivem de fato e tenham um alcance esperado, torna-se necessário o envolvimento da equipe junto à comunidade, de forma a responder as reais necessidades e demandas de um grupo, com linguagem acessível e abordagens que promovam a participação e a interação de todo o grupo continuamente. Não só de maneira pontual, mas condicionado à entrega de receitas e aferição da pressão arterial.

As atividades de educação em saúde devem receber a devida importância quando do planejamento das ações da equipe, pois, por meio dela evita-se desdobramentos como agudização dos quadros e aumento da prevalência das doenças crônicas, acarretando uma sobrecarga cada vez maior do SUS. O acesso ao conhecimento permite que o usuário/família tenha uma maior percepção sobre a sua saúde e as condições que possam interferir no seu completo bem-estar biológico, psicológico e social, possibilitando, dessa forma, maior adesão ao tratamento e autocuidado, contribuindo assim, para a autonomia e empoderamento em relação à manutenção da saúde.

Em relação a subcategoria “organizar e estruturar o processo de trabalho das equipes de ESF”, nota-se que os participantes consideram o trabalho em equipe uma ferramenta importante, pois visa a garantia de uma assistência à saúde pautada na integralidade, um princípio fundamental do SUS.

“A equipe, as meninas que estão na frente, mas a equipe toda está mais presente, andando mais junto com o paciente, olhando ele... sendo mais assistido. Sendo mais assistido.” E1M1

“As reuniões pra debater os casos dos pacientes. Achar aquela solução para o tratamento dele, pro acompanhamento dele”. ACS1M1

“Por isso que eu falo: a estratégia é um trabalho de repetição, de paciência, né? Que a gente sabe que uma orientação dada, às vezes por mim, pela agente, pela técnica, pela XX pode ser seguido ou não, né? E às vezes vai precisar de um apoio de um farmacêutico, de um assistente social, vai precisar da equipe multi.” E1M5

Organizar os processos de trabalho exige, num primeiro momento, o conhecimento do território e da população sob a responsabilidade de uma determinada equipe. A partir do levantamento dos dados, a equipe será capaz de analisar e traçar as estratégias necessárias para superar os problemas e agravos à saúde os quais a população está exposta. A priorização dos grupos de risco e a elaboração de agendas de trabalho compartilhadas são o ponto inicial para estruturação do processo de trabalho na APS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Além do supracitado, a atuação da equipe com enfoque nas diretrizes do acolhimento com escuta qualificada, análise de vulnerabilidade e resolutividade das demandas; atendimento à população em outros espaços que não a UBS, como por exemplo, nos domicílios, praças, escolas e outros espaços sociais; participação dos trabalhadores no planejamento, implementação e avaliação do processo de trabalho e apoio à gestão local e controle social (BRASIL, 2013), representam medidas efetivas de organização e estruturação dos processos de trabalho, capazes de responder às demandas de saúde da população e assim, contribuir para a redução das hospitalizações por CSAP.

Um processo de trabalho organizado requer o comprometimento dos profissionais com a causa e exige uma liderança que motive os profissionais envolvidos, apresentando propostas de trabalho factíveis, bem como resultados do mesmo para uma avaliação geral da equipe. Corroborando para a assertiva Abrahão, (2007) ao ressaltar a importância de uma gerência que não ocasione o desinteresse do profissional de saúde pelo ato cuidador. Segundo a autora, o trabalho realizado no modo automático tende a levar ao afastamento do profissional das atividades que envolvem um cuidado integrado, de prevenção de doenças e promoção da saúde, afetando, assim, a qualidade da assistência prestada.

Os relatos dos participantes demonstraram a importância de práticas que consideravam os múltiplos saberes, uma vez que a saúde é determinada por uma série de fatores que vão além do corpo físico e da ausência de doença. Tal apontamento é muito positivo, pois permite uma análise de que esses profissionais entendem que a reorientação de um modelo assistencial deve partir de um trabalho centrado na equipe, não fragmentado, com valorização das contribuições de todos os profissionais envolvidos com cuidado ao indivíduo, família e comunidade.

“Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde através da efetivação da referência e contrarreferência e informatização dos serviços de saúde” foi considerada, pelos

participantes do estudo, uma estratégia de redução das ICSAP. Uma RAS efetiva precisa estar articulada em todos os níveis de atenção para que todos tenham condições de responder às necessidades e demandas da população e prevenir eventos adversos à saúde.

“A não ser que já tivesse lá no sistema, né? Ser informatizado. Eles já colocassem. Ele foi encaminhado pra outra cidade que não tem especialista. Lá já está no seu prontuário”. ACS5M1

“Na verdade, o sistema não dá continuidade. Igual não sabe dali, saiu da unidade básica de saúde para o especialista, dali pra frente você não sabe o que que acontece. A não ser que o paciente voltar e ele falar com você. Mas o sistema não dá um retorno pra gente.” ACS2M1

“Se funcionasse a referência e contrarreferência. Mas não funciona. O médico mesmo da unidade básica, ele é contra porque ele faz, chega lá no outro profissional, não manda resposta pra ele, um retorno. Aí ele acaba não fazendo mais essas fichas. Não tem mais essas fichas”. ACS5M1

“Eu acho que tem que ter uma maior interação sim, da atenção primária com a, a, né...Com a atenção secundária. Inclusive o hospital. Eu já cansei de falar com a diretora do hospital: internou algum paciente da minha área, me fala. Internou por qual motivo, né? E aí a gente pode, né, tá trocando ideia, tá conversando”. E1M6

Muito discutido pelos participantes desse estudo, os mecanismos efetivos de referência e contrarreferência que fortalecem a RAS e propicia a integralidade e longitudinalidade do cuidado da pessoa assistida. *Tasca et al.* (2020) recomendam, como forma de fortalecer a referência e contrarreferência, a informatização das unidades de saúde com acesso a informações clínicas integradas dos indivíduos atendidos tanto no setor público, como no setor privado. Isso impede o deslocamento físico entre os pontos assistenciais e as barreiras informacionais. As recomendações incluem, ainda, o suporte técnico especializado através de apoio matricial, presencial ou à distância, como forma de integração da APS com os outros níveis assistenciais.

Martins (2012) afirma que o cuidado em rede tem por objetivo garantir o atendimento especializado quando necessário, tanto em nível assistencial quanto técnico-pedagógico. Desse modo, visa o cuidado compartilhado com a equipe de referência no nível primário de assistência e os especialistas da retaguarda, atuando

de forma a assegurar a integralidade e resolubilidade para a manutenção da saúde física, mental, psicológica e social de indivíduos, família e comunidade.

Os participantes do estudo perceberam a necessidade de se avançar na construção de um diálogo com os demais pontos da RAS e também com outros setores assistenciais. No entanto, encontram-se limitados quanto aos instrumentos e ferramentas informacionais, que permitem a troca de informações de maneira ágil, clara e precisa, fundamentais para o acompanhamento e prevenção de agravos.

Os Sistemas de Informação dos municípios investigados utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do e-SUS, estratégia adotada para reestruturar as informações da APS em todo país. Num aspecto amplo, refere-se à qualificação das informações visando um SUS eletrônico. Limita-se a um conjunto de informações geradas pela APS, sem fazer conexão com outros pontos da RAS. Nenhum dos municípios participantes do estudo possuem sistemas de informações próprios que possibilitem o compartilhamento dos dados. Este, quando feito, era por meio de formulário físico, tendo como intermediador, o próprio usuário e/ou família.

Os avanços no campo da tecnologia da informação têm contribuído para o aprimoramento das relações interpessoais, seja como forma de entretenimento ou para o estabelecimento das relações de trabalho. A pandemia ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-COV 2) impulsionou as comunicações de maneira remota no campo da saúde, sobretudo nos serviços especializados, que tiveram os atendimentos restritos devido a situação sanitária do país. O município de Juiz de Fora, pertencente à macrorregião de saúde sudeste de Minas Gerais, localizado a menos de 50 quilômetros do município de Comendador Levy Gasparian, participante desse estudo, disponibilizaram formas de comunicação telefônica e por videochamadas, a fim de permitir o diálogo entre os serviços da RAS.

Foram definidas prioridades de atendimento presencial e discutiu-se sobre aqueles que podiam ser manejados na APS de forma compartilhada com a atenção secundária. As circunstâncias atuais levaram ao fortalecimento do apoio matricial, ainda que as experiências sejam incipientes. Observam-se avanços consideráveis quanto ao trabalho em rede, o que certamente contribuirá para uma melhor assistência aos usuários do SUS. Portanto, a incorporação das tecnologias que propiciem a comunicação na RAS é fundamental para o fortalecimento da mesma, haja vista a importância da integração de todos os serviços para o alcance de resultados que se traduzem na melhoria das condições de saúde da população.

“Prover recursos humanos e materiais que garantam o funcionamento pleno das equipes de ESF” foi apontado pelos participantes do estudo como uma ação necessária para a redução das ICSAP. Situações como equipes incompletas, microáreas sem ACS, falta de auxiliares administrativos, rotatividade de profissionais médicos, falta de insumos e medicamentos básicos, além de um ambiente com condições mínimas para o atendimento à população constituem em verdadeiros entraves para uma assistência à saúde com qualidade.

“Precisamos de mais profissionais, né?” ACS2M2

“Eu acho que a gente tinha que ter uma estruturamelhor pra você ser melhor pro paciente também...” ACS2M2

“Não porque a falta de medicação não é só a medicação, a gente tá falando para o paciente, mas aqui na nossa unidade por exemplo, o bebedouro não tem água, a gente não tem um ar condicionado, a estrutura, falta tudo, não é só pra... falta pra gente também. E a medicação e material de curativo também. Falta muita coisa, entendeu?” ACS3M2

De acordo com Souza *et al.* (2017), a precarização dos serviços de saúde pode ser apresentada de diferentes formas, dentre elas, por meio da falta de profissionais com vínculo efetivo para atuar nas equipes de ESF, a ausência de concursos públicos e a falta de equipamentos e insumos. Os autores reforçam que relações de trabalho flexibilizadas somadas à carência de recursos materiais estimula a prática de ações imediatistas, com ênfase nos casos agudos. Isso compromete as ações que deveriam ser executadas pela APS, essencialmente a prevenção e promoção da saúde, e também a integralidade e longitudinalidade do cuidado, que pode acarretar no aumento das ICSAP.

A inexistência de condições mínimas de trabalho acarreta em descrédito no serviço de saúde, o que induz ao pensamento de baixa resolubilidade de um determinado serviço. Não há dúvidas de que os fatores relacionados à ambiência são fundamentais para as relações humanas, além de estarem intimamente ligados com a humanização do atendimento. Para isso, torna-se necessário criar espaços acolhedores, que promovam a privacidade tanto dos usuários do serviço, quanto dos profissionais de saúde, com iluminação e ventilação adequados, recursos humanos e materiais indispensáveis. É dever dos gestores das três esferas de gestão do SUS garantir as condições dignas de trabalho dos trabalhadores do SUS de forma a

responder às expectativas dos usuários, famílias e comunidade. Da mesma maneira, o controle social deve fazer valer suas funções deliberativa, normativa e fiscalizadora, inclusive em relação à alocação dos recursos humanos, materiais, econômicos e financeiros repassados pelo Governo Federal aos municípios.

A última subcategoria intitulada “ter uma gestão mais eficiente” foi apontada como uma estratégia de redução das ICSAP. Os participantes reportaram a necessidade de um planejamento coeso, recursos financeiros adequados às realidades da ESF e a articulação da gestão com os trabalhadores do SUS

“É a gestão. É a gestão. O sistema só muda se a gestão mudar”.
ACS2M1

“Planejamento, né?” E1M2

“A verba ser adequada, né.” ACS3M2

O conceito de gestão relaciona-se diretamente com a administração dos recursos disponíveis, sejam eles de natureza humana, material ou financeira. Fundamenta-se basicamente nos pilares da organização, planejamento, liderança e controle, características essenciais para uma gestão de sucesso nas instituições de saúde (FENILI; CAMPOS CORREA; BARBOSA, 2017).

Figueiredo *et al.* (2020) em estudo sobre o planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde concluíram que os requisitos como competência e compromisso são indispensáveis para o processo de trabalho na APS e para a gestão em saúde. Os autores ressaltam a importância do planejamento estratégico e participativo, de forma a contemplar os profissionais envolvidos diretamente com a assistência à saúde e aqueles responsáveis pela gestão dos serviços.

Vieira (2009) destaca que o planejamento realizado no ambiente intra-organizacional, ou seja, nas Secretarias de Saúde, geralmente restringe-se aos trabalhadores que exercem suas funções nesse local, o que leva a perpetuação de um distanciamento em relação aos executores das ações e políticas na assistência propriamente dita. Com isso, observa-se um descompasso entre metas e resultados alcançados, e o planejamento acaba por ser concebido apenas como um documento para cumprimento de exigências legais.

Por fim, os grupos focais possibilitaram conhecer e analisar, sob a perspectiva dos profissionais de saúde das equipes de ESF, a percepção desses profissionais em relação aos resultados sobre o percentual de ICSAP nos municípios pesquisados.

Surpreendentemente, os participantes alegaram desconhecimento sobre esse indicador, o que ressalta a necessidade de integrar tais dados ao cotidiano do trabalho da ESF, sobretudo no planejamento de saúde local com vistas a minimizar as ICSAP.

Os participantes elencaram uma série de fatores que possam estar corroborando para o aumento das ICSAP, que convergem em direção a outros estudos encontrados na literatura científica. Esse fato reforça a importância de se avaliar criticamente os processos de trabalho intramuro e extramuro, e traçar alternativas de aprimoramento dos processos e consequente impacto nas ICSAP.

Os achados do estudo demonstraram a necessidade de revisão dos modelos de gestão nos municípios analisados, haja vista as dificuldades enfrentadas pelas UBS em nortear suas práticas pela falta de um direcionamento da gestão municipal. Os profissionais percebem que a construção coletiva junto aos gestores representa um caminho para uma gestão mais eficiente, que irá responder às reais necessidades e demandas dos profissionais envolvidos, com o cuidado e o serviço propriamente dito. Nesse sentido, torna-se premente avançar nas discussões que envolvem a participação da APS nos espaços decisórios a fim de possibilitar a transformação das práticas em saúde nos territórios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa pesquisa demonstram que as menores taxas de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária não são condicionadas pela alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família nos municípios pesquisados.

É inegável o avanço da cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Estado do Rio de Janeiro, sobretudo na região Centro Sul Fluminense. No entanto, observou-se que o aumento da cobertura não esteve associado com a completude das equipes de ESF, principalmente com a falta do profissional médico na equipe e microáreas descobertas por agentes comunitários de saúde, problemas históricos e de abrangência nacional, que comprometem o bom desempenho das equipes no cumprimento de suas atribuições.

As causas mais frequentes de internações na região Centro Sul Fluminense são compatíveis com o cenário estadual e nacional, no qual observa-se o predomínio de internações por condições crônicas, como àquelas advindas de causas cerebrovasculares, cardíacas, endócrinas, renais e respiratórias. Os achados apontam para o fato que a descompensação do quadro crônico acarreta em internações que poderiam ser evitadas com ações e medidas de prevenção e promoção da saúde, além do acompanhamento rotineiro nas unidades de atenção primária à saúde. No entanto, observou-se alguns entraves quanto a assistência ao indivíduo de maneira oportuna e na forma de evitar o agravamento e as internações desnecessárias.

As análises, na perspectiva dos profissionais de saúde que integram as equipes de Estratégia de Saúde da Família, sugerem múltiplos fatores associados às Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária, que perpassam aspectos relacionados ao desconhecimento sobre esse indicador. Falta de acesso aos dados sobre internações, inexistência de mecanismos eficazes de referência e contrarreferência, falta de profissionais especialistas e com perfil para atuar na ESF, além de equipes incompletas.

Os múltiplos fatores elencados pelos participantes dessa pesquisa possibilitam-nos refletir sobre as fragilidades da Estratégia de Saúde da Família enquanto um modelo assistencial que visa reorganizar a APS e ordenar sua rede de atenção. Nota-se que as deficiências nos campos da tecnologia da informação e comunicação, previsão e provisão de recursos humanos bem como a qualificação dos mesmos para

atuar nas equipes de ESF impedem o avanço e a consagração desse modelo assistencial, eleito e justificado internacionalmente como o melhor modelo a ser seguido nos cuidados primários em saúde. Portanto, tais fragilidades de certa maneira justificam as altas taxas de ICSAP.

Além dos fatores mencionados acima, considera-se que aqueles relacionados diretamente à gestão nos níveis macro e micro, também são responsáveis pelas altas taxas de ICSAP. Assim, torna-se premente uma análise aprofundada sobre os mecanismos de gestão adotados nos municípios estudados. Torna-se necessário verificar se os mesmos respondem aos anseios do Sistema Único de Saúde, levando-se em consideração todos os princípios e diretrizes elencados nas leis orgânicas da saúde e demais complementares.

Os participantes da pesquisa reconhecem as limitações dos serviços e apontam as possíveis soluções com vistas à diminuição das internações por causas sensíveis à atenção primária. No entanto, parece haver ruídos de comunicação com as esferas responsáveis por aparar essas arestas, o que demonstra a necessidade de construir pontes entre os serviços responsáveis pelo planejamento estratégico e aqueles diretamente relacionados com a execução das ações.

Ademais, os resultados desse estudo apontam-nos que a redução e a prevenção das ICSAP relacionam-se com a qualidade dos serviços prestados pelo primeiro nível de atenção à saúde. Garantir a cobertura de ESF próximo ou igual a 100% de forma isolada, sem considerar todos os fatores necessários que vão desde a garantia de recursos materiais até à qualificação das relações entre os pontos da rede de atenção à saúde, não garante uma boa qualidade assistencial. Sendo assim, antes mesmo de se implantar uma nova equipe de EFS, torna-se necessário o estudo das condições fundamentais para que uma determinada equipe possa desenvolver-se e integrar-se à rede. O apoio da gestão e a melhoria das ferramentas de comunicação são imprescindíveis para o sucesso do trabalho e, conseqüentemente, para resultados positivos quanto à resolutividade da atenção primária e internações evitáveis.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. Atenção Primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Iniquidades intermunicipais no acesso e utilização dos serviços de atenção secundária em saúde na região metropolitana de Curitiba. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 654-667, Sept. 2014.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ANDRADE, L. S.; FRANCISCHETTI, I. Referência e contrarreferência: **Compreensões e Práticas**, Florianópolis, v. 10, n. 1/2/3, p. 54-63, 2019.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. 400-15, 2013.

ARAUJO, W. R. M. *et al.* Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 75, p. 1-8, 2017.

BARBOSA, A. C. Q. *et al.* Programa Mais Médicos: como avaliar o impacto de uma abordagem inovadora para superação de iniquidades em recursos humanos. **Revista Panamericana de Salud Pública** [online]., v. 42, n. 1, p. 1-13, 2018.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BILLINGS, J. *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, New York, n.12, p.73-162, 1993.

BOING, A. F. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, apr. 2012.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde. Brasília, DF, 2006.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 6 reimp. – Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2013. 32 p.

_____. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008.

_____. Portaria nº 634, de 27 de maio de 2019. Dispõe sobre o cadastramento de equipes em estabelecimentos que aderiram ao Programa Saúde na Hora no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019.

_____. 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). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011.

_____. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012.

_____. Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). 2014.

_____. Portaria n° 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014.

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017.

_____. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988, 496p.

_____. Vinicius Paim; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 75-84, mar. 2016.

CAMINAL, Josefina Homar; CASANOVA, Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ACSC. Marco conceptual. **Aten Primaria**. Barcelona, v. 31, n.1, p.61-65, 2003.

CAMINAL, Josefina *et al.* The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**, Barcelona, v.14, n.3, p.246-251, sep. 2004.

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**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CARVALHO, V. K. S. *et al.* A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. **Cienc Saude Colet.**, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 2773-84, 2016.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **Int J Health Serv.** Barcelona, v.25, n.2, p.283-294, apr.1995.

CASTRO, A.L.B *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov. 2015.

CECIL, E. *et al.* Primary care access, emergency department visits, and unplanned short hospitalizations in the UK. **Pediatrics**. London, v. 137, n.2, p.1-9, fev. 2016.

COSTA, Juvenal Soares Dias da *et al.* Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1289-1296, abr. 2016.

COSTA, J. S. D. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 345-354, jun. 2017.

DUARTE, C. M. R. *et al.* Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 1163-74, 2015.

DUSSAULT, G.; FRANCESCHINI, M.C. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. **Hum Resour Health**, London, v. 4, n. 12, p. 1-9, 2006.

EBUEHI, O.M.; CAMPBELL, P.C. Attraction and retention of qualified health workers to rural areas in Nigeria: a case study of four LGAs in Ogun State, Nigeria. **Rural and Remote Health**, Geelong, v. 11, n. 1, p. 1515-23, 2011.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção Básica em Saúde: comparação entre ESF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, sept. 2006.

ERDMANN, A. L. *et al.* A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet], v. 21, n. esp., p. 1-8, 2013.

EUROPEAN COMMISSION. **Tools and methodologies to assess integrated care in Europe**. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, set. 2018.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da estratégia saúde da família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 1-33, 2014.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 12-14, sept. 2018.

FENILI, R.; GOMES CORREA, C. E.; BARBOSA, L. Planejamento Estratégico em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, La Rioja, v. 8, n. 1, p. 1982-4785, 2017.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S. J. F. E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 62, n. 6, p. 513-523, sept. 2016.

FERREIRA, J. B. B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014.

FIGUEIREDO, I. D. T. *et al.* Planejamento estratégico como ferramenta de gestão local na atenção primária à saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social** [online], v. 8, n. 1, p. 27-38, 2020.

GALVÃO, J. R. *et al.* Percursos e obstáculos na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias assistenciais de mulheres em região de saúde do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 35, n. 12, p. 1-17, 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-625.

GONCALVES, R. J. *et al.* Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 382-392, sept. 2009.

GONCALVES, R. F. *et al.* Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, set. 2016.

GRESS, S. *et al.* Co-ordination and management of chronic conditions in Europe: the role of primary care – position paper of the European Forum for Primary Care. **Qual Prim Care**, Abingdon, v. 17, n. 1, p. 75-86, 2009

GUIMARAES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, apr. 2009.

HOEBERT, J.; LAING, R.; STEPHENS, P. **The World Medicines Situation 2011: pharmaceutical consumption**. 3.ed. Geneva: World Health Organization; 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010, 256 p.

KOCH, D.; CZEPULA, A. I. S. Planejamento Estratégico como ferramenta para gestão da Assistência Farmacêutica em uma Farmácia Básica de um Município do Estado do Paraná. **Visão Acadêmica**, [s.l.], v. 17, n. 3, p. 1-13, feb. 2017.

KRINGOS, D. S. **The strength of primary care in Europe**. In: Kringos DS, Boerma WGW, van der Zee J, Groenewegen PP. The contribution of primary care to health care system performance in Europe. Utrecht: Nivel; 2012. p. 217-38.

LLHA S. *et al.* Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Cuid Saúde** [Internet], v. 13, n. 3, p. 556-62, 2014.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 21, n. 2, p. 611-20, 2016.

MACHADO, J. C.; COTTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 159-170, mar. 2015.

MAGALHAES, J. H. M.; PINTO, H. A. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Divulg Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 14-29, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do sistema único de saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.16, n.4, p.233-244, out. 2007.

MALTA, D. C. *et al.* Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Revista Ciência & Saúde Coletiva: um estudo bibliométrico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4757-4769, dec. 2020.

MARIN, J.; RIBEIRO, C. D. M. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 291-301, June 2018.

MARTINS, A. R. *et al.* Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. Bras. Educ. Med**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 6-12, 2012.

MARTINS, M. M. F.; RODRIGUES, M. L. Diabetes: Adesão ao tratamento e o papel da família a essa nova realidade, **Revista de Atenção à Saúde – Ras**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 95-102, 2019.

MARTINS, P. C. *et al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-1942, mar. 2011.

MATTA, S. R. *et al.* Barreiras para o acesso aos medicamentos no SUS por portadores de doenças crônicas não transmissíveis. In: **Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 8., 2019, João Pessoa. Anais João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2 p.

MEDEIROS, A. R. C. *et al.* Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento antihipertensivo. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 38, n. 100, p. 104-118, 2014.

MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe., p. 160-170, dec. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, aug. 2010.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

_____. **As redes de atenção a saúde**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, 549 p.

_____. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. 1.ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015, 193p.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, jun. 2018.

MINAYO, M. C. S. A produção de conhecimentos na interface entre as ciências sociais e humanas e a saúde coletiva. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-31, mar. 2013.

_____. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: **Hucitec**, 2014. 407 p. (Saúde em debate;46).

_____. Qualitative analysis: theory, steps and reliability. **Ciênc.saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.

MORAIS, I. C. O. *et al.* A percepção do usuário em relação à qualidade do atendimento na atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], n. 50, p. 1-10, 26 jun. 2020.

MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 10, p.83-91, nov.2010.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol serv saude**, Brasília, v. 19 n.1, p. 61-75, mar. 2010.

NETO, J. F.; BRACCIALLI, L. A. D.; CORREA, M. E. Comunicação entre médicos a partir da referência e contrarreferência: potencialidades e fragilidades, **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, Porto, v. 2, n. 1, p. 101-110, 2018.

NOGUEIRA, J. A. *et al.* Vínculo e acesso na estratégia saúde da família: percepção de usuários com tuberculose. **Rev RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 784-93, 2012.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev. Esc. Enferm**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 1-11, 2011.

OLIVEIRA, N. R. C. **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. 1ed. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2016, 54p.

PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contra referência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, sept. 2016.

PEREIRA, M. **Fluxograma de referência e contrarreferência entre atenção primária à saúde e unidades de pronto atendimento**. 2018. Dissertação (mestrado profissional). Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

PINTO JUNIOR, E. P. *et al.* Tendência dos gastos e das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4331-4338, dez. 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

PIOVESAN, M. F. *et al.* Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 83-95, mar. 2005.

POLICARPO, N. S. *et al.* Conhecimento, atitudes e práticas de medidas preventivas sobre pé diabético. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 35, n. 3, p. 36-42, set. 2014.

REHEM, T. C.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 16, p. 4755-4766, 2011.

REINERS, A. A. O. *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, dec. 2008.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, jan. 2014.

RICHARD, L. *et al.* Equity of access to primary healthcare for vulnerable populations: the impact international online survey of innovations. **Int J Equity Health**, London, v. 15, n. 1, p. 1-20, 2016.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado da Casa Civil e Desenvolvimento Econômico/ Subsecretaria de Estado de Comércio e Serviços. Superintendência de Desenvolvimento Regional. **Caderno Regional do Estado do Rio de Janeiro Região Centro Sul Fluminense**. Rio de Janeiro, RJ, 2017a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Comissão Intergestores Regionais Centro Sul Fluminense. **Caderno Regional do Estado do Rio de Janeiro Região Centro Sul Fluminense**. Rio de Janeiro, RJ, 2017b.

RIO DE JANEIRO. Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Caderno de Apoio à Gestão Municipal da Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

RITTER, F.; ROSA, R. S.; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2523-2534, dec. 2013.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, apr. 2013.

RODRIGUES, R. B.; SILVA, N. C.; ROCHA, T. A. H. **Atração e retenção do profissional médico e os desafios para a Estratégia Saúde da Família**. In: XXXIV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/gpr2161.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

RODRIGUEZ, M. V. O. *et al.* Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v. 12, n. 1, p. 114-29, 2013.

SANTOS, B. V.; LIMA, D. S.; FONTES, C. J. F. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 28, n. 1, p. 1-12, 2019.

_____. Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, dec. 2014.

SERRA, C. G.; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3579-3586, nov. 2010.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R.; NEMES, M. I. B. **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. Hucitec, São Paulo, 1996.

SILVA, F. D. 40 horas na ESF? **Rev Bras Med Fam Comunidade** [Internet], v. 6, n. 18, p. 15-6, 2011.

SOUSA, F. O. S. *et al.* From normative aspects to the reality of the Unified Health System: revealing barriers that curtail access to the health care network. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet], v. 19, n. 4, p. 1283-93, 2014.

SOUZA, Beatriz Costa. **A precarização do trabalho dos profissionais na saúde pública: principais indicadores na atualidade**. 2017. 70 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

SOUZA, L. E. P. F. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 911-918, June 2009.

STRALEN, A. C. S. V. *et al.* Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 27, n. 1, p. 147-172, 2017.

TAQUETTE, S. R.; MINAYO, M. C. S. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.39, n. 1, p. 60-67, mar. 2015.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020.

TONELLI, I. S.; LANA, F. C. F. Demanda de exames complementares de média complexidade na atenção primária à saúde. **Rev baiana enferm**, Salvador, v. 31, n. 3, p. 1-11, 2017.

VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1497-1504, 2011.

VENANCIO, S. I. *et al.* Referenciamento regional em saúde: estudo comparado de cinco casos no Estado de São Paulo, Brasil. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3951-3964, sept. 2011.

VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e redes de saúde. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 1791-8, 2018.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, oct. 2009.

WHITE, K.; WILLIAMS, F.; GREENBERG, B. The ecology of medical care. 1961. **Bull N Y Acad Med**, Nova York, v.73, n.1, p.187–212,1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention**. Global recommendations. Geneva: WHO, 2010.

ANEXO I – Lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS

Tabela 23 – Lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à APS

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	a A15.3, A16.0 a A16.2, a A15.9, A16.3 a A16.9, a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09

3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10

9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes mellitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02

16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
7,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria nº 221/MS de 17 de abril de 2008

Anexo II – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária numa região de saúde.

Pesquisador: ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09840819.7.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.356.052

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, estando de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos da pesquisa estão claros e bem delineados, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendidos, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios são descritos em conformidade com a natureza e propósitos da pesquisa. O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo e os benefícios esperados estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufff.edu.br



Continuação do Parecer: 3.356.052

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

No que se refere aos Termos de Apresentação Obrigatória, foi apresentada a Declaração de Concordância e Infraestrutura do município de Areal com data atualizada.

Já o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, encontra-se apropriadamente escrito, entretanto é necessário que a formatação do TCLE seja revista de modo que todos os campos de assinatura fiquem na mesma página, garantindo assim a fidedignidade do processo de consentimento entre as partes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: fevereiro de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1297248.pdf	27/04/2019 10:58:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/04/2019 11:12:44	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	25/04/2019 10:50:50	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_Areall.pdf	25/04/2019 10:41:16	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 Fax: (32)1102-3788 E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.356.052

Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	19/03/2019 11:37:34	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_TresRios.pdf	12/03/2019 09:03:39	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_Vassouras.pdf	13/02/2019 17:40:00	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_Paty.pdf	13/02/2019 17:39:49	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_Miguel.pdf	13/02/2019 17:39:39	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DII_Levy.pdf	13/02/2019 17:39:29	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito
Outros	Instrumento_de_pesquisa_Grupo_Focal.pdf	13/02/2019 17:00:00	ELIANE DE ANDRADE VASCONCELLOS FAZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 29 de Maio de 2019

**Assinado por:
Jubel Barreto
(Coordenador(a))**

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@uffj.edu.br

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa Avaliação de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária numa região de saúde. O motivo que levou a realizar esta pesquisa é o fato desta região de Saúde ter uma elevada cobertura de Estratégia de Saúde da Família, e possuir alta proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Em contrapartida, diversos estudos demonstram que quando ocorrem lacunas ou falhas no nível primário de atenção, diversos problemas podem ser detectados, ocasionando um aumento nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, entre eles a busca direta aos demais níveis de Atenção, populações mais vulneráveis, falhas na identificação e diagnóstico precoce ou ainda organização ineficaz dos Sistemas de Saúde, principalmente no nível primário, entre outros. Assim, surgiu a inquietação de estudar esse tema.

Essa pesquisa tem como objetivo avaliar os motivos das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de uma região de Saúde, que apresenta alta cobertura de Estratégia de Saúde da Família. E ainda, determinar a prevalência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária desta região de saúde, conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre os motivos das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e elevada cobertura de Estratégia de Saúde da Família, e apontar as potencialidades e os desafios para contribuir com estratégias ou diretrizes a fim de diminuir as internações por condições sensíveis na Região de Saúde Centro Sul Fluminense.

Caso você concorde em participar, será realizado um grupo focal, que é uma entrevista em grupo, que neste caso você irá participar, junto a sua equipe de Estratégia de Saúde da Família, no seu município. O grupo focal será composto pela sua equipe. A duração será de 1h30 minutos, e o local será definido previamente com você e toda a entrevista será registrada em gravador, na forma de áudio. As perguntas serão feitas pelo pesquisador responsável que será também o moderador das discussões. O observador será convidado pelo pesquisador responsável e será o mesmo em todos os grupos.

Esta pesquisa tem alguns riscos, que são mínimos, e são os mesmos que responder a enquetes e executar atividades do cotidiano das pessoas, porém pode ocorrer o risco da pessoa ser identificada pela voz nas gravações, porém todos os cuidados como manter as gravações dos grupos focais em arquivos digitais de uso exclusivo da pesquisadora e cujo acesso será por meio de senha. Além disso, não haverá identificação dos participantes pelo nome, os participantes receberão códigos "E" e um número arábico, iniciando pelo numeral "1" e assim sucessivamente (E1, E2,...) e não sofrerão intervenções consideradas invasivas à intimidade dos indivíduos. Porém, caso haja algum dano ao participante, se garantirá a indenização aos mesmos.

Para minimizar os riscos você poderá interromper a sua participação a qualquer momento da pesquisa, sendo assim garantida a sua liberdade para não responder perguntas do instrumento que considere constrangedoras. Não existem riscos de ordem física e orgânica, já que o estudo não prevê intervenção física ou psicológica sobre os indivíduos. Será garantido ainda o sigilo e o anonimato.

Para minimizar os riscos, você poderá interromper a sua participação a qualquer momento da pesquisa, sendo assim garantida a sua liberdade e dos demais participantes em não responder perguntas constantes no instrumento que considere constrangedoras. Além disso, o pesquisador ficará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto, medo, estresse ou vergonha em contribuir com as discussões e ainda se houver cansaço no decorrer do processo, será sugerida pausas a critério dos participantes a qualquer momento durante a realização do grupo focal. Como se trata de um grupo focal qualquer desconforto coletivo também poderá levar a interrupção do processo. Não existem riscos de ordem física e orgânica, já que o estudo não prevê intervenção sobre os indivíduos. Será garantido ainda a você e aos demais participantes do estudo o sigilo e o anonimato. Espera-se que com a realização deste estudo beneficiar inicialmente o município apontando a prevalência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), avaliando as potencialidades e desafios dos municípios a serem enfrentados no nível de Atenção Primária, podendo assim, subsidiar o planejamento e a tomada de decisões nessas localidades, e ainda beneficiará a região de saúde identificando a prevalência das ICSAP, e apontando os motivos das mesmas

na região de saúde Centro Sul Fluminense. E ainda, contribuir com as estratégias ou diretrizes a fim de diminuir as ICSAP na Região de Saúde Centro Sul Fluminense.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano causado por atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Eliane de Andrade Vasconcellos Faza
Campus Universitário da UFJF

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina/ Núcleo de Assessoria, Treinamento e Educação em Saúde
Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

CEP: 36036-900

Fone: (32)2102-3830

E-mail: elianevfaza@yahoo.com.br

Apêndice II - Instrumento de pesquisa – Grupo Focal



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

Faculdade/Departamento/Instituto: Faculdade de Medicina/ Núcleo de Assessoria,
Treinamento e Estudos em Saúde

Nome do Pesquisador Responsável: Eliane de Andrade Vasconcellos Faza

Instrumento de pesquisa – Grupo Focal

Data: ____ / ____ / ____

Hora de Início: _____ **Hora de Término:** _____

Município: _____

Equipe: _____

Número de Participantes: _____

Moderador: _____

Observador: _____

Objeto de pesquisa:

Estudo sobre a Avaliação de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária numa região de saúde.

Região Centro Sul Fluminense, Estado do Rio de Janeiro.

Questão 01:

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017). Tem como finalidade o acolhimento, a escuta e a resolução da maior

parte das necessidades de saúde da população, a fim de garantir a integralidade na Atenção à Saúde, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

Assim, através de ações e programas de sua competência, deveria prevenir/tratar algumas patologias advindas de sua comunidade adscrita, denominadas Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Apresentação do resultado do diagnóstico das condições sensíveis à Atenção Primária do município_____.

Pergunta: Qual a percepção de vocês quanto aos resultados apresentados?

Questão 2:

Através de diversos estudos constatou-se que, quando ocorrem lacunas e/ou falhas nesse nível de atenção à saúde, diversos problemas podem ser detectados, ocasionando um aumento nas ICSAP.

Pergunta: Pensando em seu território, com os resultados apresentados, o que apontariam como possibilidades para esse aumento das ICSAP?

Questão 3:

Como vocês são os atores principais desse nível de assistência que ações ou estratégias apontariam como necessárias para minimizar os problemas apontados na questão acima?

Questão 4:

Alguém deseja comentar algo mais?
