

Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC)

Luiz Felipe Pinto¹
Ligia Giovanella²

Abstract *Since its creation in 1994, the Family Health Program has become the main strategy for changing care models and increasing access to the first contact service of the Unified Health System (SUS). A little more than ten years later, in 2006 the program was transformed into the Family Health Strategy (FHS) within the National Policy on Primary Care (PNAB). This article evaluates the effects of the implementation of the FHS over the last two decades in Brazil, demonstrating the access provided and the trends in ambulatory care sensitive conditions (ACSC). This is an ecological, time series study with secondary data referring to the number of family health teams that were established and the number of hospital admissions due to ACSC in the SUS from 2001-2016. The results show a 45% reduction of the standardized ACSC rates per 10,000 inhabitants, from 120 to 66 in the period 2001-2016. Although it was not possible to isolate the specific effects of primary care, it is quite plausible that this reduction in ACSC rates is linked to the progress of FHS coverage in Brazil, especially in terms of improved follow-up of chronic conditions, improved diagnosis and easier access to medicines.*

Key words *Primary health care, Family health, Brazil, Ambulatory care sensitive conditions*

Resumo *Criado em 1994, o Programa Saúde da Família gradualmente tornou-se a principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS. Pouco mais de dez anos depois foi enunciada como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006. Este artigo avaliou os efeitos da implementação da ESF ao longo das duas últimas décadas no Brasil, demonstrando o acesso proporcionado e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). Trata-se de um estudo do tipo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes ao número de equipes implantadas de saúde da família e às ICSAB no SUS de 2001 a 2016. Os resultados evidenciam a redução em 45% das taxas padronizadas de ICSAB por 10.000 hab, que passaram de 120 para 66 no período de 2001 a 2016. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução das ICSAB esteja vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, no aprimoramento do diagnóstico e na facilidade do acesso aos medicamentos.*

Palavras-chave *Atenção básica à saúde, Saúde da Família, Brasil, Internações por condições sensíveis à atenção básica*

¹ Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rua Laura Araújo 36/2º, Cidade Nova. 20211-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. felipepinto.rio2016@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O sistema político federativo do Brasil é constituído por três esferas de governo – União, Estados e Municípios –, todas consideradas pela Constituição Federal de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. São 26 estados e o Distrito Federal, além de 5.570 municípios.

A atual composição do federalismo no Brasil apresenta características que merecem destaque por suas implicações para a área da saúde. A primeira refere-se à importância atribuída aos municípios, considerados como entes federativos com elevado grau de responsabilidade na implementação de políticas públicas. Por sua vez, a imensa diferença existente entre eles, no que diz respeito ao porte populacional, densidade demográfica, vias de acesso, desenvolvimento social, econômico e político, além da capacidade de arrecadação tributária, implica diferentes arranjos de políticas públicas de saúde¹. A segunda característica diz respeito ao fato de que o federalismo brasileiro ainda se encontra “em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário e a redemocratização, o que gerou novas atribuições constitucionais aos entes municipais.

Nas últimas três décadas, os princípios fundamentais que norteiam a atenção à saúde (universalidade, equidade e integralidade), expressos inicialmente nos movimentos de Reforma Sanitária e incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde vêm produzindo mudanças no paradigma da prática em saúde, em particular na atenção básica à saúde.

Ao final da década de 1980, como resultado das lutas pela redemocratização do País e pela conquista de direitos políticos e sociais, o sistema de saúde brasileiro passou por uma reforma estrutural: a mudança de um modelo bismarckiano de seguro social que cobria menos de 50% da população para um modelo beveridgeano de *National Health Service* com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Fruto de intenso movimento social – movimento sanitário – na Constituição de 1988, a saúde torna-se “um direito de todos e um dever do Estado”:

*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*².

Até então, o direito à assistência à saúde estava restrito à parcela da população vinculada ao mercado de trabalho formal urbano, que contribuía compulsoriamente para a previdência social com uma taxa proporcional ao seu salário. Decorrente da elevada informalidade do mercado de trabalho, a cobertura desse seguro social alcançava menos de 50% da população. O restante estava excluído da atenção à saúde e recorria em casos extremos a serviços filantrópicos, sendo tratado como indigente. Com a criação do sistema nacional de saúde, SUS, financiado com recursos fiscais, o acesso passou a ser universal como direito inerente à condição de cidadão, independente da inserção no mercado de trabalho.

A atenção primária à saúde, nestes 30 anos de implementação do SUS, assim como todo o sistema de saúde, passou por profundas transformações. Nos anos 1980, previamente à implantação do SUS inexistia uma política nacional de atenção primária com segmentação de coberturas e fragmentação da assistência. A assistência médica do seguro social prestava serviços de pronto atendimento e atenção ambulatorial sem definição de *gatekeeper*, inexistindo a figura de um médico generalista ou especialista em medicina de família e comunidade, apresentando forte ênfase na atenção especializada. Os trabalhadores rurais eram parcialmente cobertos pelo FUNRURAL, por meio da contratação de terceiros, em geral hospitais filantrópicos (Santas Casas). Em áreas rurais das regiões norte e nordeste, pequenas unidades mistas da Fundação SESP vinculadas ao Ministério da Saúde ofertavam alguns serviços para controle de endemias. Poucos municípios prestavam serviços de saúde, em geral, apenas serviços de urgência. Importante parcela da população ficava descoberta, tratada como indigente, recorrendo a hospitais filantrópicos, e sem acesso a serviços de atenção primária.

A partir de meados dos anos 1980 passaram a ser desenvolvidas experiências municipais esparsas e de integração universidade-serviços com base na atenção primária. Um programa da assistência médica previdenciária, de cunho racionalizador, buscou promover a integração dos serviços de atenção individual da Previdência Social com os serviços de saúde pública de estados e municípios na Estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS). Estas experiências inspiraram a posterior conformação de um programa de orientação comunitária – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em seguida do Programa de Saúde da Família (PSF), como embriões de uma política nacional de atenção básica.

Gradativamente, essa política passou a refletir os anseios enunciados pela OMS³, quando publicou o Relatório *Primary Health Care Now More Than Ever* convocando todos os governos a refletirem sobre a necessidade de pensar em mudanças que pudessem traduzir a integração entre os princípios da atenção primária à saúde e as expectativas dos cidadãos. Estas incluíam transformações na cobertura pública universal, na prestação de serviços reorganizados a partir das necessidades e expectativas das pessoas; nas políticas públicas que assegurassem comunidades mais saudáveis e na mudança de liderança, para um modelo mais inclusivo.

Desde sua criação em 1994, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017⁴⁻⁶.

O objetivo deste artigo é avaliar os efeitos da implementação da Estratégia de Saúde da Família ao longo das duas últimas décadas no Brasil, demonstrando o acesso proporcionado e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAAB).

Do Programa à Estratégia de Saúde da Família: caminhos para a Política Nacional de Atenção Básica

Após a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90, o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Inicialmente 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, foram constituídas equipes de saúde da família (ESF). Cada equipe foi constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada ESF era responsável por até 4.500 pessoas; com o passar dos anos esse número foi diminuindo para 4.000 e 3.000. Os agentes de endemias que já atuavam em ações focadas de combate ao mosquito da dengue, só vieram a desenvolver ações ampliadas de vigilância em saúde a partir da década de 2010, com o incentivo do Ministério da Saúde para a integração destes juntos às Equipes de Saúde da Família^{7,8}.

Com o passar dos anos, foi preciso organizar a base do sistema de saúde e o PSF passou a ser reconhecido como estruturante, isto é, definido como “estratégia de saúde da família”. Com isso, em 28 de março de 2006, através da Portaria nº GM/648, o Ministério da Saúde na gestão do então Ministro José Gomes Temporão, publicou aquilo que é considerado o marco histórico para a consolidação nacional e a expansão da Estratégia de Saúde da Família, visando a reorganização da atenção básica no Brasil: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterando e revogando dezenas de Portarias existentes até então. Posteriormente, mais duas versões, revisando a PNAB, foram publicadas pelo Governo Federal, uma em 2011 e outra, em setembro de 2017. Em 2008, para ampliar a resolutividade das ações e serviços de atenção básica foram implementados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades⁹⁻¹⁰.

Com a descentralização do sistema público de saúde, gradualmente, os municípios brasileiros passaram a responsabilizar-se pela atenção à saúde de seus habitantes, o que constituiu uma enorme mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro. Cada município do país teve que criar uma estrutura gerencial, a Secretaria Municipal de Saúde, implantar serviços de saúde mesmo onde, até então, não havia uma única unidade de saúde, além de participar no financiamento da atenção à saúde. Este processo se completou e hoje os mais de 5.500 municípios brasileiros responsabilizam-se pela atenção primária à saúde de seus habitantes, e, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e com outros municípios de sua região, pela atenção especializada e hospitalar.

A literatura tem afirmado a capacidade de estratégias de atenção primária em saúde (APS) em favorecer, no âmbito dos sistemas sanitários, a melhoria da saúde e a equidade, e proporcionar maior eficiência dos serviços e menores custos¹¹⁻¹³.

“Atenção Primária à Saúde” (APS) segundo o conceito cunhado por Starfield¹¹ se baseia em quatro atributos essenciais e três atributos derivados:

(1) acesso de primeiro contato: acessibilidade e utilização de um mesmo serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das emergências médicas;

(2) longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utiliza-

ção ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma interpessoalidade intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais;

(3) integralidade: amplo leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária – ações de atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, mesmo que algumas não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS, assim incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros;

(4) coordenação: pressupõe continuidade do cuidado, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e sua integração no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado do paciente.

Os três atributos derivados da APS são: (1) orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar; (2) orientação comunitária: reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços; (3) competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação. No Brasil, a APS tal como definida por Starfield é representada pela Estratégia Saúde da Família.

A PNAB 2006, ao assumir a Saúde da Família como estratégia fortalece a mudança do modelo assistencial estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e de coordenação da atenção na rede, e esta talvez seja a grande inovação. Sistemas de saúde que contam com uma “porta de entrada” organizada, ancorada em uma rede sólida e fortalecida de atenção básica tendem a apresentar melhores resultados¹⁴. Esta função de “porta de entrada” (*gatekeeper*) tem sido apontada por diferentes autores¹⁵ como estratégia importante para hierarquização dos sistemas, além de garantir maior efetividade. Desde os anos 1960, alguns países já trabalham com este conceito: a unidade básica de saúde (UBS) é a porta de entrada obrigatória do

sistema, servindo de filtro para o acesso aos serviços prestados por especialistas, constituindo-se num primeiro nível hierárquico do sistema de saúde. No Brasil, a atenção básica caracteriza-se ainda pela definição de uma população adscrita em um território geograficamente delimitado, sendo diferente dos países europeus que trabalham com listas de usuários por médico e enfermeiro, ainda que considerem de alguma maneira a moradia e a proximidade geográfica para a escolha da UBS pelos usuários.

Material e Métodos

Este estudo pode ser classificado como ecológico de séries temporais com dados secundários referentes ao número de equipes implantadas de saúde da família e às internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) no Sistema Único de Saúde, tal como definido por Alfradique et al.¹⁶. Os microdados foram obtidos do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) (1998 a 2017) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) (arquivos reduzidos das Autorizações de Internação Hospitalar – AIH, de 2001 a 2016) disponíveis nos sites do DAB/SAS e DATASUS/SE, Ministério da Saúde. A leitura dos microdados das AIHs considerou os 12 arquivos mensais por ano, para as 27 unidades da federação (UF), isto é, um total de 12 meses x 16 anos x 27 UFs = 5.184 arquivos. Os mesmos foram agregados e utilizados para a geração da base de dados final com cerca de 187 milhões de internações.

A cobertura de usuários cadastrados considerou a média de 3.450 pessoas por equipe de saúde da família, tal como utilizado pelo Ministério da Saúde em seu painel de acompanhamento histórico mensal das equipes implantadas. Foi utilizada a lista brasileira de ICSAB¹⁶. As taxas de internação ICSAB foram calculadas por 10.000 habitantes e comparadas com as taxas “Não ICSAB” em unidades geográficas selecionadas (Brasil, total, capitais, interiores, municípios com menos de 20 mil habitantes, as cinco capitais mais populosas). As estimativas populacionais para os municípios são aquelas calculadas anualmente pelo IBGE. Utilizamos como população-padrão os dados do Censo Demográfico do IBGE (2010) por faixa etária. Além disso, foram comparadas as proporções de ICSAB em relação ao total de internações no ano para: (i) total da população -residente do Brasil, (ii) distribuição por sexo, (iii) distribuição por grupo etário.

Resultados

A ampliação do acesso à atenção básica no País pode ser constatada por meio da grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos, que segundo dados do Departamento de Atenção Básica, passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017. Se considerarmos o mesmo critério de que uma equipe é responsável em média por 3.450 pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões). Destacam-se os municípios do interior do País, que passaram no mesmo período de 4,4% para 76,5% de cobertura, enquanto que as capitais ampliaram de 4,2% para 45,5%. Estas estimativas são consoantes com resultados do inquérito populacional da Pesquisa Nacional de Saúde que em 2013 constatou cobertura da ESF de 56,2%, ano em que estavam implantadas 35 mil ESF no país¹⁷.

A análise das cinco capitais mais populosas do País revela trajetórias distintas. Dentre estas, Brasília foi a primeira capital do Brasil a despojar com grande cobertura de pessoas cadastradas pelo então PSF no ano de 1998 intitulado na cidade como “Saúde em Casa”. Contudo, nos anos 2000, deixou de ser prioridade do Governo do Distrito Federal e somente a partir de 2009, retomou uma trajetória crescente de cobertura, não atingindo ao final de 2017 os mesmos níveis do final da década de 1990 (Gráfico 1).

De forma oposta, no município do Rio de Janeiro existiam pouquíssimas Equipes de Saúde da Família até o ano de 2008. A partir de então, conforme analisado por alguns autores^{19,20}, com a Reforma da Atenção Primária à Saúde em dois governos municipais (2009-2012; 2013-2016) que enunciou essa área como prioridade, o número de equipes (1.243) e a proporção de pessoas cobertas pelas ESF (que atingiu valores em torno de 70%) ultrapassaram até mesmo a cidade de São Paulo (1.213 equipes e 35% de cobertura),

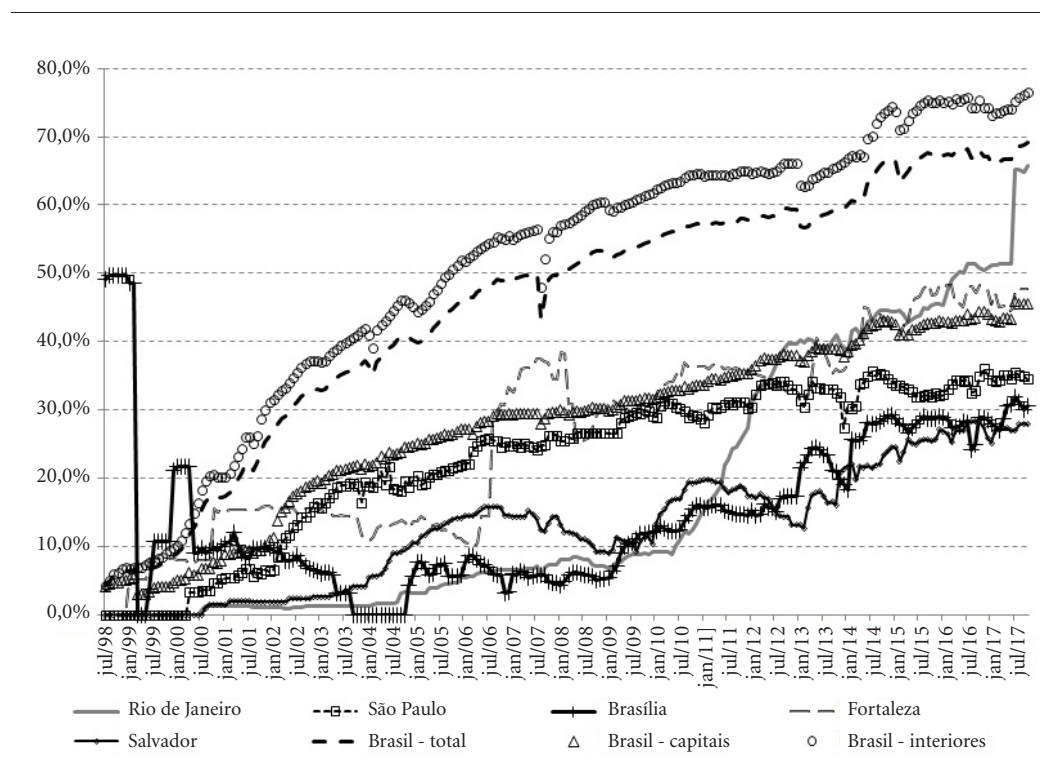


Gráfico 1. Evolução da cobertura de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família - Brasil e cinco capitais mais populosas – 1998 a 2017.

Fonte: DAB/SAS/ Ministério da Saúde¹⁸, a partir do número de equipes implantadas. Considerou-se que uma ESF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Para os dados populacionais, estimativas populacionais para o meio do ano do IBGE e Censos Demográficos de 2000 e 2010.

que se manteve quase estagnada no mesmo período. Já a cidade de Salvador apresentou ciclos de expansão dessa cobertura nos períodos de 2005-2008; 2009-2012 e, mais recentemente, 2015-2017. Por fim, em Fortaleza observou-se uma tendência também em ciclos crescentes, com destaque para o período de 2006-2008.

Internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB)

Existem vários indicadores para avaliar a efetividade e a implementação das políticas de atenção primária em um país. Entre estes, o indicador internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) foi descrito inicialmente na literatura por Billings et al.²¹ e, no Brasil, foi validado pelo Ministério da Saúde no final da década de 2000, estabelecendo-se uma lista brasileira com 20 grupos de condições de saúde que, se tratadas de forma adequada na atenção primária, evitariam internações¹⁷.

No Brasil, a tendência histórica no período de 2001 a 2016 indica redução da taxa padronizada de internações por ICSAB (passando de 120 para 66 internações por 10.000 habitantes, redução de 45%); fenômeno também observado na média das capitais (que tiveram redução de 24,0%), nos municípios do interior (redução de 48,6%). Quando se observam as cinco capitais mais populosas, um dos destaques é a cidade do Rio de Janeiro (que diminuiu de 48 para 30 internações por 10.000 habitantes, isto é, uma redução de 37,7%).

As mesmas taxas padronizadas foram calculadas para as internações “Não ICSAB”. Na comparação entre as duas taxas, observam-se maiores reduções no período considerado para as ICSAB, com exceção das cidades de Salvador (aumento de 31,3% entre as ICSAB, especialmente a partir de 2011) e São Paulo (aumento de 20,5%) (Tabela 1).

Quanto ao peso de cada um dos grupos que compõem o conjunto de situações de saúde classificadas pelas ICSAB, destacam-se as condições cardiovasculares e cerebrovasculares (grupos 10 a 13) que juntas responderam por 25% do total, permanecendo praticamente inalteradas no período, quando se considera o total do País. A seguir, registram-se as asma (que diminuíram sua participação de 15% para 5%), seguidas pelas doenças das vias aéreas inferiores (de 12% para 8%). Ressalta-se que as taxas ICSAB tiveram queda acentuada no período analisado para internações por asma (76,6%), gastroenterites (66,5%)

e doenças cardio e cerebrovasculares (57,3%) (Tabela 1).

Também quando se analisam a proporção das ICSAB em relação ao total de internações por sexo constata-se declínio ao longo dos anos, com valores mais elevados para o sexo masculino (que passou de 18% para 14%), quando comparados ao feminino (oscilou de 14% para 11%). No que se refere à faixa etária, há um comportamento único, em ciclos, para as crianças de 0 a 9 anos, com proporções em relação ao total, alternando-se entre 19% e 23% no período. Esse comportamento pode ser explicado pelos meses de inverno (dados não tabulados) em que se observa o aumento dos casos de asma, pneumonias bacterianas e doenças das vias aéreas inferiores.

Para os grupos etários subsequentes, as proporções diminuem consideravelmente, até a faixa etária de 30 a 39 anos. A partir dos 40 anos, progressivamente a tendência de diminuição dos valores é observada. Por exemplo, para faixa etária de 80 anos e mais, as mesmas foram reduzidas de 50% para 35% no período de 2001 a 2016 (Gráfico 2).

Discussão

Os resultados apresentados trazem evidências da redução na taxa de internação de todas as condições de saúde analisadas, com maior redução para ICSAB (45%) do que para as Não-ICSAB (22%), apontando tendência de declínio e correlação negativa entre a taxa de ICSAB e a cobertura das ESF no período de 2001-2016. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que o resultado da redução de internações por condições sensíveis esteja vinculada ao avanço da cobertura das ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, do diagnóstico e do acesso aos medicamentos. Diversos autores ao longo dos últimos anos apontaram altas taxas de internações por condições sensíveis em cidades brasileiras, em especial naquelas onde havia menor cobertura de Saúde da Família por consequente dificuldade de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho²²⁻²⁴.

Conforme aponta Soranz²⁵, que analisou esta questão para a cidade do Rio de Janeiro após sua grande expansão de cobertura de ESF entre 2009-2016, *é de se esperar que uma atenção primária com alta cobertura, boa estrutura física, profissionais bem formados e processos de trabalhos organizados tenham melhores resultados e possam*

Tabela 1. Distribuição das taxas padronizadas de internações por condições sensíveis (ICSAB) e não sensíveis (Não ICSAB) por 10.000 habitantes, segundo anos, unidades geográficas e grupos selecionados - Brasil - 2001 - 2016.

Unidades geográficas / grupos selecionados	Tipo de internação	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Δ (2001/2016) (%)
Brasil	ICSAB	119,9	119,4	118,0	113,8	106,0	102,4	95,4	81,3	84,3	84,2	82,0	78,2	73,8	71,5	69,9	66,0	-45,0
Total	Não ICSAB	622,8	616,9	602,4	592,0	576,1	562,4	534,9	510,9	521,3	530,4	523,1	511,2	497,9	497,1	492,5	483,4	-22,4
Brasil (capitais)	ICSAB	72,7	72,4	77,6	77,4	73,4	71,1	67,7	55,5	58,7	60,4	60,5	59,4	57,5	54,8	56,2	55,2	-24,0
Brasil (interiores)	Não ICSAB	544,2	535,5	535,4	533,1	521,8	506,5	489,8	458,8	477,2	486,9	483,8	471,1	461,8	449,1	453,8	451,8	-17,0
	ICSAB	135,2	134,7	131,2	125,7	116,7	112,6	104,3	89,6	92,5	92,0	89,1	84,4	79,2	76,9	74,3	69,4	-48,6
	Não ICSAB	648,1	643,3	624,2	611,3	593,9	580,7	549,3	527,5	535,3	544,7	536,2	524,5	488,1	513,1	505,6	494,4	-23,7
Brasil - municípios < 20 mil habitantes	ICSAB	161,0	161,0	153,8	148,1	138,6	134,3	125,1	107,7	112,3	112,8	107,6	100,0	95,6	95,2	93,1	86,0	-46,6
	Não ICSAB	639,7	639,3	615,1	601,4	592,0	589,1	553,3	518,0	527,5	549,2	537,9	528,4	516,3	526,4	524,3	519,9	-18,7
Fortaleza	ICSAB	101,9	95,3	98,0	100,9	92,2	86,0	91,2	71,0	76,7	72,0	72,3	62,5	70,5	69,9	73,5	73,8	-27,6
	Não ICSAB	660,6	652,5	657,6	662,0	668,4	628,0	617,1	539,6	536,0	527,4	513,8	487,3	504,6	503,5	503,4	501,3	-24,1
Salvador	ICSAB	46,2	46,8	49,6	47,7	41,0	39,0	41,1	32,3	37,5	46,3	56,3	60,5	60,8	65,9	65,1	60,7	31,3
	Não ICSAB	586,3	567,0	560,4	534,5	523,7	494,2	468,5	378,0	395,8	497,1	517,6	505,2	471,2	469,1	470,8	457,6	-22,0
Rio de Janeiro	ICSAB	47,5	38,7	42,3	45,1	43,9	42,8	43,7	32,0	36,0	39,8	38,1	35,0	33,3	29,5	34,7	29,6	-37,7
	Não ICSAB	440,1	394,9	380,0	379,4	349,9	323,0	333,6	287,5	300,3	292,2	304,7	296,8	309,6	304,0	339,8	302,1	-31,4
São Paulo	ICSAB	45,8	54,2	67,3	67,4	68,1	67,8	67,0	53,1	57,4	59,6	61,2	58,3	56,1	54,7	53,9	55,2	20,5
	Não ICSAB	397,4	425,0	445,9	450,3	463,2	465,0	473,1	430,6	461,3	479,3	473,5	462,7	447,0	442,9	436,0	451,3	13,5
Brasília e cidades satélites	ICSAB	114,0	94,7	114,4	132,7	112,4	105,9	95,8	83,6	81,1	83,8	84,2	86,0	78,3	66,4	67,9	68,2	-40,2
	Não ICSAB	622,1	549,2	582,3	638,7	584,9	559,2	548,2	545,1	533,0	538,9	526,0	500,3	460,7	429,1	417,7	455,1	-26,9
Gastroenterites infecciosas e complicações	ICSAB	4,3	5,1	4,8	4,4	4,3	4,3	4,0	3,2	2,8	2,9	2,3	2,2	1,9	1,8	1,5	1,5	-66,5
Asma	ICSAB	19,8	19,9	17,9	16,9	14,6	13,5	13,4	10,2	10,1	10,0	9,2	7,6	6,5	5,6	5,5	4,6	-76,7
Doenças cardiovasculares e cerebrovasculares	ICSAB	35,3	33,9	33,8	32,1	30,6	29,4	25,5	21,7	21,8	20,7	20,4	19,7	18,1	17,2	16,1	15,1	-57,3

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde.

Nota: A taxa padronizada considerou como população padrão, a população-residente do Brasil por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010). Legenda: ICSAB = internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), Não ICSAB = internações por condições não sensíveis à atenção básica.

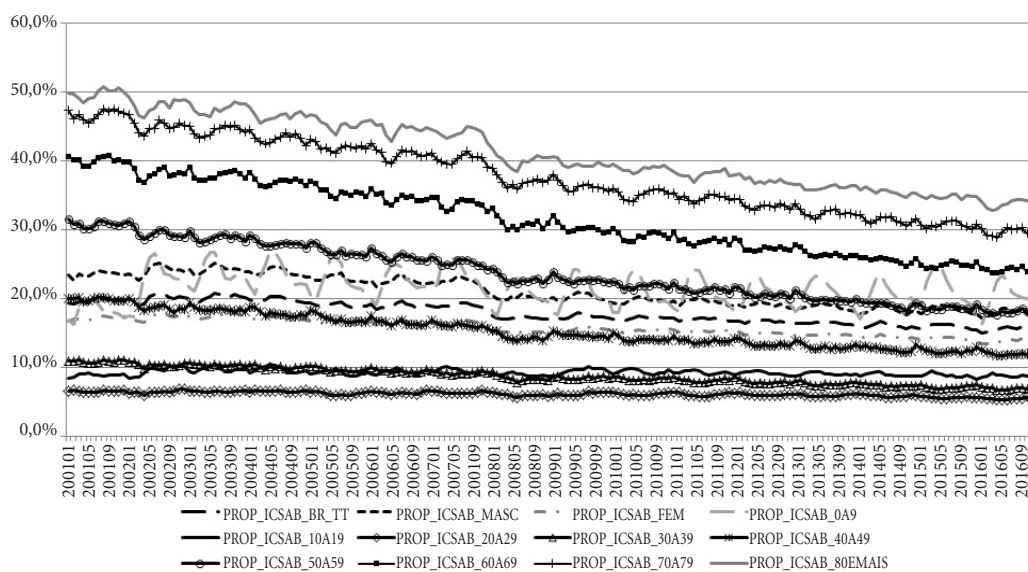


Gráfico 2. Evolução mensal da proporção das internações por condição sensíveis à atenção básica (ICSAB) por sexo e grupos etários – Brasil – 2001-2016.

Fonte: Elaboração própria a partir da leitura dos arquivos reduzidos das AIHs mensais para o período de 2001 a 2016, extraídos, criticados e tabulados no site do DATASUS/Ministério da Saúde (<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>).

Legenda: PROP_IC SAB_BR_TT = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica em relação ao total de internações, para todos os municípios do Brasil. PROP_IC SAB_MASC = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) do sexo masculino em relação ao total de internações do sexo masculino. PROP_IC SAB_0a9 = proporção das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) entre crianças de 0 a 9 anos, em relação ao total de internações de 0 a 9 anos. E assim sucessivamente para todas as faixas etárias.

resolver problemas dos pacientes evitando internações desnecessárias, isto é, o manejo clínico na APS preveniria a evolução de certas doenças para estágios em que a internação é necessária.

A utilização das ICSAB como medida da efetividade da APS pode ter seu escopo ampliado, incluindo, características individuais, dos serviços e variáveis socioeconômicas. Mendonça²⁶ observou que melhores escores de qualidade nessa área possuem efeito de redução das taxas de internações por condições crônicas e em mulheres idosas. E conclui seu estudo demonstrando que a vulnerabilidade socioeconômica está fortemente associada ao comportamento das taxas de ICSAB, reforçando, portanto a importância da APS na redução das iniquidades, ao atender a população idosa e vulnerável.

Discutir os fatores que influenciaram os resultados observados no conjunto das internações estudadas, especialmente os associados à expansão do acesso à atenção primária, é fundamental

para o desenvolvimento de ações de qualificação junto aos profissionais das equipes de saúde da família, visando a continuidade da trajetória de redução das ICSAB no Brasil e a redução dos custos para todo o sistema.

Uma das iniciativas mais importantes nesse sentido é a criação de Programas de Residência em Medicina e em Enfermagem de Família e Comunidade e fortalecimento dos já existentes. Essa iniciativa pode ser potencializada com parcerias entre as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e as universidades brasileiras. Afinal, conforme destacam alguns autores^{27,28}, a implantação da atenção primária à saúde no Brasil pelas ESF tem priorizado, especialmente os municípios de pequeno e médio porte, as competências de saúde coletiva, nem sempre proporcionando uma atenção abrangente e resolutiva e qualificadas funções clínicas.

Ainda que permaneçam muitos problemas na qualidade da atenção prestada e insuficiente

efetivação dos atributos da APS, a ampliação da cobertura de Saúde da Família foi acompanhada na última década por um conjunto de ações convergentes que buscaram a qualificação dos processos assistenciais na APS como o Programa Nacional para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com avaliação de desempenho e indução financeira para melhoria da qualidade; o Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS) importante intervenção para melhoria da infraestrutura das UBSs; e o Programa Mais Médicos (PMM) que buscou enfrentar a insuficiência e a rotatividade de profissionais médicos com provimento emergencial e redirecionou a formação médica para a atuação em APS²⁹. A continuidade destes programas com destaque para a implementação do eixo do PMM relativo à formação médica é fundamental para aprofundar e dar sustentabilidade aos efeitos positivos da expansão da ESF aqui apresentados.

Importa ainda lembrar, que a melhoria de indicadores de saúde da população nas duas últimas décadas decorre de processos complexos e de resultados sinérgicos de um conjunto de políticas sociais implementadas nos Governos Lula e Dilma, conjugadas à expansão de cobertura da ESF - iniciada nos anos 2000 -, que proporcionaram importante redução da pobreza com efeitos comprovados na saúde³⁰.

A APS por seus atributos de abordagem integral dos indivíduos, serviço de primeiro contato, longitudinalidade e coordenação, por incorporar tecnologias de forma mais parcimoniosa e ser menos intervencionista, é reconhecida como a resposta mais adequada e efetiva aos atuais desafios de morbi-mortalidade, em especial para acompanhamento dos portadores de agravos crônicos^{3,31}.

Persistir no aprimoramento do modelo assistencial da APS brasileira, a Estratégia Saúde da Família, contribuirá para maiores ganhos em saúde e em acesso mais oportuno para a popula-

ção brasileira. Este modelo, no entanto, encontra-se no momento sob ameaça. A PNAB 2017 reduz a prioridade para a ESF uma vez que define incentivos financeiros para outros tipos de equipe básica sem a presença de agente comunitário de saúde, ao mesmo tempo em que obstaculiza qualquer trabalho em equipe ao definir cargas horárias dos profissionais de apenas dez horas semanais, impedindo a efetivação dos atributos de uma APS robusta de longitudinalidade e coordenação cruciais para a garantia de atenção integral.

Virtudes e limitações de estudo

Uma das limitações deste estudo se refere à análise proporcional dos grupos de ICSAB. Como as doenças competem por um número de leitos finito (inferior à demanda), a redução proporcional de um grupo pode, na verdade, refletir o aumento proporcional de condições competidoras. Por isso, optamos por comparar as taxas padronizadas ICSAB x Não ICSAB, demonstrando que no primeiro caso, via de regra, houve maiores ganhos no período analisado.

Outro aspecto se refere à validade interna do estudo. A codificação dos diagnósticos principais realizada pelos médicos no momento da internação pode ser influenciada pelo conhecimento clínico daquele profissional ou por outros fatores organizacionais do processo de gestão da unidade.

Os dados do SIH-SUS tem cobertura variável nas capitais e representa frações do total de internações que variam segundo doenças. Há que considerar a fração da população das capitais do País, particularmente a faixa etária que concentra o subgrupo de doenças selecionadas e possuem plano de saúde. Ademais, não foram consideradas possíveis mudanças na oferta de leitos SUS no período, o que poderia influenciar as taxas de internação.

Colaboradores

LF Pinto contribuiu para a concepção, delimitação e análise dos dados. L Giovanella contribuiu na discussão dos dados, na redação e na revisão crítica do artigo.

Referências

- Pinto LF. *Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
- Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2002.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários: agora mais do que nunca*. Editor da versão Portuguesa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal. OMS; 2008. [acessado 2018 Fev 2]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção básica*. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.
- Brasil. Portaria GAB/MS 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* 2011; 22 out.
- Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
- Machado MH. *Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Vol 1. Brasil e Grandes Regiões. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2000.
- Brasil. Portaria SVS/MS nº 3.252, de 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2009; 23 dez.
- Brasil. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; 25 jan.
- Brasil. Portaria GAB/MS nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2012; 29 dez.
- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde (MS); 2002.
- Macinko J, Guanais FC, Souza MF. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-19.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-2181.
- Calnan M, Hutten J, Hrvoje T. The challenge of coordination: the role of primary care professionals in promoting integration across the interface. In: Saltman RB, Rico A, Wienke B, editors. *Primary Care in the Driver's Seat. Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: The European Observatory on Health Systems and Policies, Open University Press; 2005. p. 85-104.
- Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saude Publica* 2006; 22(5):951-963.
- Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni C, Turci MA. 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 Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.
- Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):327-338
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Histórico de Cobertura da Saúde da Família*. [página da Internet]. [acessado 2017 Dez 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php
- Costa NR. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1389-1398.
- Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
- Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12(1):162-173.
- Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Turci MA, Macinko J. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49(6):577-584.
- Souza LL, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saude Publica* 2011; 45(4):765-772.
- Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *Am J Public Health* 2011; 101(10):1963-1970.

25. Soranz D. *Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
26. Mendonça CS. *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil* [tese]. Porto Alegre: FAMED/UFRGS; 2016.
27. Campos GW. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):301-306
28. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Feb 03]; 31(11):2353-2366.
29. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Seidl H, Franco CM, Fusaro ER, Almeida SZF. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2697-2708.
30. Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet* 2013; 382(9886):57-64.
31. Nolte E, Knai C, McKee M. *Managing chronic conditions. Experiences in eight countries*. Observatory Studies Series n. 15. Bruxelas: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

Artigo apresentado em 05/01/2018

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 02/03/2018

