

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

DANI KRUEL BANDEIRA

**INTERAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA COMO  
ANALISADOR DA ORGANIZAÇÃO E DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
ELDORADO DO SUL /RS**

Porto Alegre  
Janeiro de 2018

Dani Kruel Bandeira

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA COMO  
ANALISADOR DA ORGANIZAÇÃO E DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
ELDORADO DO SUL /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso II apresentado à Comissão de Graduação do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Porto Alegre  
Janeiro de 2018

Dani Krueel Bandeira

**INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA COMO  
ANALISADOR DA ORGANIZAÇÃO E DA OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM  
ELDORADO DO SUL /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso II  
apresentado à Comissão de Graduação do  
Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
como requisito parcial e obrigatório para a  
obtenção do título de Bacharel em Saúde  
Coletiva.

Aprovado em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_.

(Conforme Projeto Pedagógico do Curso de Saúde Coletiva)

---

Prof. Dr. Prof. Dr. Dário Frederico Pasche – Orientador

---

Prof. Dr. Alcides Silva de Miranda – Avaliador

Porto Alegre

Janeiro de 2018

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a minha família que me acompanha nesta jornada terrena e a todos os Sanitaristas: Aos de ontem, por terem construído os caminhos até aqui, aos de hoje com quem compartilho as experiências e aos de amanhã, que herdarão os esforços dos que os antecederam. E por terem a responsabilidade de manterem esse legado.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, energia criadora de toda a vida.

A minha família, que sempre me apoiou e me ajudou a ser quem sou.

Aos amigos, que entenderam os momentos de ausência para que pudesse fazer este trabalho.

À vida, por permitir os encontros os quais ao longo dela me deparei.

A minha namorada, Andresa da Silveira, que esteve ao meu lado, principalmente, nos momentos de maior dificuldade.

À Enfermeira, ex-chefe e amiga, Clarice Ribeiro, que me ajudou no desenvolvimento do tema.

À Enfermeira, amiga e orientadora dos estágios, Priscilla Gonçalves Casanova Soeiro, cujas orientações me foram preciosas no desenvolvimento desse trabalho.

Aos professores do Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ao professor, Alcides de Miranda, que mesmo sem saber, me serviu de inspiração.

À Professora, Marilise Mesquita, que me orientou no primeiro estágio, um momento de grande aprendizado.

Ao professor, Dário Frederico Pasche, orientador do segundo estágio e orientador, também, deste trabalho. Sem ele este TCC não sairia. Valeu muito a parceria!

E, finalmente, ao meu amigo Grande Amigo, Éldio da Silva Pereira. Com quem iria me formar no mesmo período, mas a vida resolveu por separa os caminhos.

*“A história se repete, mas a força  
deixa a história mal contada..”.*

*Engenheiros do Hawaii*

## RESUMO

O SUS é o sistema de saúde de acesso universal conquistado pelo povo brasileiro a partir da Constituição Federal de 1988 como um direito de cidadania. Esse sistema é organizado, compartilhado e pactuado entre os três entes federativos da República, que dividem a responsabilidade pelo seu funcionamento. Considerando o princípio da *Descentralização*, previsto na Lei 8080/90, a competência da execução dos serviços fica a cargo do município, principalmente. Para garantir a integralidade do cuidado o município contrai, nesse arranjo, responsabilidades sanitárias tanto na região a que pertence, como em seu território. E para o conjunto dos municípios cabe organizar e prestar serviços e ações de Atenção Básica, conforme a Política Nacional de Atenção Básica. Sendo a Atenção Básica, compreendida como a principal forma de acesso ao sistema de saúde. Muitos esforços têm sido feitos para a sua melhoria. E o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB - é um dos instrumentos para se avaliar a qualidade da Atenção Básica. Dessa forma, foi realizada uma pesquisa exploratória que tomou esse indicador como elemento para discutir a organização e a efetividade das ações de saúde no município de Eldorado do Sul /RS, Brasil. Em um primeiro momento, foi realizada uma revisão de literatura afim de verificar a pertinência do uso desse indicador, a partir de revisão sistemática de artigos publicados entre os anos de 2009 a 2017, no idioma Português, que estivessem publicados na íntegra e que trataram da verificação de associação entre o ICSAB e a Atenção Básica. Para análise desse material, foi elaborada uma tabela que considerou as potencialidades do uso do indicador, as limitações de seu uso e o seu comportamento em relação a outras variáveis. No segundo momento, foi descrita e analisada a organização do sistema municipal de saúde de Eldorado do Sul. Os resultados do estudo exibiram um desenho das políticas de saúde voltado a um modelo fragmentado, centrado em serviços de queixa-conduta e na estabilização da baixa cobertura da Atenção Básica, em detrimento de um modelo baseado em necessidades dos usuários, apesar dos investimentos em saúde ficarem acima do estabelecido pelas normas legais do SUS, o que torna a atenção à saúde cara e pouco resolutiva, haja vista que o ICSAB não tem se alterado significativamente nos últimos anos, encontrando escores maiores na série histórica para o ano de 2017.

**Palavras-chave:**SUS, Atenção Básica, Internações por condições Sensíveis à Saúde, Política de Atenção à Saúde.



## **ABSTRACT**

The SUS is the health system of universal access conquered by the Brazilian people from the Federal Constitution of 1988 as a right of citizenship. This system is organized, shared and agreed among the three federative entities of the Republic, which share responsibility for its operation. Considering the principle of Decentralization, provided for in Law 8080/90, the competence of the execution of the services is mainly borne by the municipality. In order to guarantee the integrality of the care, the municipality contracts, in this arrangement, sanitary responsibilities both in the region to which it belongs, and in its territory. And for the set of municipalities it is necessary to organize and provide services and actions of Basic Attention, according to the National Policy of Basic Attention. Being the Primary Care, understood as the main form of access to the health system. Many efforts have been made to improve it. And the indicator of hospitalizations for conditions sensitive to basic care - ICSAB - is one of the instruments to evaluate the quality of Primary Care. Thus, an exploratory study was carried out that took this indicator as an element to discuss the organization and effectiveness of health actions in the municipality of Eldorado do Sul / RS, Brazil. At first, a literature review was carried out to verify the pertinence of the use of this indicator, based on a systematic review of articles published between the years 2009 and 2017 in the Portuguese language, which were published in full and which dealt with verification of association between ICSAB and Primary Care. For the analysis of this material, a table was elaborated that considered the potentialities of the use of the indicator, the limitations of its use and its behavior in relation to other variables. In the second moment, the organization of the municipal health system of Eldorado do Sul was described and analyzed. The results of the study showed a design of the health policies focused on a fragmented model, centered in services of complaint and in the stabilization of the low coverage of basic care, to the detriment of a model based on the users' needs, despite investments in health being above that established by the legal norms of the SUS, which makes health care expensive and not enough resolution, since ICSAB does not has changed significantly in recent years, finding higher scores in the historical series for the year 2017.

Key Words: SUS, Basic Care, Hospitalizations for Health-Sensitive Conditions,  
Health Care Policy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ACCS – AmbulatoryCareSensitiveCondidion

ACS – Agentes Comunitário de Saúde

CNES – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

CSAP – Condições Sensíveis à Atenção Primária

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAA – Ficha de Atendimento Ambulatorial

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Bási

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política nacional de Atenção Básica

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RGMS – Relatório de Gestão Municipal de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### QUADROS

Quadro 1 - Resumo da revisão sistemática sobre ICSAB na Plataforma BVS .....	23
Quadro 2 – Potencialidades e limitações do indicador e as relações entre as variáveis apresentadas nas publicações do estudo sistematizado.....	37
Quadro 3 - Serviços Públicos de Saúde de Eldorado do Sul /RS, conforme o CNES.....	41

### FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do método criado para a Revisão Bibliográfica deste estudo .....	22
Figura 2 - Mapa Eldorado do Sul/ RS, Brasil. 2018 .....	39
Figura 3 - Proporção da cobertura da AB, Eldorado do Sul /RS.....	42
Figura 4 - Indicador de Cobertura da AB, Eldorado do Sul, 2017 .....	42
Figura 5 - Cobertura de ESF de 2010 a 2017 em Eldorado do Sul /RS.....	43
Figura 6 - Cobertura de ESF no ano de 2017 em Eldorado do Sul /RS.....	43
Figura 7 - Fluxograma-Resumo da utilização dos serviços de saúde .....	48
Figura 8 - Proporção de ICSAB ao ano em Eldorado do Sul .....	51
Figura 9 - Proporção de internações por ICSAB no ano de 2017 .....	52

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Aplicação dos recursos conforme LC 141/2012.....	40
Tabela 2 - Profissionais Médicos cadastrados no Pronto Atendimento 24 Horas de Eldorado do Sul em 2017 .....	46
Tabela 3 – Produção do Pronto Atendimento 24 Horas de Eldorado do Sul /RS de 2013 a 2017 .....	49

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3 METODOLOGIA.....	18
4 OBJETIVOS .....	20
4.1 Objetivo Geral .....	20
4.2 Objetivos Específicos.....	20
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	21
5.1 Análise da Literatura sobre o Indicador .....	21
5.1.1 As potencialidades e fragilidades do uso do indicador .....	37
5.2 A situação de saúde de Eldorado do Sul/ RS.....	39
5.2.1 A rede de saúde de Eldorado do Sul .....	40
5.2.1.1 A Unidade de Saúde 24 Horas na rede de saúde de Eldorado do Sul.....	44
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
7. REFERÊNCIAS.....	56

## 1 INTRODUÇÃO

A Saúde é direito de todos e dever do Estado. Essa é a assertiva constante no Art. 196 da Constituição Federal de 1988 que democratiza e garante esse direito e prevê que o acesso pleno ao sistema de saúde passa a não depender de renda, buscando-se garantir um novo padrão de cidadania.

O Sistema Único de Saúde é o sistema de acesso universal que viabiliza o anseio de uma nação que se mobilizou através movimentos sociais, como a Reforma Sanitária, e deu origem a uma Constituição Federal promulgada que tornou essa vontade em dever/direito expresso na Lei Orgânica desse sistema, e nas legislações dos entes federados.

São diretrizes do SUS presentes no Art. 198 da CF 88, a Descentralização com direção única em cada esfera de governo; o Atendimento Integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

Mas nessa conformação do Estado Brasileiro e a partir do modelo político - assistencial proposto na Lei 8080/90 (LOS) - como são assegurados os princípios descritos na CF 88?

Das quatro Portas de Entrada às Redes de Atenção à Saúde (pressupostos da continuidade do acesso) instituída no Decreto 7.508/2011, a Atenção Básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012).

E como os entes federativos, Municípios, garantem essa prerrogativa? Já que, a AB oportuna e de boa qualidade garante a resolutividade em 80% dos casos.

Uma das formas de avaliar a AB é através do Indicador ICSAB – Índice de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica. Neste estudo, dividido em duas etapas. Buscou-se, na primeira etapa, resgatar o que a literatura tem a dizer sobre o indicador. Após, na segunda etapa, foram descritas, no contexto de oferta e uso dos serviços de saúde no município de Eldorado do Sul /RS, Brasil, as mudanças no patamar desse indicador.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Sistema Único de Saúde, SUS, a Atenção à Saúde é dividida entre os três Entes Federativos que compõem a República Federativa do Brasil. Nesse modelo, regionalizado e hierarquizado, a premissa é de que os sistemas locais ordenem o acesso aos outros níveis de atenção e coordenem os processos de formação de redes de atenção pela sua forma de organização. Essa harmonia na organização do sistema só pode ser alcançada se o diálogo entre as políticas, técnicas e capacidades administrativas estiverem acontecendo sob os preceitos do SUS e convergindo para a garantia de um dos direitos de cidadania escritos e inscritos na Carta Máxima que rege a vida dos brasileiros desde outubro de 1988 – a Saúde.

Em nossa pátria, o sistema de saúde é Universal, ou seja, de acesso irrestrito independente de pagamento privado (próprio). Conforme, a (PNS, 2013-2014)<sup>1</sup>: Estima-se que 71,1% dos brasileiros foram a estabelecimentos públicos de saúde, 47,9% apontaram as Unidades básicas como a principal porta de entrada aos serviços do SUS. Depois das Unidades Básicas de Saúde, os serviços públicos mais procurados pela população são os de emergência, como as Unidades de Pronto Atendimento Público ou Emergência de Hospital Público (11,3%) e 4,9% buscam Emergências Privadas.

A legislação do SUS permite que a iniciativa privada participe do sistema de maneira complementar, através da Lei Orgânica de Saúde (LOS). E na conjuntura político-econômica atual, na qual se discute o “tamanho do Estado”, quando - em tempos de Emenda Constitucional nº 95/2016, que congela os investimentos estatais por 20 anos; Extinção da Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde, FEPPS, no Estado do Rio Grande do Sul - cresce a demanda por financiamento privado nos sistemas de saúde, através de planos e seguros de saúde, hospitais, clínicas e laboratórios que são contratualizados mediante convênios entre Estado e prestadores privados ou pagamentos diretos desses serviços pelos usuários. Exibindo o panorama que permeia o Sistema Único de saúde em todos os níveis de atenção e em todos os entes.

---

<sup>1</sup><http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>



A disputa entre o público e o privado, ou, entre necessidades de saúde e a oferta de serviços, se apresenta de acordo com (AKERMAN; RIGHI; PASCHE; TRUFELLI e LOPES, 2006, p. 113):

As lógicas da reprodução do capital e da proteção social se chocam, e a questão social toma vários sentidos, como expressão de política pública... Dessa forma, a área da saúde também passa a se debater com um cenário de crise cujos componentes éticos, políticos e econômicos permitem adjetivá-la como complexa.

Nesse sentido, Simone Letícia Severo e Sousa (2014), afirma:

No Brasil, o esmaecimento da separação entre a esfera privada e a pública explicita-se no âmbito do econômico... O problema maior ocorre é quando os recursos públicos destinados à área da saúde, pelo Estado, são limitados e não compatíveis com tamanha demanda abrangida pelo Sistema de Saúde adotado.

Corroborando, COHN Apud (ELIAS, 2004, p. 44):

Esse novo ajuste revela a organicidade da relação Estado/saúde em prol dos interesses dos produtores privados, pois ao Estado se reservava a função de organizar a clientela, financiar a produção de serviços e subsidiar o investimento privado para ampliação da capacidade instalada.

Exemplificando a disputa entre o público e o privado na saúde, duas medidas do governo federal são tomadas como exemplo: a primeira é a nova PNAB, Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017 a qual reduz o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) por equipe e reconhece outras estratégias de Atenção Básica mesmo aquelas sem composição multiprofissional. A segunda medida é a ampliação dos repasses aos hospitais psiquiátricos e às Comunidades Terapêuticas que são instituições privadas e em sua maioria são ligadas a grupos religiosos. Além do que, conforme o Art. 150 da CF 88 as instituições religiosas são isentas de tributação, ou seja, de pagar IPTU, IPVA, ISS e Imposto de Renda sobre doações – dinheiro que poderia ser usado para financiar serviços do Estado, inclusive de saúde.

Nesse cenário - anteriormente destacado pelo exemplo das vendas e fechamento de empresas estatais e do congelamento do investimento estatal por vinte anos, através da Emenda Constitucional 95/2016 promovido por uma conjuntura política caótica - de disputa entre o público e o privado e de redução do Estado, se faz essencial a boa organização da Atenção Básica, cuja clínica é menos

dispendiosa, sendo a preferencial porta de entrada ao Sistema Único de Saúde e de competência – no que se refere à prestação de serviços - principalmente, Municipal. Além do que, a AB tem a capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde e somente 5% desses problemas seriam encaminhados a outro nível de complexidade Alfradique(2009), (Campos; Guerrero e Cunha, 2012).

Dessa maneira, a expansão da AB é não só desejável, como objetivo estratégico a ser alcançado visando à melhoria dos indicadores de saúde, tendo na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a mudança nas práticas da Atenção Básica, desde a publicação da Portaria GM/MS nº 648/2006, já a ESF trabalha com Diretrizes, Territórios; Atenção à Família; Equipes Multiprofissionais. E veio para substituir o modelo biomédico por novas práticas assistenciais (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011).

Uma forma de mensurar a capacidade operativa da Atenção Básica é através do indicador ICSAB, Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica. Cujas reduções indicariam a melhoria da resolutividade da AB, já que, como afirma Alfradique, (2009), altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho.

O ICSAB guarda semelhança com o ACCS (*ambulatoryCareSensitiveCondition*), traduzindo livremente como CSAP, Condições Sensíveis à Atenção Primária, Alfradique, (2009, op. cit, p.1) e os autores os usam como sinônimo já que se referem a praticamente os mesmos grupos classificatórios. As CSAP são morbidades que podem ser atendidas na atenção básica, evitando hospitalizações desnecessárias e constituem um indicador que mede a qualidade e resolutividade da ESF, a redução delas é um dos marcadores da efetividade da ESF (Ceccon, 2014).

Este estudo pesquisou o ICSAB como potencial dispositivo de avaliação da AB e o seu comportamento em relação ao modelo de Atenção Básica construído em Eldorado do Sul/ RS, Brasil.

### 3 METODOLOGIA

Este é um estudo, dividido em duas etapas, exploratório que busca entender a forma como está disposta a política de saúde que originou o pico nas internações sensíveis à atenção básica no município de Eldorado do Sul no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Também é descritivo, quando exhibe as manifestações das vontades políticas, através da caracterização do modelo de Atenção Básica que orienta os fluxos dos usuários.

A primeira etapa deste estudo incluiu uma Revisão Bibliográfica. Visto que, conforme afirma, Espírito Santo (1992, p.81):“A revisão de literatura é uma fase necessária ao processo de pesquisa”. E segundo ele, “A revisão também nos dá acesso às recomendações de outras pesquisas. O que enriquece o processo a literatura existente acerca do tema. Desse modo, foi utilizada a plataforma BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) para a procura de subsídios que auxiliou na compreensão do uso do indicador, o que ajudou a entender a forma como o indicador se propõem a medir a qualidade/magnitude da Atenção Básica no município em questão. A consulta foi realizada através da frase: “INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA”. Os critérios de inclusão foram artigos escritos no idioma Português e publicados entre os anos de 2009 à 2017 e que apresentassem diferenciação quanto às potencialidade e limitações da capacidade do indicador em avaliar o que se propõem. Já os critérios de exclusão foram as publicações que não estão disponíveis na íntegra, as repetidas e as que se preocupassem, principalmente, em descrever as principais causas das internações por ICSAB(perfil de morbidade) em detrimento da referência ao modelo da organização do serviço.

Os artigos, selecionados pelos títulos e resumos que incorporaram a seleção foram analisados na íntegra, tendo esse processo sido auxiliado por um instrumento de coleta de dados criado para este fim (Quadro 1).

A segunda etapa deste estudo se refere à caracterização da AB no município de Eldorado do Sul, através dos seus indicadores, em face da literatura pesquisada. Também, será apresentada a contextualização no qual o modelo de atenção à saúde vem sendo produzido.

Para a realização da pesquisa bibliográfica – a primeira etapa do estudo - a plataforma escolhida foi a do sítio [bvsalud.org](http://bvsalud.org). Para a realização da descrição dos indicadores de saúde – a segunda etapa do estudo - foram utilizadas bases de dados secundárias que continham dados sobre indicadores de saúde como, BI Público, SIH/SUS, CNES, SNA, SAGE e para a Atenção Básica.

Por se tratar de uma pesquisa que emprega dados secundários, que são de domínio público, foram observados os regramentos da Lei 12.527/2011 e da Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Descrever o comportamento das internações por condições sensíveis à atenção básica, no município de Eldorado do Sul/ RS, Brasil, no período compreendido entre 2013 a 2017 e buscar entender quais fatores podem ter influenciado nas alterações desses valores.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Fazer a revisão de literatura da literatura sobre o indicador ICSAB;
- Pesquisar o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica;
- Pesquisar o percentual de cobertura de acesso da Atenção Básica;
- Pesquisar o percentual de cobertura de acesso da Estratégia de Saúde da Família;
- Apresentar o modelo de oferta dos serviços de saúde Eldorado do Sul/ RS, Brasil.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Análise da Literatura sobre o Indicador

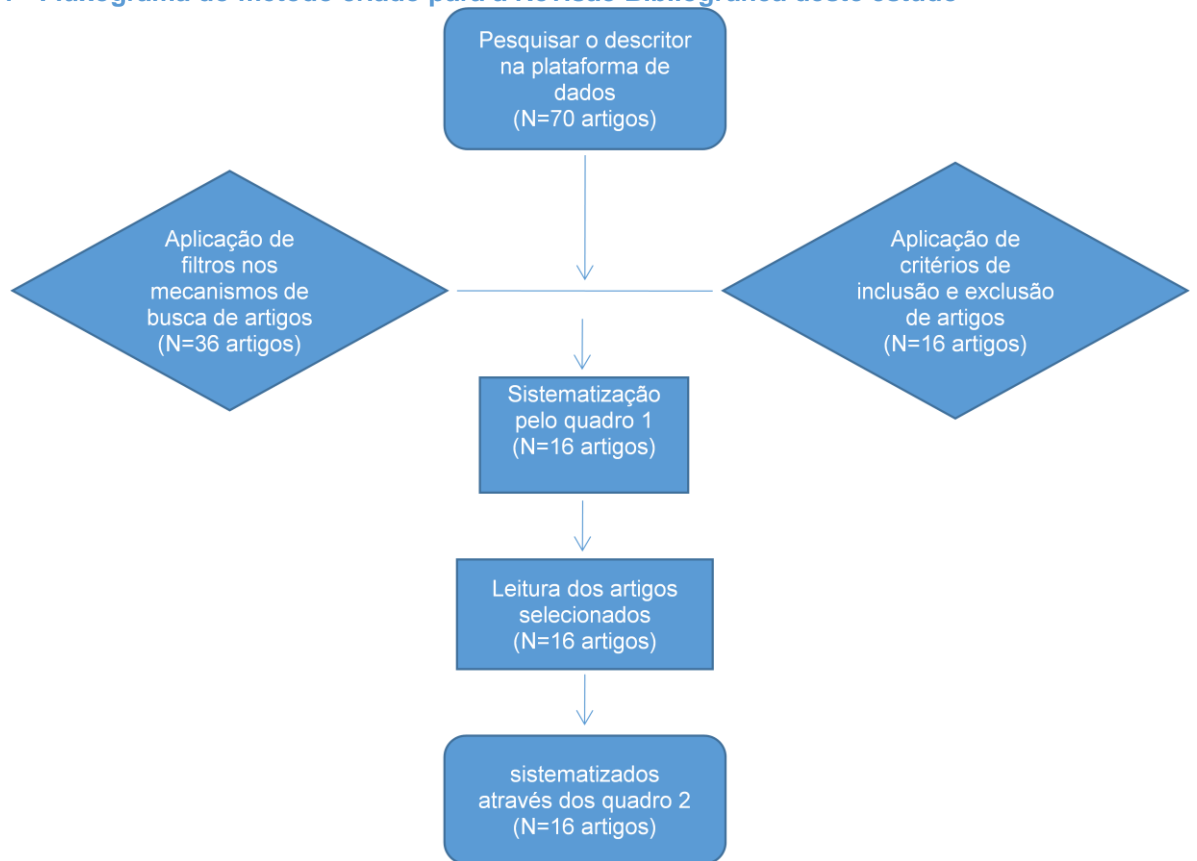
As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica - ICSAB - aglutinam um conjunto de causas de internações para as quais uma oferta de Atenção básica oportuna e de boa qualidade resolveria no nível local.

As CSAP (Ambulatory Care Sensitive Condition), termo internacional que originou a adaptação para a realidade brasileira (ICSAB), são morbidades que podem ser atendidas na atenção básica, evitando o agravamento da condição clínica e hospitalizações desnecessárias (Ceccon et al, 2014).

A revisão sistemática baseou-se na pesquisa de artigos que informaram acerca do indicador, o ICSAB. Como descritor utilizou-se “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica”. A partir dele foram encontradas 70 publicações. Com a aplicação dos filtros “Texto Completo”; “País/Região” (assunto); “Idioma” e “Ano da Publicação”, foram retornadas 36 publicações. Dessas, excluídas as repetidas, restaram 28 publicações, das quais observados os critérios de inclusão e exclusão, apurou-se 16 publicações. Os critérios de exclusão foram: publicações que não estavam disponíveis de forma completa; publicações retornadas mais de uma vez; e as publicações cujo objetivo central fosse o perfil de morbidade das internações. Os critérios de inclusão foram: artigos escritos no idioma português; publicados no período entre 2009 a 2017 e os que trouxeram características de potencialidades e de limitações na capacidade de o indicador ser uma ferramenta de mensuração da qualidade da Atenção Básica.

A Figura 1 esquematiza o processo de revisão da literatura que faz parte da primeira parte deste estudo, veja abaixo:

Figura 1 - Fluxograma do método criado para a Revisão Bibliográfica deste estudo



Fonte: Elaborado pelo autor

Para a organização das informações trazidas nos artigos da amostra final da pesquisa foram construídos dois quadros. No Quadro 1, que apresenta o resumo da revisão sistemática, estão elencados todos os 16 artigos que após passarem pelos filtros e critérios de inclusão e exclusão compuseram a amostra da pesquisa (N). Esse quadro apresenta os artigos por Autor, Periódico, Título, Objetivo e Discussão.

Quadro 1 - Resumo da revisão sistemática sobre ICSAB na Plataforma BVS

(continua)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
ALFRADIQUE, I Maria Elmira; et al. 2009.	LILACS	<b>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)</b>	Apresenta-se uma descrição das etapas seguidas para a construção da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária.	Existem também limitações do uso das internações por condições sensíveis à atenção primária.  Uma redução nas taxas de internação por essas causas apenas sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde.  A análise dessas internações depende de dados administrativos (como as autorizações de internação hospitalar), e isso pode exacerbar os problemas presentes nesses bancos de dados, que não foram criados pela pesquisa.
ANDRADE, Suzete Socorro Silva. 2016	LILACS	<b>Estratégia Saúde da Família e sua relação com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado de Pernambuco, no período de 2000-2014.</b>	Analisar a relação entre a cobertura da ESF e as internações por condições sensíveis em Pernambuco.	Outro ponto a ser destacado é que os grupos de municípios que apresentaram as maiores expansões da cobertura não foram os mesmos que demonstraram as melhores reduções das condições sensíveis, como seria esperado. Sugere-se, portanto, a realização futura de uma análise mais detalhada de cada caso, incluindo outras variáveis, de forma a contextualizar as realidades para melhor compreensão do processo.



(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
<p>ARAUJO, Waleska Regina Machado et al . 2017</p>	<p>LILACS</p>	<p><b>Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis</b></p>	<p>Investigar se características da estrutura das unidades básicas de saúde e do processo de trabalho das equipes de atenção básica estão associadas ao número de internações por condições sensíveis à atenção primária.</p>	<p>Conclui-se que características da estrutura das UBS e do processo de trabalho das EAB impactam no número de ICSAP nos municípios brasileiros.</p> <p>Com relação aos indicadores de estrutura da UBS, não identificamos associação entre a razão de médicos e ICSAP.</p> <p>Investimentos direcionados para a qualificação das ações na APS potencialmente reduzirão as ICSAP.</p> <p>Uma atividade importante do cuidado da equipe de atenção é garantir aos usuários os cuidados de outros pontos de atenção quando necessário.</p> <p>Sobre os programas assistenciais analisados, apesar de a cobertura da ESF não ter sido associada aos menores indicadores de ICSAP e de a cobertura do EACS mostrar associação com o maior número de internações, outros artigos mostram que a implantação da ESF parece estar associada com a redução de ICSAP</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
BOING, Antonio Fernando et al . 2012.	LILACS	<b>Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009.</b>	Descrever a tendência de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária entre 1998 e 2009 no Brasil.	<p>Menores taxas de internações por CSAP estão associadas com maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes na AP, melhor avaliação do serviço por parte do usuário, continuidade da assistência com o mesmo médico de família, maior número de consultas preventivas e regiões com centros de saúde.</p> <p>Independentemente da carga de doenças e da própria oferta de médicos, o melhor acesso à atenção primária está associado a menos internações por CSAP.</p> <p>No contexto brasileiro, Macinko et al encontraram menores taxas de internações por CSAP em regiões com maior cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e valores mais elevados de internações em regiões com maior quantidade de leitos hospitalares privados.</p> <p>As dificuldades na implantação da estratégia em municípios de pequeno porte ocorrem em grandes centros urbanos, muitas vezes agudizadas por problemas como programas verticalizados e alta exclusão no acesso aos serviços de saúde.</p> <p>No entanto, fatores como condições socioeconômicas e oferta de serviço de saúde privado ou especializado condicionam as taxas de internações por CSAP e podem influenciar diferenças regionais.</p> <p>Problemas de mau preenchimento nas AIH são considerados pontos negativos.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
<p>BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. 2017.</p>	<p>LILACS</p>	<p><b>Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais</b></p>	<p>Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), alimentando o debate sobre o uso indiscriminado do indicador para inferências acerca da expansão e qualidade da atenção primária.</p>	<p>Autores apontam limitações do uso das ICSAP como indicador de qualidade da atenção primária prestada, dependendo da cultura de uso dos serviços de saúde pela população estudada, da política de internação hospitalar.</p> <p>O uso do indicador para inferências sobre a expansão e qualidade da atenção não pode prescindir da consideração de fatores relativos à organização e práticas dos serviços de saúde.</p> <p>Porém, as taxas de ICSAP sofreram uma queda abrupta entre 2010-2011, que parece ser explicada, em grande parte, pelo fechamento de um hospital contratado pelo SUS, que recebia boa parte destas internações no município.</p> <p>Tais resultados parecem não somente revelar a persistência de problemas no sistema de saúde e, mais especificamente, no acesso a serviços de saúde de atenção primária, consistente com o desempenho precário do SUS no município.</p>
<p>BRASIL, Vinicius Paim; COSTA, Juvenal Soares Dias da. 2016.</p>	<p>LILACS</p>	<p><b>Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011.</b></p>	<p>Avaliar a tendência das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária e verificar sua correlação com o investimento financeiro em saúde e a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família (ESF).</p>	<p>A cobertura da ESF e os investimentos financeiros per capita em saúde mostraram aumento no período estudado e apresentaram relação direta com a diminuição das ICSAP, podendo-se concluir que investimentos destinados a ESF traduziram-se em reduções importantes na taxa dessas hospitalizações.</p> <p>O estudo em tela sugeriu que percentuais de cobertura de ESF superiores a 60,0% e investimentos per capita em saúde ao redor de R\$170,00 favoreceram a diminuição das taxas de ICSAP. Outras investigações também encontraram diminuição das ICSAP a partir do aumento da cobertura da ESF.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
CALDEIRA, Antônio Prates et al . 2011.	LILACS	<b>Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.</b>	Avaliar a prevalência e os fatores associados às internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária (CSAP).	<p>Definição diagnóstica coletada a partir do prontuário do paciente reduz a possibilidade de erros em relação à utilização de dados secundários obtidos apenas com o diagnóstico da ficha de internação (AIH)</p> <p>Para o município avaliado, a atenção primária ainda registra a convivência da assistência à saúde pela ESF com os centros de saúde tradicionais, onde a assistência à saúde infantil é quase sempre pontual, centrada na figura do pediatra e orientada para a cura das condições agudas.</p> <p>Frequentemente a família do paciente procura espontaneamente os serviços hospitalares de pronto-socorro por avaliarem tais serviços como mais resolutivos.</p>
CAMPOS, Amanda Zandonadi de; THEME-FILHA, Mariza Miranda. 2012.	LILACS	<b>Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009.</b>	Analisar a correlação entre a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a taxa das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).	<p>Deve ser ressaltado que o registro dessas internações apresenta algumas limitações que merecem cautela quanto a sua utilização.</p> <p>O sistema registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, o que corresponde a 70% das internações ocorridas no país, podendo haver ainda eventual dupla ou tripla contagem de um mesmo paciente, em razão do sistema não identificar reinternações e transferências de outros hospitais. Além disso, não há possibilidade de correções posteriores à realização do faturamento, mesmo que tenha sido identificado erro de digitação ou de codificação do diagnóstico.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
CARDOSO, Clareci Silva; et al . 2013.	LILACS	<b>Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde.</b>	Descrever o perfil epidemiológico das internações ocorridas na Cidade de Divinópolis (MG), Brasil, estimar a prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e avaliar os fatores associados com a ocorrência de ICSAP.	<p>O acesso aos serviços de saúde e a continuidade do cuidado na atenção primária em saúde têm-se mostrado efetivos, reduzindo significativamente as taxas de ICSAP</p> <p>A ESF tem apresentado amplo potencial para atuação, principalmente em se tratando de doenças crônicas, como asma, doença cardiovascular, acidente vascular cerebral, além de outras condições.</p> <p>Os resultados encontrados por esta investigação apontam maior proporção de ICSAP no município com mais baixa cobertura de ESF e maior densidade populacional, correspondendo a mais de 70% das ICSAP identificadas.</p> <p>A atenção primária em saúde deve ser prioridade, pois estudos demonstram que o médico generalista bem treinado pode resolver 80% dos principais problemas de saúde de uma população. Nesse sentido, o indicador ICSAP torna-se uma poderosa ferramenta para auxiliar o monitoramento e a avaliação da atenção primária em saúde.</p> <p>O crescimento desordenado das cidades e as deficiências de acesso aos serviços essenciais e de saúde contribuem para o aumento das taxas de morbidade e complicações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil e nos países da América Latina, com realidade semelhante.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al . 2010.	LILACS	<b>Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.</b>	Avaliar, por intermédio da taxa de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária, a qualidade dos cuidados oferecidos pelos municípios em plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul.	<p>O acesso universal e a efetiva qualidade na atenção básica diminuem as diferenças em saúde e interferem nos níveis do sistema de saúde de maior complexidade.</p> <p>Esses achados podem confirmar a Lei de Roemer que mostra a indução da demanda pela oferta, ou seja, a oferta da tecnologia em saúde leva ao seu uso independentemente das necessidades da população.</p> <p>O acompanhamento das internações por condições sensíveis à atenção primária mostrou-se um indicador de fácil operação e de baixo custo, uma vez que é originado de uma base de dados secundária e que pode produzir conhecimentos sobre os sistemas de saúde, possibilitando orientar o desenho de políticas e a melhoria de sua qualidade.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
FERREIRA, J.B.B; et al. 2014.	LILACS	<b>Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010</b>	Descrever as interações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).	<p>Considerando o fato de que as ICSAP podem refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde, os resultados deste estudo são importantes para uma análise mais aprofundada desse ponto da rede de atenção nesse território.</p> <p>Melhorias na APS, com investimentos estruturais e em suas características essenciais, sejam a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a facilidade de acesso, a coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, poderiam contribuir sobremaneira na diminuição da ocorrência das ICSAP.</p> <p>Como o presente estudo utilizou uma fonte secundária de dados com reconhecidas limitações (ausência de informações de interesse, falta da padronização na coleta, variação na cobertura temporal e espacial dos dados e sua qualidade), seus resultados podem não ser totalmente fidedignos ao evento estudado.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
PAZÓ, Rosalva Grobério et al. 2014.	LILACS	<b>Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil</b>	Investigar a associação entre a organização dos serviços de saúde e as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária.	<p>Para explicar essa relação, pode-se pensar que, em regiões onde existia um estrangulamento no acesso aos serviços de saúde, há um aumento temporário nas hospitalizações ao ocorrer melhora no acesso, pois, nesse caso, estaria sendo atendida uma população sem assistência alguma anterior.</p> <p>utilizar outra representação como, por exemplo, a utilização do serviço, a percepção dos usuários quanto à oportunidade de acesso e a adequação da implantação das equipes da ESF e do PACS, dentre outras</p> <p>Sabe-se que piores condições socioeconômicas afetam o acesso aos serviços de saúde, modificam o padrão de utilização desses, dando preferência ao uso de serviços de emergência.</p> <p>O achado, neste estudo, de maior número de ICSAP associadas à maior urbanização pode sugerir que a residência em aglomerados urbanos, nos quais, em geral, estão localizados os hospitais, facilita o acesso a eles, e, conforme aponta o estudo de Márquez-Calderón et al., o maior acesso aos serviços de urgência e de emergência hospitalares em detrimento da atenção básica colabora para o aumento das hospitalizações sensíveis, pois a atenção secundária e terciária passam a ser a porta de entrada do sistema de saúde.</p> <p>Outro destaque do presente estudo foi a associação positiva entre a oferta de leitos hospitalares e as ICSAP, Para alguns autores, isso se deve ao efeito de uma demanda induzida pela oferta, ou seja, quanto maior o número de leitos disponíveis, maior a chance de o indivíduo se internar independentemente das suas necessidades de saúde.</p>



(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara et al . 2013.	LILACS	<b>Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira.</b>	Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no município de Curitiba no período de 2005 a 2007.	<p>No que diz respeito ao sistema de saúde, para que seja possível avaliar esse nível de atenção é necessário que sejam avaliados simultaneamente o sistema local e sua organização, porque o papel fundamental da APS de ordenadora do sistema não é por ela mesma definido. Na verdade, ela exercerá o papel que lhe for atribuído pelo modelo adotado de organização do sistema.</p> <p>Portanto, no sistema em que a APS é definida para atuar de forma seletiva ou apenas como porta de entrada, ao invés de ordenadora de fluxos e contrafluxos de usuários dentro do sistema, esse nível de atenção não dará conta de reduzir ou evitar as ICSAP e poderá haver um viés importante ao responsabilizar a APS por essas internações.</p> <p>De todo modo, seu uso será de grande valia para apontar as fragilidades do sistema, sinalizando para os gestores as questões que devem ser equacionadas para a organização dos serviços no enfrentamento desses problemas.</p>
REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; CIOSAK, Suely Itsuko; EGRY, Emiko Yoshikawa. 2012.	LILACS	<b>Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil.</b>	Apresentar o panorama dessas internações em um hospital do município de São Paulo.	<p>Em todos os anos estudados, a faixa etária que mais internou no HGP, segundo as ICSAPs, foi de a de 65 anos de idade e mais.</p> <p>As internações nessa faixa etária podem ter várias justificativas, entre elas a transição epidemiológica e demográfica.</p> <p>Há que se ter prudência ao utilizá-los para avaliação do desempenho da atenção básica, pois trata-se de um indicador que apresenta limitações.</p> <p>Dependência das informações hospitalares e problemas de registros na AIH/SIH são algumas das questões que devem ser consideradas ao usar esse indicador.</p>

(continuação)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. 2011.	LILACS	<b>Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo.</b>	Apresentar o panorama das internações sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo.	<p>Outra questão importante é que ao analisar a relação entre as internações sensíveis à atenção primária e a cobertura da estratégia de saúde da família, pode-se inferir que existe uma relação direta, pois no período estudado houve um aumento da cobertura da ESF e redução das internações por CSAP no estado de São Paulo.</p> <p>Entretanto, esta relação não se deu de modo uniforme nos DRS, o que pode sustentar a hipótese de que a expansão da cobertura dessa estratégia sem a qualidade necessária não provoca um impacto sobre as internações sensíveis a atenção básica.</p> <p>Em primeiro lugar tem-se que considerar os reconhecidos problemas com a qualidade da informação no sistema de saúde brasileiro. Sabe-se que embora tenha havido uma melhoria na qualidade desses dados nos últimos anos não se pode descartar a existência de problemas, como por exemplo o registro na autorização de internação hospitalar (AIH) de diagnósticos errados ou o registro intencional de diagnóstico diferente do real com o intuito de obter maior receita do SUS.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

(conclusão)

Autor (es)	Periódico	Título	Objetivo	Discussão
<p>SOUZA, Leonardo Lemos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. 2011.</p>	<p>LILACS</p>	<p><b>Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS.</b></p>	<p>Comparar taxas de internações por condições sensíveis em municípios-sede de coordenadorias de saúde.</p>	<p>Nesse sentido, o acompanhamento das condições de saúde a partir de dados secundários, como neste estudo, pode fornecer informações de modo relativamente rápido, simples e de fácil acesso.</p> <p>Este estudo foi sujeito a limitações, como possíveis erros de classificação na fonte de dados (Datasus).</p> <p>A unidade de análise é a baixa hospitalar e não o indivíduo. Assim, múltiplas internações pelo mesmo agravo podem levar a superestimativas do problema.</p> <p>O presente estudo mostrou, sobretudo, a possibilidade de gerar hipóteses para os gestores, de maneira rápida, acessível e relativamente simples.</p> <p>As CSAP são utilizadas inclusive pelo Ministério da Saúde e a análise das taxas de hospitalização por essas condições pode refletir problemas no sistema de saúde local que devem ser elucidados para gestão e políticas em saúde mais efetivas.</p>

Na análise do Quadro 1 verificamos que a produção dos estudos seguiu esta ordem: em 2009 e em 2010 foi publicado 1 estudo. Em 2011 e em 2012, foram 3. Já nos anos de 2013 a 2017 foram publicados 2 estudos por ano, com exceção do ano de 2015, em que não foi publicado estudo pertinente à pesquisa.

No que se refere aos objetivos das publicações, temos: estudos locais foram 68,75% e à nível de país foram 31,25%. Na discussão, a expansão da AB como fator de redução das internações por ICSAB é apontada em 100% dos estudos, ainda que não verificassem associação, como aponta Araujo (2017). A ESF como modelo capaz de reduzir essas internações, foi apontado em 43,75% das publicações, sendo que em 12,5% essa associação se apresenta de forma inversamente proporcional, ou seja, a expansão da cobertura da ESF se verifica como fator de diminuição das ICSAB. A ampliação do investimento em saúde é apontada em 12,5% dos estudos como associado à redução do ICSAB, e a oferta de serviços hospitalares aparece em 25%, sendo que em 12,25% se referem à utilização dos hospitais como porta de entrada e fator de aumentos das ICSAB. Com relação a problemas com informações advindas de dados secundários está presente em 31,25% dos artigos, sendo que o registro de AIH se apresenta em 18,75%.

O Quadro 2, abaixo apresentado, foi a ferramenta criada para mesurar a capacidade que o ICSAB tem para avaliar a Atenção Básica, a partir da literatura sistematizada no Quadro 1. Dessa forma, o Quadro 2 apresenta quatro colunas. Cada qual contendo ideias presentes nos 16 artigos. Na primeira – Potencialidades: estão descritas as características positivas de seu uso como forma de ser um diferencial para o desenho de políticas públicas. Na segunda – Limitações: características que fazem com que o ICSAB sozinho não descreva a situação da Atenção Básica. Na Terceira – Com relação: situações que interferem na alteração do patamar do indicador e na Quarta – Sem correlação: situações que na Atenção Básica dos locais estudados não interferiram na mudança do patamar do indicador.

O ICSAB é um bom indicado para refletir sobre as mudanças na prática da atenção primária; questionar a qualidade do processo de trabalho das equipes; auxiliar a gestão no processo de tomada de decisão; indicar a qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados; refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde, além de ser um indicador de fácil operação e de baixo custo. Destaca-se, na perspectiva de nossa pesquisa, o

uso desse indicador como um elemento de análise para apontar a desorganização da oferta na rede de atenção.

Como características limitantes de sua utilização temos: estudos localizados; possibilidades apenas de inferências, já que sozinho ele pouco fala a respeito da organização e da oferta de atenção; restrição da informação que considera apenas as internações em locais públicos e ainda o mau preenchimento da AIH.

Por fim, quanto à correlação do ICSAB com outros indicadores, verifica-se que este mostrou que diferentes faixas etárias se comportam de modo diferente no total de internações sensíveis à AB; os indicadores de acesso ou cobertura influenciavam o indicador, por exemplo, quanto maior a cobertura de ESF, menor era o valor de ICSAB, na maioria dos estudos, essa relação se apresentava de maneira inversamente proporcional. Assim como, mais medicamentos e investimentos afetaram o indicador, também de forma inversamente proporcional. Com relação a fatores socioeconômicos aconteceu da mesma forma. De outro lado, não se verifica correlação quanto ao número de médicos por habitantes, indicador que não modifica o comportamento do ICSAB.

### 5.1.1 As potencialidades e fragilidades do uso do indicador

**Quadro 2 – Potencialidades e limitações do indicador e as relações entre as variáveis apresentadas nas publicações do estudo sistematizado**

Potencialidades	Limitações	Comportamento em relação a outras Variáveis	
		Com correlação	Sem correlação
Refletir as mudanças na prática da atenção primária no país (por exemplo, saúde mental no ESF).	Necessidade de cautela na realização de inferências associando a redução de ICSAP ao sucesso de intervenções na atenção primária.	- Apresentou diferença de proporção nas faixas etárias das populações (principalmente acima de 60 e abaixo de 5 anos)	- Número de médicos por habitantes
Questionar a qualidade do processo de trabalho das equipes.	Utilizado em estudos mais localizados.	- Apresentou diferenciação conforme os Indicadores de Acesso	
Grande validade para auxiliar a gestão no processo de tomada de decisão	O uso do indicador para inferências sobre a expansão e qualidade da atenção não pode prescindir da consideração de fatores relativos à organização e práticas dos serviços de saúde.	- Variou conforme disponibilidade de medicamentos.	
Indicar a qualidade da assistência e da efetividade dos cuidados.	A análise restrita às internações no SUS (em hospitais públicos e filantrópicos conveniados).	- Investimentos públicos em saúde	
Mostrou-se um indicador de fácil operação e de baixo custo.	Problemas de mau preenchimento nas AIH	- Percentual de crianças e jovens matriculados no ensino fundamental.	
		- Aumento do percentual da população empregada formalmente.	
- O número de leitos hospitalares disponíveis			
- O indicador pressupõe a necessidade de internação como resultado da falta de atenção oportuna e efetiva ao problema.			
- Melhor avaliação do serviço por parte do usuário.			
- Disponibilidade de médicos generalistas por habitantes na AP			
- Continuidade da assistência com o mesmo médico de família.			
Pode refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde			

Fonte: Elaborado pelo autor

Na análise dos Quadros 1 e 2, interessante notar, ainda que alguns autores tenham encontrado resultados divergentes nos seus trabalhos, conforme podemos observar no Quadro 1, em seu conjunto podemos afirmar que os estudos convergem, conforme Quadro 2, demonstrando a capacidade do ICSAB em ser um bom indicador para justificar a formulação e implementação de políticas públicas de saúde da AB.

É importante destacar que desde a PNAB 2006 a PNAB de 2012 se tem buscado a reorientação do modelo de Atenção à Saúde através da substituição das Unidades Básicas de Saúde tradicionais pela Estratégia de Saúde da Família, que possui características diferenciadas nas práticas do cuidado à saúde. Conforme, Campos (2012) a ESF é

o modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde de acesso público e universal. Visto que, esse modelo tem a capacidade de conferir à Atenção Básica os princípios do sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, os autores promovem estudos visando entender quais políticas têm interferido na construção de uma Atenção básica resolutive. Importando aí os meios para avaliá-la como é o caso do ICSAB. Especialmente, nesse momento histórico para o país, pois a revisão da PNAB, publicada pela Portaria MS 2.436, de 21 de setembro de 2017, traz uma ruptura na construção do cuidado à saúde pretendido nas duas edições anteriores, quando instituiu o financiamento para quaisquer outros modelos de atenção, mesmo aqueles que não se apresentam com características multiprofissionais, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família. De forma que, o ICSAB, pode ser um importante instrumento de mensuração do impacto dessa nova política.

O fato é que no Brasil, o modelo de AB é híbrido entre o tradicional e o proposto pela ESF, atravessado por interesses econômicos, daí decorrendo que a cultura de acessos aos serviços dificulta manutenção do ICSAB a níveis baixos onde 3 a 5% dos casos seriam encaminhados Campos (2012). Autores como Andrade (2016), Araujo (2017), sustentam que maiores coberturas de ESF não estão associadas redução dos índices de ICSAB, todavia sugerem estudos com outras variáveis e contextualizados. Nesse sentido, Boing(2012), aponta fatores socioeconômicos e oferta de serviços privados ou especializados como condicionante das condições sensíveis e que podem influenciar diferenças regionais. Também avaliando contextos locais e oferta de serviços privados, Botelho (2017), faz referência à redução de internações por condições sensíveis com o fechamento de um hospital no Município de Itaboraí/ RJ, o que pode ser explicado com a utilização oportuna dos serviços de saúde, quando a população busca serviços que são os mais indicados para suas necessidades de saúde. Sabe-se que serviços

hospitalares e de Pronto Atendimento são pontuais, todavia, na cultura sanitária do Brasil, se busca por serviços que muitas vezes não são os mais apropriados e conforme Caldeira (2011), frequentemente a família do paciente procura espontaneamente os serviços hospitalares de pronto-socorro por avaliar tais serviços como os mais resolutivos.

## 5.2 A situação de saúde de Eldorado do Sul/ RS

Emancipado em 1988, Eldorado do Sul é um município localizado na região Metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil, segundo o IBGE. Dista 12 Km da Capital, faz divisa ao norte com o município de Charqueadas, à oeste com Arroio dos Ratos, ao Sul com Guaíba e à Leste com Porto Alegre. Integra a área de preservação ambiental do Delta do Jacuí. Pertence a Região de Saúde 09 – Carbonífera/Costa Doce. Considerada de pequeno porte populacional, possui uma população em torno de 34.343 habitantes (IBGE, 2017), com o IDH de 0,717, considerado alto.

Figura 2 - Mapa Eldorado do Sul/ RS, Brasil. 2018



Fonte: IBGE. 2017



O gasto médio em saúde, pode ser observado na tabela abaixo:

**Tabela 1 - Aplicação dos recursos conforme LC 141/2012**

<b>Aplicação LC 141/12</b>					
<b>Ano</b>		2010	2011	2012	2013
<b>Bimestre</b>	1º	16,27	21,76	22,45	23,24
	2º	N/C	N/C	N/C	20,44
	3º	N/C	N/C	N/C	20,02
	4º	N/C	N/C	N/C	20,60
	5º	N/C	N/C	N/C	20,98
	6º				22,19
<b>Anual</b>		18,68	23,88	23,85	22,19

\*N/C: não consta

Fonte: Adaptado do SIOPS

A Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, em seu Art. 7º, determina que seja aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelos municípios, no mínimo 15% da receita proveniente de impostos. O investimento realizado pelo município de Eldorado do Sul, cumpre essa legislação, superando valores mínimos preconizados.

### *5.2.1 A rede de saúde de Eldorado do Sul*

Eldorado do Sul conta com 11 serviços públicos de saúde, sendo 5 UBS, 3 ESF, 1 Ambulatório de Saúde Mental, 1 Ambulatório de Infectologia e 1 Posto de Saúde 24 Horas. A UBS Picada foi fechada e o CNES não foi atualizado. Além disso, a ESF Centro Novo opera como UBS, e a Unidade de Saúde 24 Horas é uma unidade híbrida entre um Pronto Atendimento, diferente das categorias de UPA do Governo Federal, e sem os recursos de Sala de estabilização, com um serviço de Policlínica.

**Quadro 3 - Serviços Públicos de Saúde de Eldorado do Sul /RS, conforme o CNES**

Código	Nome Fantasia	Administração Pública
2224860	UNIDADE DE SAUDE 24 HORAS	Dupla
5258235	UBS PICADA	Municipal
2224852	UBS NELSON MARCHEZAN	
2224879	UBS LOTEAMENTO	
5437229	UBS CIDADE VERDE	
3562816	UBS BOM RETIRO	
2224887	ESF SANS SOUCI	
7153686	CUCA LEGAL AMBULATORIO DE SAUDE MENTAL	
9185917	AMBULATORIO MUNICIPAL DE INFECTOLOGIA	
7933495	ESF CENTRO NOVO	
6226043	ESF PROGRESSO	

Fonte: CNES, 2017.

A Atenção Básica é a opção brasileira para tornar efetivo o direito à saúde inscrito na Constituição Federal, apesar da última revisão da PNAB, publicada em setembro de 2017, que altera, entre outras, as estratégias de sua implementação, o que pode levar a redução das equipes<sup>2</sup>

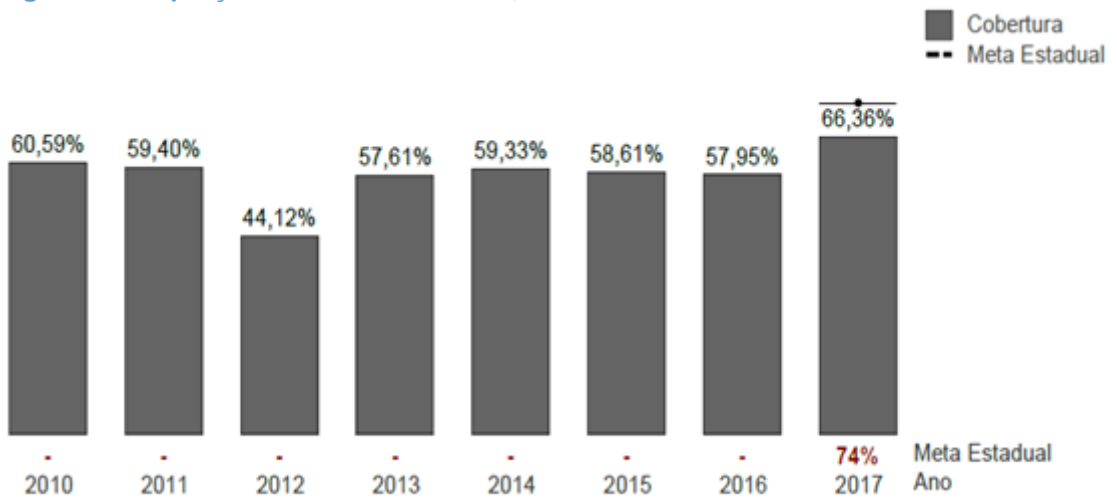
A principal porta de entrada do sistema de saúde é a AB, cuja efetividade pode chegar a resolver até 80% dos casos. A PNAB (2012), toma a ESF como aposta para implementação do modelo de organização baseada na relação território-população, financiando as ações através de incentivo financeiro, o que em tese favoreceria que as equipes alcançassem resolutividade na maioria dos casos clínicos que manejam.

A SMS de Eldorado do Sul é gestora plena da Atenção Básica, sendo responsável por todas as ações e serviços desse nível de atenção. Logo, se supõe que para o cumprimento de suas responsabilidades sanitárias deveria realizar esforços no sentido de implementar, conforme parâmetros de cobertura estabelecidos pelo MS, a Estratégia de Saúde da Família.

Todavia, a cobertura populacional pela AB pouco aumentou no município, quer seja na série histórica, quer seja ao longo do ano de 2017, quando ficou em 66,36%, abaixo do pactuado com a SES/RS, cuja meta era alcançar nesse ano 74%, conforme mostrado nas figuras 3 e 4:

<sup>2</sup> ABRASCO. Contra a Reformulação da PNAB. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>. Acesso em 09/01/2017.

Figura 3 - Proporção da cobertura da AB, Eldorado do Sul /RS



Fonte: Secretaria de Saúde /DGTI/ Bi Público – SES/RS, 2017

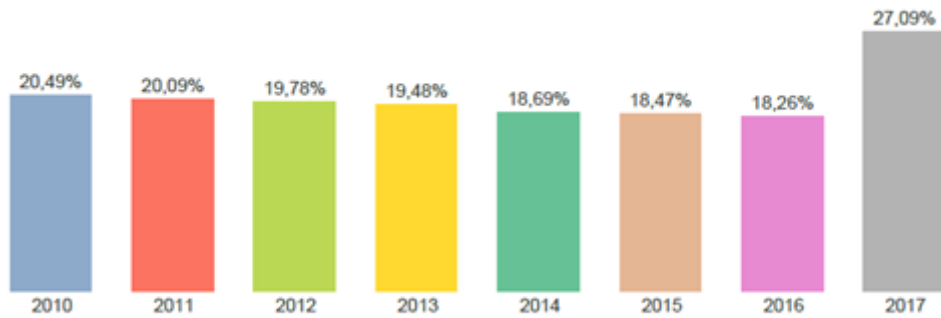
Figura 4 - Indicador de Cobertura da AB, Eldorado do Sul, 2017



Fonte: Secretaria de Saúde /DGTI/ Bi Público – SES/RS, 2017

Situação análoga ao indicador de cobertura da AB acontece em relação à cobertura da Estratégia de Saúde da Família, considerando os mesmos períodos utilizados para a descrição anterior. Todavia, a cobertura da ESF é ainda mais tímida, numa amplitude que não ultrapassa a faixa dos 20%.

Figura 5 - Cobertura de ESF de 2010 a 2017 em Eldorado do Sul /RS



Fonte: Secretaria de Saúde /DGTI/ Bi Público – SES/RS, 2017

Figura 6 - Cobertura de ESF no ano de 2017 em Eldorado do Sul /RS



Fonte: Secretaria de Saúde /DGTI/ Bi Público – SES/RS, 2017

A orientação do sistema de saúde para Atenção Primária tende a produzir melhores indicadores de saúde do que uma orientação baseada substantivamente no atendimento de doenças, que em geral considera as demandas, em detrimento de uma atenção voltada para as necessidades de saúde da população.

Para assegurar a equidade no acesso à saúde, a ESF trabalha com territórios, populações adstritas e responsabilização multiprofissional. O acesso e a acessibilidade são duas condições diferentes para implantação da oportuna Atenção Básica. Para Starfield (2002), acessibilidade se refere à oferta de serviços (geográfica, organizacional) e o acesso é a maneira como as pessoas percebem essa acessibilidade.

Para Souza (2014, p.101):

a acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcanças os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como as pessoas experimenta o serviço de saúde.

Na contramão do que é preconizado pela AB, em Eldorado do Sul existe uma Unidade de Saúde 24 horas, que ocupa um papel central na oferta de serviços de saúde. Afirmamos centralidade, porque este serviço está aberto 24 horas por dia, sete dias por semana, quando outros serviços atendem em horário comercial, fecham aos fins de semana, não tem horários expandidos para a população trabalhadora e ainda atendem a uma população adstrita.

A Unidade de Saúde 24 Horas tem um papel e função bastante singular na rede de saúde de Eldorado do Sul, o que passaremos a explorar no item abaixo.

#### *5.2.1.1 A Unidade de Saúde 24 Horas na rede de saúde de Eldorado do Sul*

A Unidade de Saúde 24 Horas atende dois públicos – os que buscam atendimentos de Urgência/Emergência e os de atendimento eletivo de algumas especialidades, como médico cardiologista e médico neurologista. Esses dois públicos dividem o saguão e o acesso à recepção do atendimento, cujos funcionários são contratados por uma empresa de serviços terceirizados. A Unidade não opera com protocolos e não qualquer disponibilização de informações visuais, que orientem os usuários quando ao atendimento e funcionamento da unidade. Na mesma direção, não se utiliza qualquer dispositivo de acolhimento de classificação de risco. O que existe é uma forma tradicional de recepção dos usuários que se realiza através de triagem, com o preenchimento de uma ficha de atendimento e verificação de sinais vitais e registro da queixa principal. Colhidas essas informações, os usuários passam a compor uma fila de atendimento, aguardando até serem chamados.

Além de atendimento pontual, baseado na tecnologia queixa-conduta, esse equipamento opera na lógica predominantemente privada. Os médicos da equipe do Pronto Atendimento 24 Horas, conforme informações do CNES, são ao todo 28

profissionais, sendo 9 trabalhadores estatutários do município e 19 que prestam serviços por uma empresa contratada. Assim, temos 32,14% da força de trabalho dessa categoria profissional pertencente ao quadro de servidores concursados, e outros 67,86% que prestam serviços ao município através de serviço terceirizado.

**Tabela 2 - Profissionais Médicos cadastrados no Pronto Atendimento 24 Horas de Eldorado do Sul em 2017**

Nome	CBO	Vinculação
ANDRESSA PANAZZOLO MACIEL	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
ANTONIO RICARDO COSTA MOELER	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
CAMILLA DONIDA MAGNABOSCO	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
DEBORA MACIEL SANTANA	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
EDISON JUNGES	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
EDUARDO DIEHL FERNANDES	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
FILIPPI ABREU BECKER	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
FLAVIO AGAMENON PINTO COLTRO	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
JOAO FRANCISCO DE ASSIS COLARES PERES	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
JOSE EDUARDO VAZ DE SOUZA	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
JOSUE FRAGA DO AMARAL	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
LAURA RAQUEL DAL ALBA PILGER	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
MARCELO DA ROSA BORTOT	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
MARIANA KIELING MOZZAQUATRO	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
PAMELA BATISTA FOLETTTO	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
RODRIGO DOS SANTOS PEREIRA	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
ROGERIO FARID FERRARI BEYLOUNI	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
TANIA MARIA MOLLER BASTOS	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
THIAGO LEMOS LEO	225125 - MEDICO CLINICO	INTERMEDIADO
ARIEL DA SILVA PEREIRA	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
BEATRIS MENEGAZ	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
CARLA PFEIFER	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
GLAYDS MONTEIRO DE CARVALHO	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
GLEDSON MORAIS TOSCANI	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
IVANA BERALDIN DIEDRICH	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
LUCILA PEREIRA DE SOUZA	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
RICARDO KLEIN RHLING	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO
LAJOSE ALVES LOPES	225125 - MEDICO CLINICO	VINCULO EMPREGATICIO

Fonte: CNES/DATASUS, 2017.

Ainda que, um serviço pontual como esse, não tenha por foco a continuidade do cuidado, em recente demanda da Coordenação da Vigilância em Saúde e da Coordenação Atenção Básica<sup>3</sup>, pôde se ter uma dimensão do problema que causa a centralidade dessa unidade no desenho das políticas públicas de saúde do município.

As coordenações de saúde da SMS referiram problemas para levantamento de informações epidemiológicas quanto ao preenchimento das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA), visto que esse serviço não opera com prontuário eletrônico. A Vigilância Epidemiológica do município necessitava preencher planilhas de controle de algumas doenças, a exemplo das doenças diarreicas, para posteriormente, enviar esses dados para a Coordenadoria Estadual de Saúde, valendo-se dessas fichas. Essa atividade não estava sendo realizada, pois além do grande volume de fichas, havia questionamentos quanto a qualidade e validade das informações.

A análise preliminar das FAA, revelou que as mesmas eram preenchidas de forma inadequada pelos médicos, o que impossibilitava qualquer avaliação sobre o atendimento e mesmo sobre a situação clínica envolvida. Além disso, constatou-se grande volume de fichas, demonstrando que o serviço realizava alta produção de consultas de pronto-atendimento.

Essa situação chamava a atenção, de um lado, para dificuldades da gestão em negociar com a empresa contratada para que a mesma fizesse de forma adequada os registros. De outro lado, em que pese uma cobertura de mais de 66% de AB no município, a alta produção de atendimento de PA revela dificuldades de acesso a AB e a ESF, assim como também permite colocar em suspeição a qualidade do cuidado nesse nível de atenção. Mas revela também a cultura sanitária, que Mario Testa (1992), aponta como biomédica, ou seja, a consciência sanitária é moldada, sobretudo, pelo paradigma da biomedicina, que associa a saúde ao consumo de ações e serviços médicos. Da mesma forma, põe em questão a capacidade da AB, no município de Eldorado do Sul, de ser a coordenadora do cuidado e oferecer integralidade, atributos essenciais da APS (STARFIELD, 2002).

---

<sup>3</sup>O autor realizou o estágio de Promoção de Saúde, Vigilância e Educação de Saúde do curso de Saúde Coletiva na SMS no período em que realizou essa pesquisa.



Com relação ao funcionamento dos serviços, ofluxograma proposto por Merhy e Onocko(1997),pode auxiliar na análise do que acontece em qualquer serviço de saúde, particularmente os ligados a um trabalho diretamente assistencial:

**Figura 7 - Fluxograma-Resumo da utilização dos serviços de saúde**



Fonte: Adaptado deMerhy;Onocko, 1997

Ao propor este modelo, os autores afirmam que a população que entra não é a mesma que saí ao longo fluxograma. As pessoas entram e são atendidas por diferentes profissionais, além de terem tratamentos diferenciados. No caso da Unidade 24 horas, as duas clientelas acessam o serviço de modo distinto: ambas passam na recepção, mas uns são triados pela enfermagem e aguardam atendimento de pronto-atendimento, enquanto outros aguardam a consulta eletiva, pois essa Unidade é também referência para especialidades.

Primeiramente, essa concentração lota o saguão. Depois, cria no imaginário que este serviço é o que melhor pode dar o suporte devido, pois ali se concentram uma série de recursos tecnológicos, como especialistas, exames e ambulatório para realização de procedimentos.

Muitas vezes os usuários chegam na recepção e perguntam ao atendente que médicos estão no plantão naquele dia. Baseados nisso, tomam a decisão se querem ser atendidos ou não,considerando o cardápio de ofertas e, então,decidem se ficam ou vão embora.

Quanto à produção nesse serviço, foi buscada, primeiramente, através de relatórios gerenciais de um sistema próprio de informações (DUETO SP), que registra estes atendimentos. O levantamento dessas informações está registrado na tabela abaixo:

Tabela 3 – Produção do Pronto Atendimento 24 Horas de Eldorado do Sul /RS de 2013 a 2017

Ano	2013	2014	2015	2016	2017	Total
<b>Produção</b>	978	2129	2903	1598	1325	8933

Fonte: produzido pelo autor, a partir de informações do sistema DUETO SP

Esses dados extraídos do sistema DUETO SP, não condizem com a realidade de atendimento diário verificado, por exemplo, na quantidade e FAA que são enviadas para a vigilância epidemiológica para controle de agravos, assim como também, pelo volume de usuários que circulam na Unidade 24 horas. Não sendo possível saber ao certo quantas consultas médicas de pronto atendimento são realizadas ao dia pela unidade, mas sabendo que é um número maior que o registrado no sistema (que não chega em 2016 a 4 consultas/dia), procedemos a coleta de informações pela contagem da produção de consultas de cinco médicos (número de médicos é que em geral trabalham a cada dia) em um dia típico de atendimento. Verificamos que cada profissional realizou, em média, 30 consultas/dia. Considerando que o serviço funciona 24 horas ao dia, em média com cinco profissionais e durante os 365 dias do ano, conclui-se que são atendidos aproximadamente 150 usuários ao dia. Isso totaliza 54.750 consultas/ano, ou seja, 1,7 consultas habitante/ano.

Dados extraídos do SIA-DATASUS (2017), apontam que na região sul, cada usuário realiza em média 2 consultas<sup>4</sup> ao ano. No caso de Eldorado do Sul, apenas o serviço de pronto atendimento realiza volume de consultas perto desse valor. Considerando que existem ainda a produção de consultas da UBS e ESF, podemos inferir que: (i) não há falta de oferta de consultas médicas e (ii), a Unidade 24 horas tem uma produção muito elevada.

Essa alta produção da Unidade 24 Horas está na contramão do se esperaria de modelo de atenção proposto a partir da Atenção Básica, ainda mais quando se considera Estratégia de Saúde da Família, cujo efeito esperado seria o da reorientação dos processos de trabalho (PNAB, 2012).

Para o bom andamento da AB, Starfield(2002), nos coloca quatro princípios como medidor da capacidade-desempenho, quatro elementos estruturais do sistema de serviço: *a Acessibilidade*: é a localização próxima à população a qual atende;

<sup>4</sup> Método de Cálculo: número total de consultas médicas apresentadas ao SUS/população total residente no período considerado.

*Variedade de Serviços*: é o leque de serviços ofertados, bem como aqueles que a população acredita que estejam disponíveis; *Definição da população atendida*: é semelhante a vínculo e população adstrita; e significa o quanto os serviços de saúde assume responsabilidade sobre a população a ser atendida; e o quanto os indivíduos da população atendida sabem pertencer a essa população; *Continuidade da atenção*, que do ponto de vista prático significa que as equipes de APS “não dão alta para seus usuários/população vinculada”.

Esses atributos guardam entre si relação e são interdependentes e essenciais para que a AB assuma a coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Todavia é o atributo da coordenação o meio pelo qual isso se torna possível, OLIVEIRA(2013):

A operacionalização das redes de atenção em saúde dá-se pela interação de três elementos constitutivos: população adstrita a uma determinada região de saúde, estrutura operacional, que inclui pontos de atenção e ligações entre os pontos de atenção e um modelo de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2013: 161).

Os modelos de regulação e as instâncias de decisão devem ser operacionalizados mediante sistemas de informação bem alimentados e profissionais capacitados a operar e produzir informações. Mas não é por si só o conhecimento capaz de resolver esses problemas, a lógica na qual estão inseridas as instituições e a política vigente influenciam o sistema.

Ainda, no sentido de alimentação irregular dos dados na saúde, o Pronto Atendimento 24 horas de Eldorado do Sul, apresenta o mesmo problema, haja vista a discrepância nos valores apresentados de um período para o outro, conforme apresentados anteriormente na Tabelas 2 e a contagem das Fichas de atendimento Ambulatorial.

A alta produção de consultas verificadas na Unidade 24 horas decorre, sobretudo, da forma de organização da rede de saúde do município, o que fica evidenciado, entre outros, pelo modelo de oferta de serviços dispostos à população, com baixa cobertura de ESF e alta produção de pronto-atendimento pela oferta de um serviço 24 horas tipo porta aberta.

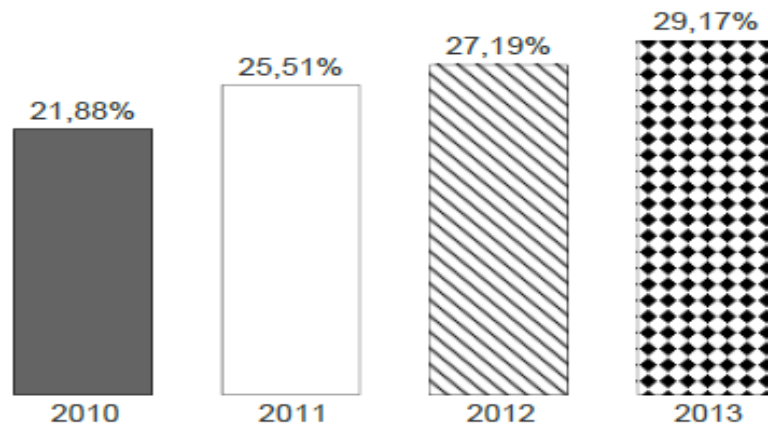
### 5.2.3 O ICSAB em Eldorado do Sul – o que revela sobre a organização da rede de saúde?

Este trabalho visa compreender, tomando por referência o município de Eldorado do Sul, a relação entre a oferta de serviço de pronto-atendimento 24 horas, a cobertura de atenção básica e a proporção de internações por causas sensíveis à atenção básica, através da análise do ICSAB.

As pesquisas que tratam do ICSAB colocam em perspectiva sua capacidade de medir a qualidade da atenção básica e apontam, como dissemos anteriormente, que esse indicador tem potencialidades e limitações. Cardoso (2013), afirma que elas têm potencial para serem utilizadas no monitoramento e avaliação da atenção primária em saúde, de forma a auxiliar os gestores na tomada de decisão pra a implantação ou melhorias de programas e serviços de saúde.

No período compreendido entre os anos de 2010 e 2013, verificamos, conforme gráfico abaixo, aumento das internações por condições sensíveis à atenção básica em todo o período e de forma constante:

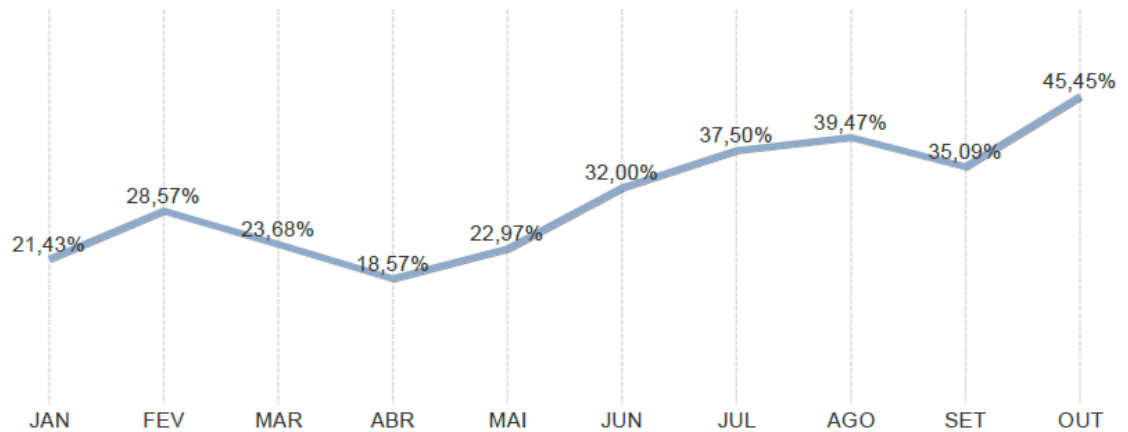
**Figura 8 - Proporção de ICSAB ao ano em Eldorado do Sul**



Fonte: produzido pelo autor (adaptado de BI Saúde)

Esses valores encontrados indicam que em média 26% das internações no período se deram por causas que são sensíveis à atenção básica. Também se verifica, que a cada ano, ocorre um incremento dessa causa de internação, dado que fica ainda mais evidente, quando se observa o comportamento desse indicador para o ano de 2017, conforme gráfico abaixo:

Figura 9 - Proporção de internações por ICSAB no ano de 2017



Fonte: Secretaria de Saúde /DGTI/ Bi Público – SES/RS, 2017

O comportamento do indicador ICSAB ao longo de 5 anos não apresentou aumento tão significativo quanto o que ocorreu nos meses de agosto a outubro de 2017, quando a taxa chegou a 45,45% no mês de outubro, ou seja, quase a metade das internações se deu por razões que são sensíveis ao atendimento da atenção básica. Assim, no ano de 2017 o ICSAB em Eldorado do Sul encontra suas maiores proporções, situação que é instigante, haja vista que nesse mesmo período a cobertura da ESF no município pode ser descrita como estável, mesmo considerando um pequeno crescimento nesse ano.

Conforme Ferreira (2014), o aumento no ICSAB pode refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde. Nessa direção, podemos afirmar que o incremento gradual do ICSAB pode estar relacionado a dois elementos centrais:

- alta produção de consultas pela Unidade de Atendimento 24h, cuja tecnologia de cuidado baseada na queixa-conduta, pode estar propiciando atenção de baixa qualidade (clínica degradada), ou atenção inadequada, considerando características da população, entre as quais o aumento da expectativa de vida, logo com aumento da prevalência de doenças crônicas em uma população com tendência ao envelhecimento;

- baixa cobertura da ESF e predominância de equipes tradicionais de atenção básica. Essas últimas – que são a maioria em Eldorado do Sul – em geral reproduzem a organização dos processos de trabalho clássicos, ou seja, tendem também a priorizar suas ofertas na forma de consultas médicas. A ESF, estratégia que deve buscar alterar padrões tradicionais de organização do trabalho e de ofertas de cuidado, é ainda incipiente no município e seu incremento no ano de 2017 é ainda muito recente para se imaginar que posso modificar o ICSAB.

O sistema de saúde de Eldorado do Sul pode ser qualificado como aponta Mendes (2010) de fragmentado, pois há:

.... incoerência entre uma situação de saúde com predomínio relativo forte de condições crônicas e uma resposta social através de sistemas fragmentados e voltados, principalmente, para as condições agudas e as agudizações das condições crônicas.

Ainda, segundo esse autor,

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incommunicados, uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Conforme o exposto, a rede de saúde de Eldorado do Sul tem uma relação que pode ser enunciado como de “incomunicação” entre os pontos de atenção à saúde, corroborando com a ideia de que existe uma discrepância entre necessidades de saúde e oferta oportuna dos serviços da Atenção Básica, o que acaba por se refletir nos índices do ICSAB.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo se deu a partir de duas discussões centrais. Em uma primeira discussão, realizamos uma pesquisa bibliográfica que buscou na literatura os estudos que pudessem informar sobre a capacidade do ICSAB de ser um bom indicador de avaliação da Atenção Básica. Na segunda discussão, descrevemos a organização do sistema de saúde do município de Eldorado do Sul, cujos elementos nos permitiram compreender a relação entre essa forma de organização e o comportamento do ICSAB.

Como resultados, foram apresentados as potencialidades e os possíveis limites do indicador descritas na literatura e como seu comportamento pode estar sendo modificado pela organização da oferta dos serviços, pela conformação do acesso, entre outros. Percebemos que em Eldorado do Sul os investimentos em saúde estão acima do piso de 15% disposto na Lei Complementar 141 e que a cobertura da Atenção básica ficou em 66,36% em 2017, aumentando menos de 6% em sete anos, enquanto que a cobertura da Estratégia de Saúde da Família fica em 27,09% em 2017, aumentando menos de 7% desde 2010.

A baixa cobertura de ESF e a alta taxa de produção de consultas pelo pronto-atendimento, um serviço porta aberta, estão diretamente relacionados com a alta proporção de internações por causas sensíveis a atenção básica. E isso, provavelmente, porque a predominância da tecnologia tipo queixa-conduta não é adequada nem efetiva para se lidar com populações em geral, muito menos com aquelas em que a tendência ao envelhecimento é real, situação que se verifica em Eldorado do Sul.

Logo, a alteração do ICSAB passa necessariamente pela ampliação da ESF, as quais deveriam ofertar tecnologias de cuidado mais compatíveis com os atributos essenciais da atenção primária em saúde. A unidade 24 horas não é em si um problema, sobretudo em uma cidade que não tem hospitais no território. Todavia, passa a ser um problema quando é porta aberta e não estabelece nenhuma relação com os demais serviços de saúde, sobretudo de atenção básica. Enfrentar essas situações requer, de um lado, capacidade política para lidar com interesses econômicos que se inscrevem nas ofertas de saúde (serviços privados, empresas

privadas etc) e capacidade técnica, com equipe capaz de avaliar, planejar e realizar gestão em saúde que sejam efetivamente capazes de produzir mudanças.

Indicamos estudos que avaliem como o município se comporta na articulação de promover a função da Atenção Básica como coordenadora da rede de atenção à saúde.



## 7. REFERÊNCIAS

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). 2009.

ANDRADE, Suzete Socorro Silva. **Estratégia Saúde da Família e sua relação com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado de Pernambuco, no período de 2000-2014**. 2016.

ARAUJO, Waleska Regina Machado et al . **Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis**. 2017.

BOING, Antonio Fernando et al .**Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009**. 2012.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. **Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais**. 2017.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_.**Decreto 7.508**, de 28 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_.**Lei 8080** Lei Orgânica de Saúde (LOS).

\_\_\_\_\_.**Lei Complementar 141**, de 13 de janeiro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/ MS nº 2.488**, de 21 de outubro de 2012

BRASIL, Vinicius Paim; COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011**. 2016.

CALDEIRA, Antônio Prates et al . **Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil**. 2011.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de; THEME-FILHA, Mariza Miranda. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009**. 2012.

Campos, G. W. S et al.**Avaliação na qualidade do acesso na Atenção Primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários**. 2014.

Campos, G. W. Set al.**Avaliação de Estratégias inovadoras na Organização da Atenção Primária à Saúde**. 2012.

Campos, G. W. Set al. **Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família**. 2006.

Cardoso, CS;. et al. **Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde**. 2013.

\_\_\_\_\_. **Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde**. Ver *Panam Salud Publica*. 2013;34(4):227-34. 2013.

Ceccon. R.F., Meneghel, S.N., Viecili, P.R.N. **Internações por Condições Sensíveis À Atenção Primária e Ampliação da Saúde da Família no Brasil: Um estudo ecológico**. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 2014.

**Contratação de serviços médicos é firmado pela secretária de saúde**. Disponível em: < [http://eldorado.rs.gov.br/noticiasView/1406\\_Contratacao-de-servicos-medicos-e-firmado-pela-Secretaria-de-Saude.html](http://eldorado.rs.gov.br/noticiasView/1406_Contratacao-de-servicos-medicos-e-firmado-pela-Secretaria-de-Saude.html)>. Acesso em: 05 nov. 2017.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. 2010.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo**. São Paulo *Perspec.*, São Paulo , v. 18, n. 3, p. 41-46, Sept. 2004 .

ESPÍRITO SANTO, A. **Delineamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Edições Loyola, 1992. 176p.

FERREIRA, J. B.; et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em região de saúde paulista, 2008 a 2010**. 2014.

GOVERNO DO BRASIL. **71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência**. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/06/71-dos-brasileiros-tem-os-servicos-publicos-de-saude-como-referencia>. Acesso em: 29 out. 2017.

LINARD, Andrea Gomes; CASTRO, Marina Martins de; CRUZ, Ana Kelly Lima da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre , v. 32, n. 3, p. 546-553, Sept. 2011 .

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo, HUCITEC. 1997. Ciências e Letras – O que é Saúde? Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NtuyPB6DZwA>>. Acesso em: 19/11/2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família.** Rev. bras. enferm., Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013.

PAZÓ, Rosalva Grobério et al. **Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil.** 2014.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara et al. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira.** 2013.

\_\_\_\_\_. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil.** 2012.

\_\_\_\_\_. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo.** 2011.

**Secretaria da saúde de Eldorado do Sul fecha os Pronto Atendimentos no Município.** Disponível em: <<http://jornalecodojacui.com.br/noticias.php?tipo=especial&sessaoatual=110>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

**Secretária da Saúde participa de sessão plenária na Câmara de Vereadores.** Disponível em: <[http://www.eldorado.rs.gov.br/noticiasView/1137\\_Secretaria-da-Saude-participa-de-sessao-plenaria-na-Camara-de-Vereadores.html](http://www.eldorado.rs.gov.br/noticiasView/1137_Secretaria-da-Saude-participa-de-sessao-plenaria-na-Camara-de-Vereadores.html)>. Acesso em: 05 nov. 2017.

Simone Letícia Severo e Sousa. **A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS COMO MECANISMO CONCRETIZADOR DA EFETIVIDADE DO DIREITO À SAÚDE.** Disponível para download em: <http://publicadireito.com.br/artigos/?cod=b877c34c37d3ab54>.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300015&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 05 Jan. 2018.

SOUZA, Elizabete Cristina Fagundes de et al. **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s100-s110, 2008.

SOUZA, Leonardo Lemos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. **Interações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS.** 2011.

Vasconcelos, M. V; Pasche, D. F.O Sistema Único de Saúde. In: Campos, G. W. S. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.**Hucitec, 2006. Pg. 531-535.

TESTA, Mario. Pensar em saúde. Porto Alegre: Artes Médicas/ABRASCO, 1992. 226p