

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Vinícius Alexandre da Silva Oliveira

**Planejamento, gestão e avaliação da Atenção Primária
em Teresina - PI**

Rio de Janeiro

2021

Vinícius Alexandre da Silva Oliveira

**Planejamento, gestão e avaliação da Atenção Primária
em Teresina - PI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Bastos Camacho.

Rio de Janeiro

2021

O48p Oliveira, Vinícius Alexandre da Silva
Planejamento, gestão e avaliação da Atenção Primária em Teresina
- PI / Vinícius Alexandre da Silva Oliveira. -- 2021.
100 f.; il. color.

Orientador: Luiz Antônio Bastos Camacho.
Tese (Doutorado em Epidemiologia em Saúde Pública), Rio de Janeiro,
2021.
Bibliografia: f. 1-96.

1. Gestão em Saúde. 2. Hospitalização. 3. Atenção Primária à Saúde. 4.
Avaliação em Saúde. 5. Estratégias de Saúde Nacionais. I. Título.

CDD - 362.10425

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Vinícius Alexandre da Silva Oliveira

**Planejamento, gestão e avaliação da Atenção Primária
em Teresina - PI**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia Geral.

Aprovada em: 29 de novembro de 2021.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Gisele O’Dwyer de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Wellington Gomes Araújo
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. José Fernando de Souza Verani
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Luiz Antônio Bastos Camacho (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2021

AGRADECIMENTOS

Dedicação, foco, falhas, tropeços, recomeços, redenção... Inspiração, transpiração, amor, ausência, compreensão... Coragem e muito apoio... Resumir esse percurso é impossível, dado esta constatação, resta agradecer. Agradecer aqueles que, direta e indiretamente, tornaram esse intento possível: Dr. Luiz Antônio Bastos Camacho, pelo zelo e cuidado demonstrado no acompanhamento de todo processo; Washington Oliveira, Maria Lurimar da Silva Oliveira, Dulce Silva – pai e mães, que cuidam e me empurram para voos mais altos; Isabel de Paula, companheira que nunca me deixa desanimar, símbolo de força, dedicação e amor; Caio de Paula, filho amado e que me arranca lágrimas a cada nova conquista; Washington Júnior e André Oliveira, queridos irmãos, para os quais quero sempre ser exemplo; à toda minha família e amigos... Sem família e amigos nada somos, a todos vocês dedico esta vitória, e espero que um dia eu possa compensar as ausências e os afastamentos que esta produção me obrigou, de fato, sinto-me realizado agora, mas sou ciente desta obrigação...

Pai celestial, sem Ti, nada sou... O que sinto agora, sei que não sou merecedor, por isso, é a Tí que dedico esta conquista!!!

RESUMO

O Programa de Saúde da Família (PSF) deu lugar à crescente expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) no país e ao seu caráter organizador. Entretanto, essa mesma expansão influenciou uma tendência de criação e de fortalecimento de estruturas regulatórias, resultando em uma série de medidas de avaliação da qualidade dos efeitos da APS. Neste sentido, este estudo visou discutir a organização administrativa da gestão da saúde e analisar indicadores de Internação Hospitalar, em Teresina-PI, no período de 2008 a 2020. Para tanto, levantou-se as principais mudanças organizacionais e de fluxos, na Fundação Municipal de Saúde, para buscar compreender efeitos nos serviços e em indicadores; ao passo que, foram analisados dados do Sistema de Gerenciamento de Internações Hospitalares, desta capital, para caracterizar a evolução de internações, no período do estudo, por meio de análises estatísticas descritivas e multivariadas. Sobre os resultados, foram demonstradas e problematizadas as principais características dos distintos arranjos organizacionais da saúde local ao longo dos anos estudados, tendo sido verificado recorrente falta de discussão e planejamento da gestão local, resultando em reformas administrativas que se resumiram à reestruturação burocrática necessária diante do novo modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). De outro lado, a análise de dados de Internações Hospitalares, possibilitou uma visão sistêmica quanto ao perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), enquanto o desenvolvimento de um modelo estatístico propiciou melhora na produção de informações mais assertivas de residentes e não residentes internados. Desta forma, verificou-se mais chances de homens estarem internados por CSAP, especialmente os indivíduos mais velhos, pois apresentaram pior desempenho. Ainda, que quanto as CSAP, o custo predominante das internações foi o de valores mais baixos; e que, sobre o período de permanência, quanto menor foi o período de internação, maiores foram as chances de tratar-se de CSAP. Ademais, apesar de não verificar-se correlação entre a cobertura da Atenção Primária e as ocorrências de internações por CSAP, compreende-se que os gestores podem atuar neste cenário monitorando morbidade hospitalar e realizando avaliações da assistência prestada usando ferramentas de análises destas internações para alcançar melhoria da qualidade e maior eficiência operacional.

Palavras- chave: gestão da saúde; internações hospitalares; Atenção Primária.

ABSTRACT

The Family Health Program (PSF) gave way to the growing expansion of the Family Health Strategy (ESF) in the country and its character organizer. However, this same expansion influenced a trend towards the creation and strengthening of regulatory structures, resulting in a series of measures to assess the quality of its attributes. In this sense, this study aimed to discuss the administrative organization of health management and analyze Hospital Admission indicators, in Teresina-PI, from 2008 to 2020. To this end, the main organizational and flow changes were raised at the Municipal Health Foundation, in order to understand the effects on services and indicators; whereas, data from the Hospital Admission Management System, in this capital, were analyzed to characterize the evolution of admissions, during the study period, through descriptive and multivariate statistical analyses. Regarding the results, the main characteristics of the different organizational arrangements of local health over the years studied were demonstrated and problematized, with a recurrent lack of discussion and planning of local management, resulting in administrative reforms that were summarized in the necessary bureaucratic restructuring in light of the new care model of the Unified Health System (SUS). On the other hand, the data analysis of Hospital Admissions allowed a systemic view of the profile of Admissions for Sensitive Conditions to Primary Care (CSAP), while the development of a statistical model provided an improvement in the production of more assertive information for residents and not interned residents. Thus, there was more chances of men being hospitalized for ACSC, especially older individuals, as they showed worse performance. Still, as for CSAP, the predominant cost of hospitalizations was the lowest; and that, regarding the period of stay, the shorter the period of hospitalization, the greater the chances of dealing with ACSC. Furthermore, although there is no correlation between the coverage of Primary Care and the occurrences of hospitalizations for ACSC, it is understood that managers can act in this scenario by monitoring hospital morbidity and carrying out assessments of the care provided using analysis tools of these admissions to achieve improved quality and greater operational efficiency.

Keywords: health Management; Primary Attention; hospitalizations.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Características dos serviços de primeiro contato nos países europeu.....	18
Quadro 2 –	Tipos ideais de prática avaliativa e suas dimensões epistemológicas	25
Quadro 3 –	Modelo Lógico Teórico – Desafio Organizacional da Gestão da Saúde	39
Quadro 4 –	Modelo Lógico Teórico – Desafio Organizacional para Enfrentamento das CSAP	41
Quadro 5 –	A organização do sistema local de saúde e avaliação da atenção primária, no município de Teresina	43
Figura 1 –	Rede de Saúde de Teresina	51
Figura 2 –	Organograma da Fundação Municipal de Saúde, Teresina, 1995	51
Quadro 6 –	Organograma da Fundação Municipal de Saúde, Teresina, 1995	51
Figura 3 –	Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Teresina, 2013	54
Quadro 7 –	Definições necessárias para a melhoria dos processos de saúde de Teresina....	57
Quadro 8 –	Resumo das Reformas Administrativas de Teresina	59
Gráfico 1–	Percentual de cobertura ESF, taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), taxa de internações por outras condições e cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), entre residentes de Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020.....	78
Gráfico 2 –	Série temporal do número de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, segundo faixa etária, Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Rede física de estabelecimentos públicos, privados e outros de saúde, segundo tipo e esfera administrativa. Teresina-PI	34
Tabela 2 – Número de Internações de pessoas residentes, não residentes e ano de internação em Teresina (2013-2016)	38
Tabela 3 – Número e porcentagem de internações por condições sensíveis à atenção primária pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Teresina-PI, Brasil, 2008-2020	74
Tabela 4 – Características descritivas do perfil da população internada em hospitais, Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020	76
Tabela 5 – Custo e quantidade de internações gerais por sexo, em população geral, residentes e não residentes de Teresina -PI, 2008-2020	80
Tabela 6 – Análise dos gastos (R\$) com Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAP), por quadriênio, 2008-2019, Teresina-PI	80
Tabela 7 – Custo médio e quantidade de internações por faixa etária, entre residentes e não residentes de Teresina -PI, 2008-2020	81
Tabela 8 – Regressão logística ajustada para a variável desfecho em comparação a variáveis de perfil de indivíduos e de cobertura da Atenção Básica, para internações hospitalares, em Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENDES	Centro de Desenvolvimento
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina
CGSUS	Coordenação Geral do Sistema Único de Saúde
CAF	Coordenadoria de Administração e Finanças
CCAA	Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria
CES	Coordenadoria Executiva de Saúde
CID	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FHT	Fundação Hospitalar de Teresina
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMS	Fundação Municipal de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICPC	<i>International Classification for Primary Care</i>
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
LC	Lei Complementar
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NHS	<i>National Health Service</i>
NUPRO	Núcleo de Processamento de Dados
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização PanAmericana de Saúde
OS	Organizações Sociais
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção
PMT	Prefeitura Municipal de Teresina
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação em Atenção Básica
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS	Sistema de Informação Hospitalar
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIOPS	Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
UNICEF	Fundo de emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	15
2.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	22
2.3	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	27
3	JUSTIFICATIVA	31
4	OBJETIVOS	33
4.1	OBJETIVO GERAL	33
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5	MODELO LÓGICO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	34
5.1	CENÁRIO DA PESQUISA	34
5.2	MODELO LÓGICO	37
5.3	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	42
5.4	ASPECTOS ÉTICOS	44
6	RESULTADOS	45
6.1	PROCESSO HISTÓRICO E ORGANIZATIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DE TERESINA-PI (ARTIGO 01)	45
6.2	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO ECOLÓGICO DOS PERFIS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE POPULAÇÃO RESIDENTE E NÃO RESIDENTE EM TERESINA-PI, 2008-2020 (ARTIGO 02)	64
	REFERÊNCIAS	90
	ANEXO A- LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA	97
	ANEXO B- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	98

1 INTRODUÇÃO

A modernidade tem apresentado desafios importantes a serem superados, considerando as dinâmicas sociais cotidianas e o cenário político e econômico da atualidade. Entre tantos avanços mais recentemente vivenciados no século XX, obstáculos surgiram colocando à prova a capacidade organizativa da humanidade em meio a um quadro de crise econômica e também de valores, em esfera mundial.

Se durante um certo período histórico, especialmente após a Primeira Grande Guerra, alguns países da Europa, os Estados Unidos e a União Soviética, cada um a seu modo, implementaram medidas de caráter coletivo voltados para o provimento de garantias mínimas de provento e sustentabilidade de suas populações, a atualidade tem mostrado quão difícil tem sido definir ações sociais mais amplas, que gozem do apoio dos mais distintos setores da sociedade. Assim, o mundo todo assiste um recrudescimento de movimentos e grupos de extrema direita, que pregam, entre outras condutas, a valorização do individualismo, acirrando fortes tensões étnicas e raciais, especialmente fazendo uso das mídias sociais, conforme Silva e Maynard (2010).

Diante do contexto apresentado, causa preocupação como trabalhar as macroquestões coletivas de Estado, considerando que a subjetividade e o individualismo avançam nos processos de convivência.

Para muitos existe o entendimento de que não convém ao Estado atuar, para além do estritamente necessário, devendo garantir apenas a livre concorrência e a segurança.

Destacamos que essa perspectiva individualista mundial mais recente vem sendo muito discutida e acompanhada por estudos que buscam compreender mais profundamente as explicações para tal comportamento:

O individualismo é um sistema de costumes, de sentimentos, de idéias e de instituições que organiza o indivíduo partindo de atitude de isolamento e de defesa. Foi o individualismo que constituiu a ideologia e a estrutura dominante da sociedade burguesa ocidental entre o século XVIII e o século XIX. O homem abstrato, sem vínculos e nem comunidades naturais, deus supremo no centro de uma liberdade sem direção e sem medida, sempre pronta a olhar os outros com desconfianças, calculismo ou reivindicações em relações aos outros, ao lado de instituições reduzidas a assegurar a convivência mútua dos egoísmos. Ou o seu melhor rendimento pelas associações viradas para o lucro: eis a forma de civilização que vemos agonizar, sem dúvida uma das mais pobres que a história já conheceu. (MOUNIER, 1976, p. 61-62.)

Quando elaborou a teoria da *mão invisível*, Adam Smith (1982) já discutia a independência entre indivíduos e Estado. A teoria dizia que, no caso de economias livres, justifica-se a ausência de intervenção estatal, dado que uma espécie de *mão invisível* sempre agiria para regular de forma automática os mercados, fazendo com que os interesses individuais fossem satisfeitos e todos saíssem beneficiados, o que tornaria a sociabilidade saudável.

Contudo, para Mounier (1976), as ideias liberais burguesas serviam apenas para mascarar um egoísmo racionalizado, sendo, portanto, uma ilusão.

Novamente questionamentos ecoam: como organizar as relações sociais? Como ordenar a sociabilidade humana?

Para responder, devemos entender que a única forma possível de organização passa pela estruturação do Estado, como garantir, porém, a legitimidade desse Estado?

Para Mounier (1976), a comunicação é a experiência fundamentada do sujeito, ela torna possível a sociabilidade, que, segundo o autor, nos seria natural. O filósofo não desconsidera as situações de conflito, mas atribui à comunicação a possibilidade de mediação desses conflitos, no âmbito das relações pessoais e, ao direito positivo, atribui a responsabilidade da mediação do Estado.

Quando trata de comunidades, Mounier (1976) afirma que, para além de um grupamento de indivíduos, essas se mantêm através de vínculos fortes que unem os seus membros, caso contrário, não passariam de mero aglomerado de pessoas.

O autor aponta para a dificuldade da convivência coletiva, especialmente, em um plano mais macro, destaca, porém, a possibilidade de fazê-lo. Para o autor, trata-se de uma questão de ampliação progressiva das estratégias relacionais.

Quando a discussão da convivência coletiva alcança o Complexo da Saúde, urge a necessidade do desenvolvendo de concepções mais abrangentes voltadas para as necessidades de saúde das populações, e é nesse espaço, que destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS). Esta, apesar do atendimento ao viés econômico que possibilita, pois atua preventivamente e conseqüentemente, oportuniza otimização de recursos, deve ser mais amplamente valorizada, pois, para além de eventuais economias geradas, garante organização dos serviços; melhor estruturação de modelos de gestão, com organização de processos de avaliação e planejamento; e ainda, pela possibilidade de diminuir iniquidades, ao garantir atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja,

serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, capazes de dar respostas às condições e problemas de saúde mais comuns de uma população.

É importante destacar que, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a despeito de variações apresentadas em distintas edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) - que estabelecem revisões de diretrizes organizacionais da Atenção Básica, tem priorizado a APS como eixo orientador do sistema de saúde na Brasil, conforme Giovanella *et al.* (2013).

Sobre o conceito de APS, Starfield (1992), defende que a qualidade da Atenção Primária à Saúde está na dependência da existência de seis princípios: i. o acesso aos serviços, devido às mais distintas necessidades de atenção à saúde; ii. a longitudinalidade, que é a garantia regular e consistente de cuidados humanizados; iii. a integralidade, representada pela integração dos serviços mais comuns; iv. a coordenação, enquanto continuidade da atenção; v. a focalização na família, reconhecendo-a como objeto principal de intervenção; e, vi. a orientação comunitária, como reconhecimento da importância dos fatores socioeconômicos e culturais.

Depreende-se daí que a APS deve ser mesmo a estratégia estruturante para a construção do SUS, pois tem a força de diminuir o sofrimento das pessoas, entre outros meios, pela redução das internações hospitalares, especialmente, aquelas que são evitáveis, conhecidas como internações por condições sensíveis à atenção primária.

Também discutindo a necessidade de construção de um sistema de saúde integrado e abrangente, Mendes (2009), aponta riscos que representam a resistência de sistemas fragmentados, com atenção descontinuada e com forte distanciamento entre cuidados básicos e hospitalares e, por isso, defende tanto a implementação das Redes de Saúde¹.

Sobre os avanços na área do planejamento baseado em evidências, o atual momento organizacional da saúde ainda revela dificuldades persistentes de assimilação de uma cultura que se utiliza de toda a potência da avaliação. E causa preocupação o fato de que, mesmo não sendo essa tradição de avaliação e planejamento tão recente, pois vem desde o controle de fatores etiológicos, no início do século XX, no Brasil, chegando até as mais contemporâneas ações de vigilância sanitária, de imunização e da educação em saúde, nos parece que a gestão ainda não se apropriou com clareza das vantagens oportunizadas pela prática de planejar.

¹ De acordo com Mendes (2009): as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Estudos como os de Grimm e Tanaka (2016) mostram que práticas de planejamento e monitoramento exigem incentivo, para aprofundar o conhecimento dos profissionais sobre eventos e situações que podem interferir diretamente na qualidade das ações em saúde, a exemplo do enfrentamento de surtos de doenças e agravos, bem como das situações mais prevalentes na população.

É ainda por considerar as mudanças radicais de estilo e de condições de vida na modernidade, que Paula (2011) afirma que cresce a necessidade da avaliação e do monitoramento das ações e programas adotados como elementos estratégicos.

Compreende-se que deve estar claro que a resolução planejada dos problemas perpassa todos os níveis das organizações, devendo-se fomentar a implementação de modelos de saúde que motivem os profissionais a adotar posturas proativas, minimizando a resistência a processos participativos de co-gestão, planejamento e monitoramento.

Considerando o objeto de estudo aqui proposto, que é a avaliar a organização da gestão da saúde e do desempenho da Atenção Primária, entende-se que é nos municípios que essa cultura organizacional deve ser especialmente incentivada, pois a Atenção Primária se realiza no âmbito da municipalidade. Bodstein (2002), alerta que “[...] é no nível municipal que ocorre o processo de implementação da política de Atenção Básica, gerando efeitos de difícil avaliação, dada a diversidade de contextos locais”.

Teresina, ao longo dos anos, tem tentado se organizar para superar os limites políticos institucionais-legais, administrativos e financeiros, inerentes a uma capital de oitocentos mil habitantes. Neste sentido, por ter se constituído referência estadual e regional no setor saúde, tem que lidar com questões tais como o percentual de 40% das hospitalizações ocorridas serem de não residentes, quadro que, entre outros problemas, produz impacto nas finanças municipais, comprometendo 35,72%, do total aplicado em saúde sobre as receitas de impostos e transferências constitucionais (PMT/FMS, 2016). Por essa e outras questões, entende-se que compreender as razões e saber conduzir melhor essas interações se tornou um ponto estratégico para a capital do Piauí.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O objeto deste estudo considerou a APS como seu principal marco teórico conceitual. Entretanto, convém salientar que o processo de organização do SUS prevê a divisão da atenção à saúde em: atenção primária, média complexidade e alta complexidade, com o objetivo de melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema, não se devendo considerar um desses níveis de atenção mais relevante que o outro. Assim, para avaliar o Sistema de Saúde Brasileiro parece razoável utilizar indicadores de desempenho que compreendam os limites e as possibilidades nos três níveis de assistência.

2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Não obstante as vantagens advindas do progresso científico da humanidade, os conhecimentos da área da saúde evoluíram para a compreensão de que esta, para além do uso de novas tecnologias, também é dependente de outros fatores determinantes.

Deste modo, trabalhar no sentido da manutenção da saúde implica investimentos no direito à educação, em melhor distribuição de renda, na garantia de segurança e em muitos outros aspectos, incluindo aí o acesso a cuidados de saúde de qualidade.

A rigor, o conceito mais conservador da saúde está ligado ao desenvolvimento tecnológico, sendo que seus progressos associados à qualidade de vida têm forte impacto na melhoria dos níveis de saúde das populações. Contudo, como defende Townsend *et al.* (1992), para além da garantia de uma melhor nutrição, de boa qualidade da água, de mais emprego e qualidade de vida, é necessário que sejam desenvolvidas políticas de saúde corretas para eliminar causas, mais que curar doenças.

Neste sentido, compreende-se a importância de definir a atenção primária como uma forma de organizar a saúde, visto que essa fornece atenção aos sujeitos, sem privilegiar a doença, no decorrer do tempo. Por isso, Starfield (2002) define a atenção primária como:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assume a responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior

freqüência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28).

Cabe destacar, contudo, que esse nível de importância conferido à atenção primária não é regra ao redor do mundo. Deste modo, Conill (2008) aponta que, em alguns países, esse nível de cuidado é desenvolvido na forma de programas focalizados e direcionados para as demandas de grupos populacionais, especialmente aqueles de baixa renda, oferecendo uma cesta básica de serviços de saúde, sem que haja a menor preocupação da ligação com outros níveis de cuidado. Por outro lado, o mesmo autor destaca experiências exitosas acontecendo no Canadá e na Europa, onde “a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema.” (CONIL, 2008).

Cabe destacar que a América Latina passa por severos programas de ajuste estruturais e econômicos, impostos pelo Banco Mundial. Por este motivo, nas décadas de 1980 e 1990, difundiram-se pacotes mínimos de serviços da APS voltados para grupos específicos como o materno-infantil ou populações pobres.

É com a redemocratização e assunção de governos mais comprometidos com justiça social, que verifica-se uma revitalização da APS, discutida em Alma-Ata e em Astana, no ano de 2018, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, propôs renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde, conforme Giovanella et al (2019).

Contudo, para introduzir, mesmo que de forma mais genérica, uma discussão sobre os tipos de modelos de saúde praticados no mundo, define-se sistemas de cuidado de saúde como um conjunto de recursos organizados, para garantir a prestação de cuidados na doença e na promoção de saúde das populações. A forma que diferencia tais sistemas é o tipo de financiamento praticado, surgindo dois tipos mais comuns: sistemas de saúde tipo seguro e sistemas nacionais de saúde (MARQUES, PIOLA e ROA, 2016).

Em linhas gerais, os recursos dos sistemas de saúde tipo seguro são oriundos dos próprios beneficiários, que contribuem na forma de pré-pagamento ou por cotas em regime de seguros (seguro-doença da previdência e da segurança social ou de instituições públicas ou privadas específicas), representando os países da Europa Central o exemplo desse tipo de financiamento. Já os recursos de sistemas nacionais de saúde são obtidos a partir do orçamento do Estado, com ênfase para Reino Unido e Portugal.

Ademais, outros modelos também se destacam, como o americano, que apesar de possuir serviços médicos e alta tecnologia empregada no sistema de saúde, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, possui eficiência inferior a vários países pobres, abaixo do quadragésimo lugar, entre os países do mundo (CAVALCANTI, 2020).

A grande maioria da população americana possui assistência à saúde através do sistema privado, o qual domina o mercado, sendo garantido por operadoras de planos de saúde, que determinam acesso limitado aos serviços de saúde, devido a não cobertura total da população. Assim, como somente parte dos trabalhadores possuem seguro saúde subsidiado pela empresa, segundo Schreck (2018), restam aos programas governamentais assegurar cuidados de saúde para populações específicas, a exemplo do Medicaid e o Medicare, financiados por recursos dos Estados e governo federal, respectivamente, destinando a indivíduos de baixa renda e a idosos. No caso americano, compreende-se que existe a necessidade de incorporação de ações preventivas e de promoção da saúde, no seio da cultura biomédica e hospitalocêntrica, historicamente priorizadas.

Têm-se, ainda, outros tipos de sistemas de saúde ocorrendo na Espanha, Grécia e Itália, e que possuem maior intervenção estatal.

Pode-se afirmar que, na Europa, a lógica da atenção primária está voltada para a clínica e para os cuidados individuais – preventivos e curativos, e ainda, que os gestores compreendem verdadeiramente o caráter ordenador desse nível de cuidado, conforme Saltman *et al.* (2006) e Wörz *et al.* (2006).

Depreende-se, assim, que o fator principal que determinou o tipo de sistema de saúde implantado em cada país teria sido o referencial teórico e social, sob os quais esses modelos foram erguidos. Uma orientação Beveridgiana tende a desenvolver sistemas de saúde baseados na proteção social à saúde, conformando serviços nacionais financiados, por recursos fiscais estatais. Contudo, caso a orientação seja Bismarckiana, os sistemas desenvolvidos tendem a utilizar seguros sociais de saúde oriundos de impostos compulsórios, sendo dependente da inclusão no mercado de trabalho, com decisões conjunta das autoridades estatais, profissionais e seguradoras (MACCIOCCO, 2009).

Na maioria dos sistemas nacionais de saúde, os clínicos gerais exercem a função de *gatekeeper*² se responsabilizando pelo primeiro contato e pelos encaminhamentos dos pacientes; enquanto que nos sistemas com seguros sociais de saúde, os profissionais de atenção primária não exercem essa função (GIOVANELLA, 2011; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006).

Países como Reino Unido, Dinamarca e Holanda, nos seus processos de reforma, deram bastante poder ao seus generalistas, frente aos especialistas. Nestes países, as associações de profissionais de atenção primária eram mais fortes e foram aliados importantes das gestões governamentais nos processos de reformas. Esses profissionais puderam expandir suas funções e tiveram ampliado seu poder técnico, conforme Rico *et. al* (2003). Por outro lado, Chevreul (2004) e Gerlinger (2002) apontam que, em países como França e Alemanha as associações profissionais dominadas por especialistas eram mais fortes, fato que dificultou o fortalecimento do papel dos generalistas nestes locais.

No Quadro 1, considerando a discussão anterior, pode-se observar a caracterização da atenção primária em alguns países europeus:

Quadro 1- Características dos serviços de primeiro contato em países europeus

Países	Profissionais de primeiro Contato	Unidade de atenção primária em saúde	Papel de “gatekeeper”	Inscrição de pacientes	Número de paciente na lista dos generalistas
Dinamarca	Generalista	Consultório de grupo	X	X	1.600
Espanha	Generalista ou pediatra	Centro de saúde	X	X	2.500
Finlândia	Generalista	Centro de saúde	Não (25%)	Não (1/3)	-
Grécia	Generalista	Centro de saúde	Não	Não	-
Itália	Generalista	Consultório individual	X	X	1.030 (1.500)
Portugal	Generalista	Centro de saúde	X	X	1.500
Reino Unido	Generalista	Consultório de grupo	X	X	1850
Suécia	Generalista	Centro de saúde	Não	Não (opcional)	Não (2000)
Alemanha	Generalista ou especialista	Consultório individual	Não (hosp.)	Não	-
Áustria	Generalista ou especialista	Consultório individual	Não (hosp.)	Não	-
Belgica	Generalista	Consultório individual	Não	Não	-
França	Generalista ou especialista	Consultório individual	Não	Não	-
Holanda	Generalista	Consultório em grupo	X	X	2.350
Irlanda	Generalista	Consultório individual	X	X*	-
Luxemburgo	Generalista ou especialista	Consultório individual	Não	Não	-

Fonte: Boema; European Union of General Practitioners, Starfield, European Observatory on Health Care Systes, Macinko et al.

² Gatekeeper: médico generalista como coordenador do cuidado (gatekeeper) (GIOVANELLA, 2011; SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006).

* Inscrição somente para pacientes de baixa renda;

** Médias de pacientes inscritos por generalista para Dinamarca, Itália, Portugal e Reino Unido; para Espanha e Holanda número máximo.

No Brasil, até os anos 1920, os cuidados de saúde eram garantidos para as classes dominantes por profissionais médicos, através de pronto pagamento, enquanto que para o restante da população, restavam filantropia e a medicina popular, contudo, merecem destaque as ações coletivas de imunização, que de maneira compulsória objetivavam higienizar os espaços urbanos (Bertolli Filho, 1996). Somente, a partir desse período, a assistência médica previdenciária teve início e as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs e os Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs passaram a cobrir a assistência médica de trabalhadores formais, e mais tarde, dos seus beneficiários.

Na década de 1970, experiências de sistemas universais de saúde implantados em outros países chegaram ao Brasil, fazendo surgir o movimento que começou a discutir uma reforma do modelo nacional de saúde, que incorporaria questões como: integralidade da atenção, regionalização e hierarquização de serviços, participação da comunidade. Esse movimento, denominado Movimento da Reforma Sanitária, foi influenciado por pesquisadores, estudiosos, trabalhadores da saúde, sociedade civil organizada e encontrou respaldo na Declaração de Alma Ata, bem como de outras reuniões de cúpula em âmbito internacional.

Todavia, o quadro de crise do setor saúde no Brasil avançou por boa parte dos anos de 1980, tendo sido somente na Constituição Cidadã, em 1988, que a saúde ganhou o seu arcabouço técnico e jurídico, garantindo, assim, as bases da implantação de um Sistema Único de Saúde, pautado em ações e serviços públicos integrados por redes regionalizadas e hierarquizadas.

Não obstante, o processo de descentralização da saúde avançou muito, desde esta Constituição, mas novas formas de intervenção sobre a situação de saúde no Brasil necessitam ser pensadas, de forma permanente, especialmente, quanto às ações de promoção e de proteção da saúde.

No Brasil, é com o advento do SUS que se consegue avançar na perspectiva almejada do acesso universal e integral das ações de saúde. Para Viana e Dal Póz (1998), merece destaque a lógica presente na política nacional de saúde, da intervenção centrada na família e na comunidade, para além da ação somente sobre a doença instalada, para fortalecer estratégias de promoção da saúde, de prevenção e de reorganização da demanda aos serviços.

O SUS foi erguido sobre os pilares dos movimentos que lutaram pela democracia no país, tendo sido cristalizado constitucionalmente, através da afirmação de que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado”, se configurando no maior sistema público de saúde do mundo, por se propor a garantir, a mais de 100 milhões de indivíduos, assistência integral gratuita – acesso universal às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, nos seus mais distintos níveis de complexidade.

Contudo, deve-se lutar permanentemente contra a agenda de representantes do capital, que objetivam um SUS voltado para populações mais pobres e limitado a atuações preventivas, de controle de riscos, danos e epidemias, no formato de um SUS reduzido; enquanto, a realização de procedimentos de alto custo continuam a migrar para o setor privado, conforme Paim(2018).

Para analisar o SUS em uma perspectiva paradigmática, relacionada à garantia de direitos, convém salientar que este considera o conceito de saúde elucubrado na conjuntura político-econômica-social dos indivíduos. Traduz a máxima referenciada na Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 1948, que afirmava: “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”, e que foi reforçada em setembro de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela própria ONU, em Alma-Ata, no Cazaquistão, naquilo que foi a primeira oportunidade de destaque, em termos globais, à atenção primária (OMS, 1978).

Neste sentido, a partir das discussões do Movimento da Reforma Sanitária, no Brasil avança-se para a adoção da atenção primária como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; GÉRVAS; PEREZ FERNANDEZ, 2005) e, desse modo, o desafio aponta na direção da organização administrativa, que deveria passar, necessariamente, pela qualificação da gestão, pelo reordenamento financeiro e pela reestruturação dos serviços.

Contudo, a realidade tem mostrado que os hospitais-ambulatoriais e serviços de urgência e emergência ainda persistem como principal acesso ao sistema, para muitos cidadãos, impedindo a consolidação da atenção primária como “porta de entrada”. Nesse sentido vê-se que a clientela atendida em pronto-socorros apontam demandas que deveriam ser resolvidas, prioritariamente, em unidades básicas de saúde. Por exemplo, 626.847 procedimentos diversos, como curativos, inalação, aplicação de medicamentos e internações para observações foram realizados nas duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), da cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, no ano

de 2017. Detaca-se que mais de 335 mil atendimentos de urgência foram realizados pelas Unidades de Pronto Atendimento, somente no início de 2018, nessa capital (PMT/FMS, 2018).

Conforme Mendes (2015), verificam-se evidências, que a heterogeneidade da qualidade da APS está, em geral, associada à ausência de um ou mais desses atributos. Talvez por este motivo, fique bem claro que alguns pontos devem ser reajustados, para que se avance na perspectiva de reorganização do sistema de saúde com fortalecimento do papel da atenção primária:

1. A alocação de recursos tem sido insuficiente, considerando Levcovitz (1995), quando diz que a adoção de políticas econômicas de ajuste estrutural tem conduzido à restrição do volume de recursos financeiros para a Saúde;
2. A concorrência do setor privado, em detrimento do seu papel complementar, tem provocado um processo de retração progressiva da oferta de serviços para o SUS, ao passo que cresce o número de serviços ambulatoriais e hospitalares contratados, que paralelamente buscam se sustentar com planos próprios populares de saúde;
3. A existência de grande dificuldade de acesso da população aos serviços, além de da falta de equipamentos e escassez de recursos.

Pelo exposto, compreende-se que atenção primária só poderá ser, verdadeiramente, eixo de reorganização do sistema de saúde, quando for fortalecida a função de coordenação da Estratégia Saúde da Família e quando essas equipes gozarem de credibilidade diante dos pacientes e de outros prestadores, como defende Saltman (2005).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que colocam a saúde em risco e, ainda, deve se fortalecer como principal porta de entrada do SUS. (BRASIL, 1997). De acordo com Figueiredo (2012), no Brasil, por se tratar de um país tão diverso, para além das populações urbanas, diferentes realidades necessitam ser enfrentadas, como por exemplo as populações de rua, as populações ribeirinhas da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-mato-grossense e fluvial. Neste sentido, a ESF deve ser flexível ao ponto de possuir múltiplas formatações capazes de intervir com qualidade. Deve, portanto, desenvolver ações na rua, fazer ações coletivas, além das desenvolvidas nas tradicionais Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Sobre cada território, verificam-se cargas horárias variáveis, com mínimo semanal de 30 horas e, ainda, atendimentos que ocorrem no período diurno e/ou noturno, de segunda a sexta-feira ou finais de semana.

Percebe-se, assim, que fazer Atenção Primária em um país tão heterogêneo como o Brasil não é uma missão fácil.

2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Por se tratar de uma área essencial à sobrevivência humana, o processo de estruturação do cuidado em saúde, sempre representou um importante desafio a ser superado.

Desde as traduções mágicas e sobrenaturais atribuídas ao processo saúde-doença-cuidado³ feitas por nossos ancestrais mais distantes, passando pelas problematizações filosóficas do período da Antiguidade clássica, que, por mais simples que fossem, começaram a desnaturalizar os eventos da vida cotidiana, alcançando a Idade Média e o obscurecimento da razão, em função da ascensão do poder social da Igreja até chegar ao Renascimento, à Modernidade e Pós-Modernidade, períodos históricos que serviram para sedimentar uma maneira de fazer saúde, baseada em progressos contínuos da pesquisa e avanços do conhecimento, nunca foi tão difícil organizar a oferta de profissionais e de serviços de saúde à população.

Mais recentemente, essa questão ganhou força, a partir do final das duas Grandes Guerras, momentos históricos pontuados por dificuldades sociopolíticas e econômicas, que marcaram, em maior escala, o pós-guerra de 1945, como um período intenso de fortalecimento de processos locais de reconstrução. Na ocasião, os Estados nacionais, de distintos modos, implantaram políticas públicas afirmativas básicas, como “a universalização da cobertura para o conjunto da população e o alargamento do próprio conceito de proteção, para além da assistência à saúde e das rendas de substituição...”, conforme Marques, Piola e Roa (2016).

O planejamento e a avaliação ganharam espaço, pois esses novos processos necessitavam ser bem delineados, assim, avançou a importância do planejamento pelo mundo, tendo as grandes nações desenvolvido planos ambiciosos de desenvolvimento, com destaque para os Estados Unidos e a União Soviética (HOBBSAWM, 1995).

³ Termo utilizado em uma perspectiva que compreende saúde/doença/cuidado como o conjunto de relações e variáveis que produzem, condicionam e intervêm no estado de saúde e doença de populações, que se modifica considerando aspectos históricos do desenvolvimento científico da humanidade.

No âmbito da América Latina, o planejamento em Saúde encontrou acesso via Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), extensão internacional da Organização das Nações Unidas (ONU), que fomentava o planejamento como meio capaz de diminuir o distanciamento tecnológico, que diferenciava modelos de produção dos países centrais, em relação aos países periféricos, levando a crer que, somente com o impulso da industrialização, poder-se-ia alcançar o desenvolvimento. Na década de 1960, a CEPAL, ao difundir sua teoria desenvolvimentista, para além da criação do Centro de Desenvolvimento (CENDES) - com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), colaborou consideravelmente e se configurou como uma fonte indutora desse processo na região (PEREIRA, 2008).

Dessa forma, com o surgimento dos primeiros estudiosos locais sobre planejamento, a exemplo de Carlos Matus e Mario Testa, emerge, a partir das suas produções, a oportunidade de uma avaliação que pudesse ser aplicada, considerando a explicação da realidade como própria e particular. Segundo Brousselle *et al.* (2011), a avaliação necessita de uma realidade para atuar, por isso acontece *ex post* ao Planejamento, tendo em vista ser uma realidade observável, em que se pode promover uma intervenção concreta considerando as particularidades de cada situação.

A avaliação adquire valor estratégico, posto que, salvo raras exceções, dado a carência de recursos financeiros, para investimentos na área da saúde, cresce e impõe a necessidade de maior organização do setor, com a devida ênfase nas necessidades de saúde da população e na definição de prioridades articuladas (PAIM, 2005).

Mas, afinal, caso fosse possível resumir em uma palavra o real objetivo da avaliação em saúde, qual seria o termo escolhido?

Para Donabedian (1990), a qualidade em saúde está diretamente associada a sete pilares, ou seja, sete atributos de saúde pública que podem definir ou não qualidade: a eficácia; a efetividade; a eficiência; a otimização; a aceitabilidade; a legitimidade; e, a equidade.

Considerando Contandriopoulos *et al.* (2000), os tipos experimentais e de negociação têm se destacado na prática cotidiana, sendo que, na maioria das avaliações observadas pelos autores, se destacam as do tipo negociadora. Contudo, independente do tipo ideal, os autores enfatizam como tem se consolidado os processos avaliativos reflexivos, em outras palavras, processos avaliativos que oportunizam ter consciência dos determinantes das decisões e das práticas.

Para Contandriopoulos (2006) avaliar considera “fazer julgamento” de valores acerca da “intervenção” e, para tanto, pressupõe-se que devam ser empregados dispositivos que permitam

verificar o andamento da intervenção, ao passo que forneçam “informações cientificamente válidas e legítimas” capazes de orientar os diferentes atores envolvidos na melhor condução dos processos da ação.

Em uma perspectiva mais moderna, Pires (2005) defende métodos avaliativos em saúde que consideram os sujeitos e a dinâmica da realidade como fatores inerentes ao cenário/foco da verificação pois, ciente do caráter estrutural, funcionalista, positivista e autoritário – características hegemônicas pesquisa em geral, a autora faz uma crítica quanto a verticalidade, a linearidade, o mecanicismo, a limitação de diversidades e ausência de possibilidades libertárias de avaliações e diagnósticos.

Para Jannuzzi (2011), é desejável que a implementação de políticas públicas se dê de forma analítica, especialmente, quanto a operacionalização de processos de monitoramento:

[...] exercício sistemático de análise de indicadores representativos dos fluxos de desembolsos financeiros, de realização de atividades-meio, de entrega de produtos e de inferência de resultados dos programas junto aos seus públicos-alvo, segundo critérios clássicos de avaliação de Políticas Públicas – como equidade, eficácia, eficiência e efetividade. (JANNUZZI, 2011, p. 41).

Assim, compreende-se que é sobre qualidade que deve incidir a avaliação, tratando, ainda, sobre como utilizar indicadores que forneçam bases, quantitativas e qualitativas, o que é fundamental para tomada de decisões coerentes, conforme Rivera (1989).

Sobre os tipos de avaliação, no Quadro 2, Potvin e Bisset (2008) descrevem as principais características das tipologias ideais, da prática avaliativa. Os tipos ideais, conforme as autoras, são representações esquemáticas de uma realidade que implica grande complexidade.

No Brasil, Santos e Cruz (2014), preocupadas com a institucionalização e apontando para a necessidade de uma maior utilização do monitoramento e da avaliação como ferramentas pedagógicas, buscam explicitar que, a citada contribuição de Potvin e Bisset (2008), facilita a compreensão que: i. mudanças na lógica da avaliação são possíveis; ii. que torna-se necessário rediscutir os paradigmas da avaliação e do monitoramento; ainda, iii. que deve ser estabelecido um ‘sistema reflexivo’ híbrido inter-relacionando o programa e seu processo avaliativo e de monitoramento, ou seja, as autoras acreditam que tal contribuição e que a discussão dos métodos de avaliação podem refletir no aperfeiçoamento das práticas adotadas pelos avaliadores.

Quadro 2- Tipos ideais de prática avaliativa e suas dimensões epistemológicas

Dimensões	Tipos de práticas		
	Experimental	Negociação	Reflexividade sistemática
Teleológica	Teste de hipóteses causais entre intervenções e efeitos	Melhoria da intervenção com base no conhecimento dos atores sobre suas ações	Compreensão das mediações da intervenção e processos de transformação social
Ontológica	Programas como entidades técnicas considerados como realidade objetiva	Programas como representações que descrevem ou guiam as ações dos atores envolvidos	Pressupõe programas como sistemas de ação que conectam entidades
Epistemológica	Distanciamento objetivo entre avaliador e objeto da avaliação (avaliando)	Construção compartilhada das representações do avaliando e do processo avaliativo entre avaliadores e interessados	Reflexão transformadora do avaliando e do avaliador
Metodológica	Randomização, teste e exclusão de hipóteses competitivas	Construção da teoria do programa e da avaliação por meio das representações dos atores e de ciclos hermenêuticos	Acompanhamento da reconfiguração das ações e as conexões que elas operam

Fonte: Potvin e Bisset, 2008, Pag. 66

Neste contexto, acredita-se que, dado a um avanço na elevação da maturidade no campo da avaliação em nosso País, verificou-se que, diante da crescente expansão da Estratégia Saúde da Família e ao seu caráter organizador, uma série de medidas de avaliação da qualidade dos seus atributos passaram a ser desencadeadas.

Assim, no ano de 2005, assistiu-se ao lançamento do Questionário de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que objetivava disponibilizar ferramentas de auto-avaliação e gestão da qualidade da ESF, que servissem para o planejamento e gestão. (BRASIL, 2005)

Depois, no ano de 2010, o Ministério da Saúde, embasado na teoria sobre avaliação da qualidade da estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, apresentou o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), com o mesmo objetivo de apoio a gestão. (IBAÑEZ et al., 2006)

Recentemente, no ano de 2012, a Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foram lançados como os mais recentes instrumentos de avaliação para tomada consciente de decisões, que mesmo apresentando a possibilidade de ocorrência de avaliações tendenciosas, segundo (FAUSTO et. al., 2013 apud PINTO, 2014), serviram para incitar os mais diversos atores envolvidos neste nível de atenção a estarem constantemente aperfeiçoando os serviços.

O PMAQ vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade, pelas equipes de atenção básica, (BRASIL, 2011). E se apresentou, portanto, como relevante estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde. Na prática, o PMAQ alterou profundamente o repasse financeiro da Atenção Básica⁴, pois vinculou parte importante destes recursos à implantação de “padrões” associados à ampliação do acesso aos serviços, à melhoria das condições de trabalho e da qualidade da atenção e ao investimento no desenvolvimento dos trabalhadores.

Importa destacar que, dependendo do desempenho das equipes que aderiram ao programa, pôde-se até dobrar os recursos financeiros recebidos por cada uma delas.

Contudo, no ano de 2019, dado o aprofundamento da política de austeridade fiscal, do governo Jair Bolsonaro foi alterado o financiamento da APS, com a introdução de instrumentos de gestão como capitação e avaliação de desempenho, como base de cálculo de transferências intergovernamentais. A preocupação é que seja agrado o sub-financiamento público da saúde no Brasil, reduzindo possibilidade de redução de desigualdades em saúde, por meio do SUS e da ESF, de acordo com Massuda (2020).

Considerando a importância do uso racional de recursos da saúde, na década de 1980, a partir dos estudos de Billings *et al.* (1993), elencou-se uma série de Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP), caracterizadas como agravos à saúde que poderiam ser melhor enfrentados a partir da oferta de uma Atenção Básica eficaz.

Diversos estudos internacionais, como os de Gill J.M., Mainous A.G., 1998; Caminal J., Sánchez E., Morales M., Peiró R., Márquez S., 2002; Mobley L.R., Root E., Anselin L., Lozano-Gracia N., Koschinsky J., 2006; Rizza P., Bianco A., Pavia M., Angelillo I.F., 2011; Guanais F., Gómez-Suárez R., Pinzón, 2012; Arrieta A., 2012; Gómez-Suárez R.; Abrego G., Garza B., Sánchez T., Rojas J., 2012; corroboram que o fortalecimento das ações no âmbito da atenção primária, oferecendo assistência resolutiva no primeiro nível de cuidado tem sido muito eficaz para evitar hospitalizações desnecessárias.

Assim, em meio às estratégias de planejamento, a busca por análises referentes às CSAP tem se consolidado em todo o mundo, instituindo-se como importante indicador de saúde.

⁴ No Brasil, o conceito internacional da Atenção Primária à Saúde, devido aos princípios da Reforma Sanitária, passa a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, conforme (PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F., 2006).

Entretanto, pode-se afirmar que, apesar da evolução dos instrumentos de pesquisas e de avaliações associados ao Sistema Único de Saúde, ainda necessitamos de medidas agregadas que permitam avaliações mais efetivas no âmbito da Atenção Básica. Contudo, a boa notícia é que, no ano de 2019, pela primeira vez no mundo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou uma avaliação da atenção primária à saúde na sua maior pesquisa populacional de base domiciliar, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Esta experiência contou com um a reduzida do Primary Care Assessment Tool (PCAT), instrumento desenvolvido por Starfield e Shi, para avaliações de estrutura e processos, associados à atenção primária em saúde e foi a maior aplicação desse instrumento já realizada, segundo Pinto *et al* (2021).

2.3. CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Após mais de trinta anos do Sistema Único de Saúde compreende-se que uma maior resolubilidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde leva, conseqüentemente, a uma diminuição da demanda por serviços de saúde nos níveis de maior complexidade.

Assim, o senso comum induz que, a partir de uma boa atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja verificada uma queda em relação aos indicadores associados às consultas dos serviços de emergência, às internações e até mesmo quanto ao número de procedimentos cirúrgicos.

Acredita-se que características individuais dos pacientes, a criação do vínculo com usuário e a variabilidade e incorporação de novas práticas clínicas representam variáveis que podem interferir diretamente na qualidade de vida da população, em especial, quanto aos indicadores associados às internações evitáveis, conhecidas como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAP).

De um recurso idealizado para identificar os indivíduos norte-americanos sem acesso à atenção ambulatorial e para calcular o impacto financeiro dessa condição até se tornar um conceito utilizado em países latino-americanos e europeus, os estudos das CSAP passaram por adaptações para que pudessem configurá-las como indicadores indiretos de efetividade do nível primário de assistência à saúde (DOURADO; BERENICE, 2008; NEDEL *et al.*, 2008; CAMINAL HOMAR; CASSANOVA, 2003; ALFRADIQUE *et al.*, 2009). De acordo com esses últimos autores:

“[...]para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados.”

(ALFRADIQUE *et al.*, 2009, p.1338, 2009)

Por considerar que eventos adversos preveníveis, frutos de falhas assistenciais, podem resultar em infecções hospitalares, uso de medicamentos mais complexos e até procedimentos cirúrgicos evitáveis, é que se acredita que as CSAP devam receber monitoramento constante, tal qual *tracers*. Considerando Kessner, Kalk e Singer (1973), apud Vieira-da-Silva (2014), “traçadores” são condições ou agravos cuja avaliação deve ser capaz de informar sobre demais agravos e devem possuir os seguintes critérios: existência de impacto funcional significativo; diagnóstico fácil; prevalência alta; impacto do cuidado substancial; existência de consenso acerca da atenção médica; epidemiologia conhecida.

No Brasil, a lista nacional de internações por ICSAP, elaborada a partir de diversas consultas a especialistas brasileiros contemplou 19 causas de hospitalização e diagnósticos, segundo a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10), (ALFRADIQUE, 2009).

Sobre a utilidade deste indicador, (BRASIL, 2008) defende que, tal qual ocorre em outros países, estudos devem considerar as CSAP para avaliar o acesso, a cobertura, a qualidade e o desempenho da Atenção Primária em território nacional.

Contudo, Perpétuo e Wong (2007), diante de percepções distintas que analisam a redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no âmbito do SUS, preferem alertar para a existência de limitações associadas apenas à interpretação da magnitude e da tendência dessas internações, considerando a existência de múltiplos fatores que influenciam, afetam e/ou determinam a saúde dos povos e cidadãos (CARVALHO, 2012; GEORGE, 2011).

Parece, então, que, para uma melhor compreensão das potencialidades do uso das CSAP como indicadores de saúde no Brasil, necessita-se de um aprofundamento nos estudos e no desenvolvimento de mecanismos de análise e busca de explicações para essas internações.

Demarcado esse cenário, percebe-se a necessidade de que seja cada vez mais incentivado o desenvolvimento de formas organizadas, no interior da administração e, em especial, no setor

saúde, que favoreçam a permanente avaliação como um caminho vital para uma gestão democrática, participativa, transparente e de qualidade.

A dinâmica e a conexão entre questões históricas, sociais e do processo saúde-doença-cuidado, minimamente tratadas anteriormente, expõe aspectos importantes da complexidade da estruturação de um sistema de saúde centrado na atenção primária no Brasil. A postura de profissionais de saúde e dos usuários, conforme discutido, não pode ser pautada em processos lineares e definidos a partir de sinais e sintomas biológicos, mesmo sendo essa a tônica da maioria dos sistemas de saúde vigentes, conforme Campos (2003).

Neste sentido, compreende-se o esforço constante para se organizar a atenção primária, objeto de sucessivas investidas estruturantes, ora de ordem prática, ora de base legal. Dentre as citadas tentativas de organização, destacam-se as edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), inicialmente no ano de 2006, com a segunda edição em 2011 e a terceira em 2017. A Portaria Nº 2.436, aprovou a PNAB de 2017 e estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Entre outros, a última edição da PNAB, apresentou a possibilidade de diversos formatos de equipes que atuam na Atenção Primária no Brasil, tornando ainda mais imperativo avaliar o desempenho da prestação das ações e dos serviços, de estabelecer indicadores e de avaliar resultados, como forma de monitoramento constante.

Estudar essas novas formas de organização do cuidado pode permitir que as CSAP sejam interpretadas na perspectiva de evidências científicas, possibilitando a investigação do comportamento de internações e de eventuais complicações a ela associadas. Assim, Nedel *et al.* (2011) afirmam que a capacidade de resolução da APS pode ser fortemente incrementada com o uso prudente de indicadores de internação hospitalar, no seu processo de planejamento, pois esses podem induzir a um melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais, ao permitir melhor visualização dos problemas de saúde e ao identificar áreas passíveis de melhorias.

Acredita-se que, quando a Atenção Primária falha, por não garantir acesso a serviços, equipamentos e profissionais qualificados, interferindo na sua capacidade de resolutividade, estabelece-se um distanciamento entre os serviços de ações básicas de saúde e os níveis de maior complexidade, pois para Alfradique, Bonolo, Dourado, Costa-Lima, Macinko, Mendonça, (2009) para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência.

Dessa maneira, interessa saber se esse indicador pode, de fato, ser utilizado para melhor compreender a capacidade de resposta do Sistema Único de Saúde.

Ainda, valoriza-se a necessidade de analisar se o conjunto das Condições Sensíveis à Atenção Primária estão sendo avaliadas e interpretadas, na rotina dos serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Essas duas questões se reforçam como perguntas de pesquisa, por apresentarem uma problematização importante da atualidade, que diz respeito ao perfil e à qualidade da gestão da saúde na contemporaneidade.

Contudo, acredita-se, para além da gestão, que a qualidade dos profissionais de saúde, o financiamento e a organização dos serviços, também, interferem diretamente neste quadro.

Assim, diante desse cenário, urge desenvolver técnicas e estabelecer estratégias que possam dirimir essas dúvidas, fazendo uso de estudos e de evidências científicas.

Dada a complexidade das questões expostas, resta saber como a Estratégia Saúde da Família se organizou ao longo dos anos estudados, na cidade de Teresina-PI, no período desta pesquisa; e, ainda, compreender melhor como a gestão da saúde tem lidado com o conjunto das condições sensíveis à atenção primária.

3 JUSTIFICATIVA

Desde a inauguração do Hospital Getúlio Vargas, nos anos 1940, como principal referência de pronto atendimento regional e do reconhecimento de Teresina como Polo de Saúde, fortalecido na década de 1980, esta capital vem se constituindo em importante destino assistencial, para 224 municípios do Estado, bem como para diversos Estados vizinhos: Pará, Maranhão e Ceará, no que diz respeito a ações e serviços de média e alta complexidade (TERESINA, 2017).

Essa condição tem se mantido ao longo dos anos devido à constante evolução médico-hospitalar e laboratorial local e, por isso, dados do Ministério da Saúde, referentes ao mês de setembro do ano de 2017, apontaram a existência de 1000 estabelecimentos de saúde, quando se dimensiona a rede física de estabelecimentos públicos e privados no âmbito local.

Nesse contexto, considerando que a atenção à saúde engloba um conjunto de ações e serviços e, ainda, que à medida que se elevam os níveis dessas ações, aumentam também as necessidades por assistência mais complexa, de maior custo associado, importa discutir sobre investimentos em métodos de intervenções, em melhoria de gestão dos processos e na qualificação do atendimento dos usuários. Isso teria a capacidade de impactar positivamente a melhoria de indicadores de processo e de resultados, ou seja, no aporte da avaliação e do planejamento em saúde, para auxiliar a gestão do cuidado no nível municipal.

Seguindo a tendência de utilização da avaliação e do planejamento como ferramentas de apoio da gestão da saúde, tem-se verificado, no Brasil, um considerável incremento nessa área, desde os anos de 1990, quando se criou a perspectiva de construção do sistema, implicando o estabelecimento de relações interinstituições, interníveis de governo e interserviços, conforme Viana (1995).

Nesta linha, o estudo “Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos”, da Universidade Federal de Minas Gerais (2012), realizado entre 1999 e 2007, alcançou resultados que revelam associação entre a implementação da Estratégia de Saúde da Família e a reduções de ICSAP. Seguindo essa tendência, ao analisar o Plano Municipal de Saúde 2018-2022, PMT/FMS (2017), importante instrumento de planejamento da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, verificou-se que, quando comparam-se os coeficientes de morbidades, dos anos 2013 a 2016, percebe-se uma tendência de estabilidade no número de internações no município, que passam de 61,5 internações para cada 1000 habitantes, no ano de 2013; para, 61,0 internações, para

cada 1000 habitantes, em 2016. Então, considerando que o referido plano representa uma programação de quatro anos de gestão, depreende-se ser necessário verificar a confirmação da tendência destes dados, e ainda, buscar compreendê-los sob uma lógica de avaliação e planejamento da saúde local, para saber que elementos estruturais e processuais têm influenciado nesta performance.

Outrossim, a preocupação com a necessidade de maior organização da saúde deve-se ao fato de Teresina possuir elevada utilização dos serviços públicos municipais, aproximadamente, 73% da população, situação que, segundo Barreto (2017), se mal conduzida, pode gerar “desiguais possibilidades de usufruir dos avanços científicos e tecnológicos ocorridos nesta área, bem como diferentes chances de exposição aos fatores que determinam a saúde e a doença [...]”

Como é sabido, o processo de descentralização e regionalização do sistema de Saúde brasileiro optou por sua descentralização no nível municipal, deslocando responsabilidades, administrativas e financeiras para as esferas subnacionais, mesmo que essas não tivessem condições de assumir tais responsabilidades, segundo Lima (2008). É por este motivo que se impõe maior importância à necessidade de desenvolvimento de meios eficazes de gestão da saúde.

Desse modo, defende-se evocar, conforme Hartz e Camacho (1996), a “capacidade “natural” da epidemiologia para integrar a avaliação de programas/serviços como seu objeto de investigação”. Contudo, essas avaliações devem ser feitas assumindo o pressuposto que “privilegiar somente desenhos de estudos, controle de vieses e técnicas estatísticas” talvez não seja suficiente para analisar com qualidade as práticas e os serviços de saúde.

Diante do exposto e por saber que a avaliação no campo da saúde significa se colocar em confronto com a lógica histórica de pouco planejamento da gestão, na qual predominam ações reativas, esta pesquisa, procurou contribuir no entendimento da importância da utilização da avaliação como um instrumento cotidiano de gestão dos serviços, pautada numa base conceitual de reconhecimento, análise e enfrentamento das adversidades para a organização e funcionamento dos serviços de atenção básica à saúde.

4 OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Descrever o processo de planejamento e gestão da Fundação Municipal de Saúde e avaliar o perfil de internações hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde, da população residente e não residente, em Teresina-PI, no período de 2008 a 2020.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as principais reformas administrativas e organizacionais ocorridas no Sistema Municipal de Saúde, de Teresina-PI.
2. Avaliar as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, considerando a utilização desse indicador indireto de qualidade da Atenção Básica, na cidade de Teresina-PI, no período de 2008 a 2020.
3. Comparar dados de internações hospitalares de indivíduos residentes e não residentes de Teresina-PI, no período de 2008 a 2020.

5 MODELO LÓGICO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A presente pesquisa tem como cenário o município de Teresina, localizado na região meio-norte do Estado do Piauí.

Considerando dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população residente estimada é da ordem de 850.198 habitantes, compõe uma população regional de 1.196.477 habitantes, sendo o maior e mais populoso município do Piauí (BRASIL, 2017).

Destaca-se que uma grande rede de prestação de serviços de saúde pública e privada, especialmente privada, se estabeleceu, composta por hospitais, laboratórios, clínicas, unidades mistas, centro e postos de saúde, dando suporte a demandas por serviços básicos e de rotina. Fazem parte, ainda, dessa rede, serviços de saúde mais complexos e especializados, configurando uma capacidade instalada de 1.000 (mil) equipamentos de saúde, no início deste estudo (Tabela1).

Tabela 1 - Rede física de estabelecimentos públicos, privados e outros de saúde, segundo tipo e esfera administrativa. Teresina-PI.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Federal	Privado	Entidades sem Fins Lucrativos	Pessoas Físicas	Total
CENTRAL DE REGULAÇÃO	2	1	-	-	-	-	3
CENTRAL DE REGULAÇÃO MÉDICA DAS URGÊNCIAS	1	1	-	-	-	-	2
CENTRO DE ATENÇÃO HEMOTERÁPICA E/OU HEMATOLÓGICA	1	-	-	-	-	-	1
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)	1	6	-	-	-	-	7
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	1	89	-	1	4	-	95
CENTRAL DE GESTÃO DA SAÚDE (Municipal: DAB/DRCAA)	1	2	-	-	-	-	3
CENTRAL DE NOTIF. CAPTAÇÃO E DISTR. ÓRGÃOS ESTADUAL	2	-	-	-	1	-	3
CLÍNICA ESPECIALIZADA/ AMBULATORIO ESPECIALIZADO	1	2	-	223	7	-	233
CONSULTÓRIO	-	2	-	240	2	174	418
COOPERATIVA	-	-	-	3	-	-	3
FARMÁCIA	1	-	-	-	-	-	1
HOSPITAL ESPECIALIZADO	3	-	-	10	-	-	13
HOSPITAL GERAL	4	5	1	8	1	-	19
HOSPITAL DIA	-	-	-	3	-	-	3
LABORATÓRIO DE SAÚDE PÚBLICA	1	2	-	-	-	-	3
POLICLÍNICA	1	1	-	19	3	-	24

POSTO DE SAÚDE	-	2	-	-	2	-	4
PRONTO ATENDIMENTO	-	2	-	-	-	-	2
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	-	1	-	-	-	-	1
PRONTO SOCORRO GERAL	-	1	-	2	-	-	3
UNIDADE DESERVIÇO DE APOIO DE DIAGNOSE E TERAPIA	1	-	-	128	2	1	132
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAÚDE	-	4	-	-	-	-	4
UNIDADE MISTA	-	4	-	-	-	-	4
UNIDADE MÓVEL DE NÍVEL PRÉ-HOSP-URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	1	12	-	-	-	-	13
UNIDADE MÓVEL TERRESTRE	3	-	-	-	2	-	5
Total	25	138	1	637	24	175	1.000

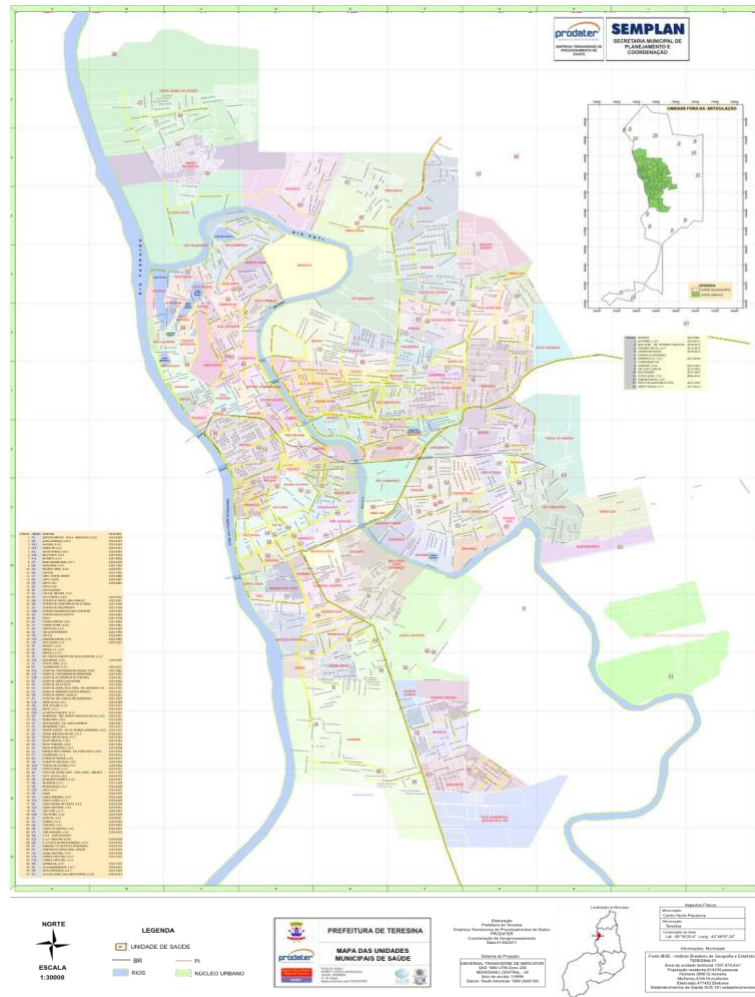
Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES – SETEMBRO/2017

O município de Teresina atualmente possui uma rede de Atenção Básica composta por 89 Unidades Básicas de Saúde (UBS), organizadas através de 264 Equipes da Estratégia Saúde da Família que atendem a demandas agendadas e espontâneas (Figura 1).

No ano de 2012, Teresina recebeu suas primeiras unidades de NASF, que estão atualmente dispostas nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Planalto Uruguai, Poty Velho e Nossa Senhora da Paz, sendo compostas por: Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Educador Físico e Nutricionista.

O órgão municipal responsável pela gestão da saúde é a Fundação Municipal de Saúde (FMS), criada por meio da Lei Municipal Nº 1542, de 20 de junho de 1977. A FMS possui autonomia administrativa e financeira e tem por finalidade planejar e viabilizar a execução da política de saúde do município de Teresina.

Figura 1- Rede de saúde de Teresina



Rede de saúde de Teresina					
Código	Matrize	Unidade	Código	Matrize	Unidade
1	C5	ADELINO MATOS - VILA SÃO FRANCISCO, UBS	67	E9	NOSSA SENHORA DA PAZ, USF
2	D6	AGUA MINERAL, UBS	68	E9	NOSSA SENHORA DA GUÁ, USF
3	U8	ALEXANDRA, UBS	69	U8	NOVA BRASÍLIA, UBS
4	E13	ANGELI, USF	80	U4	NOVA TERESINA, UBS
5	E4	ANITA FERRAZ, UBS	81	F9	NOVO HORIZONTE, USF
6	E10	BELA VISTA, USF	62	C2	PARGUE WALL FERRAZ, DR. AYRES NETO, USF
7	E12	BETINHO, USF	63	F7	PIÇARRREIRA, USF
8	G7	BOM SAMARITANO, USF	64	E6	PLANALTO RÍGIDA, USF
9	U8	BOQUINHA, USF	65	U6	PLANALTO DRUGUÁ, USF
10	C5	BUENOS AIRES, UBS	66	G14	PORTAL DA ALEGRIA, USF
11	D9	CAPS JO	67	F14	PORTAL ALEGRE, USF
12	U7	CAPS CENTRO NORTE	68	B1	POSTO DE SAÚDE VERTADINHA
13	E6	CAPS II LESTE	69	C5	POTY VELHO, UBS
14	D9	CAPS II SUL	70	U9	RAMONDA SOARES, USF
15	E8	CAPS JUAZ	71	U6	REFORMA, USF
16	F8	CAPS SUDESTE	72	U9	RENASCENÇA, USF
17	F8	CASA DE METRÁ, USF	73	D11	SACY, USF
18	D7	CEST FORTES, UBS	74	U5	SABU
19	D8	CENTRO DE SAÚDE LINEU ARAÚJO	75	U5	SANTA BARBARA, USF
20	D8	CENTRO DE CONVIVÊNCIA DA 3ª DADE	76	F13	SANTA CLARA, USF
21	C8	CENTRO DE FISIOTERAPIA	77	B2	SANTA MARIA DA COOPI, UBS
22	D10	CENTRO DE DIAGNOSTICO RAUL BAGELAR	78	E11	SANTO ANTONIO, USF
23	E8	CENTRO SOCIAL SATELITE	79	E8	SÃO JUDÁ, USF
24	C8	CEO II	80	D10	SÃO PEDRO, USF
25	E4	CIDADE JARDIM, UBS	81	F6	SATELITE, USF
26	L7	CIDADE VERDE, UBS	82	U3	SONHOU, USF
27	E9	CRISTO REI, UBS	83	U6	TADUARI, USF
28	C6	CRS CENTRO NORTE	84	H8	TOCOS OS SANTOS, USF
29	D9	CRS SUL	85	E9	TRES ANDARES
30	F12	DRUGMAR MAZZA, USF	86	U9	UPA - LESTE/SUDESTE
31	H0	DEUS QUEM, USF	87	E12	CRONICA SIVUK, USF
32	F9	DIRCEU I, USF	88	G5	ALTO DA RESSUREIÇÃO, USF
33	F9	DIRCEU II, USF	89	U7	UNIDADE DE SAÚDE DA PRIMAVERA
34	F9	DIRCEU III, USF	90	F9	UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ
35	F9	DR. CARLOS ALBERTO DASIVA CORDEIRO, USF	91	H2	USINA SANTANA, USF
36	F14	ESPLANADA, USF	92	F12	VAMOS VER O SOL, USF
37	U6	ESTRADA ZERO, USF	93	F12	VAMOS VER O SOL, USF
38	F9	FLAMBOYANT, USF	94	U9	VERMELHA, USF
39	E11	HOSPITAL/ MATERNIDADE PARQUE PAUJI	95	F6	VILA BANDEIRANTE, USF
40	E11	HOSPITAL/ MATERNIDADE PROMORAR	96	D9	VILA CONFIANÇA, USF
41	D10	HOSPITAL E URGENCIA DE TERESINA	97	E3	VILA DO AVIAO, UBS
42	F9	HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE	1		AL TAMIRA, USF
43	F6	HOSPITAL DO SATELITE	2		BOKTORA - DR. EPIFANIO CARVALHO
44	C5	HOSPITAL GERAL DO BUENOS AIRES	3		CACIMBA VELHA, USF
45	C3	HOSPITAL MARIANO CASTELO BRANCO	4		CAMPESTRE NORTE
46	U9	HOSPITAL MONTE CASTELO	5		CENTRO DE ZOOZOSES
47	E14	HOSPITAL SAO CARLOS BARROMEU	6		CERÂMICA CIL, USF
48	E14	IRMA DULCE, USF	7		CHAPADINHA SUL, USF
49	D9	JOSE AVELINO, USF	8		CORONA, USF
50	E12	KEPI, USF	9		CRS LESTE/SUDESTE
51	E10	LOURIVAL PARENTE, USF	10		DOIS IRMAO
52	C6	MARENSE - DR. MARIA TERESA DAS COSTAS, USF	11		ESTACA ZERO, USF
53	U3	MAMA MIA, UBS	12		FAZENDA NOVA, USF
54	C7	MATADOURO, DR. OSEAS	13		POSTO DE SAÚDE BELA VISTA
55	C5	MEMORARE, UBS	14		SANTA TERESA, USF
56	C3	MUNTE ALEGRE, UBS			

Fonte: SEMPLAN, 2018.

Destaca-se que, no período entre 2013 a 2016, foram realizadas 358.451 internações, destas, 205.767 são de pessoas residentes e 152.684 de não residentes, apontando um percentual de ocupação de pacientes não residentes da ordem de 42,5% (Tabela 2).

Tabela 2 - Número de Internações de pessoas residentes, não residentes e ano de internação em Teresina (2013-2016)

INTERNAÇÃO	2013	2014	2015	2016	Total
Residente	51.440	50.800	51.817	51.710	205.767
Não residente	37.508	36.691	38.436	40.049	152.684
Residente e não residente	88.948	87.491	90.253	91.759	358.451

Fonte: PMT/FMS (2017)

Sobre as causas de internação, conforme a CID 10, as principais causas foram gravidez, parto e puerpério com 25,7% e causas externas com 13,8%. Ainda, verificou-se que as doenças que mais demandam internações são as do aparelho digestivo, 9,4% ; neoplasias 7,9% e doenças do aparelho circulatório, 7,1%, segundo PMT/FMS (2017).

5.2 MODELO LÓGICO

À medida que as leituras para elaborar o presente estudo ganhavam complexidade, novas reflexões surgiram trazendo consigo o desafio de uma maior compreensão da realidade analisada. Para melhor descrição das ideias e das hipóteses associadas ao presente objeto, definiram-se duas questões prioritárias ao entendimento conceitual do mote desta pesquisa, que chamamos de: ‘Desafio Organizacional da Gestão’ e ‘Desafio Organizacional para Enfrentamento das Condições Sensíveis da Atenção Primária’. Para melhor entender essas duas problematizações buscou-se apoio na confecção de modelos ou estruturas lógicas, enquanto ferramenta capaz de apresentar didaticamente a estrutura de projetos ou programas, como afirmam Balbim *et al.* (2013).

Neste processo de construção de modelos ou estruturas lógicas, também, foram considerados Ferreira; Cassiolato; Gonzalez (2009), que apontaram a importância dos modelos ou

estruturas lógicas, defendendo que esses podem representar didaticamente associações e vínculos causais entre objetivos do programa e resultados esperados.

Ainda, compreende-se a adoção de modelos ou estruturas lógicas como ferramentas utilizadas para “sistematizar e comunicar as relações causais existentes entre recursos disponíveis, atividades desempenhadas e resultados esperados de um projeto”, conforme (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, optou-se pelo uso dos seguintes elementos nos modelos lógicos: Situação - como sendo a definição do estado, das tendências e das questões essenciais associadas ao problema proposto; *Inputs* - enquanto o conjunto dos recursos humanos, financeiros e materiais disponíveis para um programa ou projeto; *Outputs* - considerando o conjunto dos elementos que possibilitem o alcance dos propósitos do programa ou projeto; e, por fim, *Outcomes* - representando os resultados finais esperados.

Assim, feito o esforço de, conforme Ferreira, Cassiolato e Gonzalez (2009), buscar melhor compreender os desafios organizacionais que se devem enfrentar para organizar a gestão e o cuidado, buscou-se identificar objetivos, recursos, ações, resultados e relações causais, na expectativa de contribuir para a superação dos desafios propostos e de servir de referências para novos estudos e futuras avaliações.

Destaca-se que após confeccionados os modelos, os mesmos foram apresentados a gestão da Fundação Municipal de Saúde que, por meio da Diretoria da Atenção Básica e da Diretoria de Planejamento analisaram e deram retorno com suas contribuições.

Diante do exposto, apresentam-se os modelos ou estruturas lógicas produzidos, iniciando pelo modelo que esquematiza a ‘Organizacional da Gestão da Saúde’ (Quadro 3).

Quadro 3- Modelo Lógico Teórico – Organização da Gestão da Saúde

SITUAÇÃO	INPUTS	OUTPUTS		OUTCOMES		
		ATIVIDADES	PARTICIPAÇÃO	CURTO PRAZO	MÉDIO PRAZO	LONGO PRAZO
DEFICIÊNCIAS: · GESTÃO DE PESSOAS · GESTÃO DE RECURSOS · GESTÃO DE INSUMOS E EQUIPAMENTOS · ESTRUTURA FÍSICA · SISTEMAS DE INFORMAÇÕES · COBERTURA ESF · INFORMATIZAÇÃO · MODELO DE TRABALHO · INTERSETORIALIDADE · PARTICIPAÇÃO POPULAR · TRABALHO EM EQUIPE · QUALIFICAÇÃO DA GESTÃO E DOS PROFISSIONAIS · PLANEJAMENTO · ORDENAMENTO DO SISTEMA	· TÉCNICOS · ACADEMIA · BASE DE DADOS · SISTEMAS DE INFORMAÇÃO · REGULAÇÃO · SISTEMAS INFORMATIZADOS · GESTÃO · FINANCIAMENTO · INSTÂNCIAS COLEGIADAS DO SUS · CONSELHOS DE SAUDE	· CAPACITAÇÃO (ED. PERMAN) · TREINAMENTO · PESQUISA · AVALIAÇÕES PERIÓDICAS · INVESTIMENTO ESTRUTURAL · INVESTIMENTO PROCESSO (APOIO LOGÍSTICO, APOIO TÉCNICO, E DE GESTÃO)	· ESF · TÉCNICOS · NASF · USUÁRIOS · GESTÃO	· PRONTUÁRIO ELETRÔNICO · GESTOR SAÚDE (SISTEMA INFORMATIZADO DE REGULAÇÃO) · INVESTIMENTO ESTRUTURAL · INVESTIMENTO APOIO LOGÍSTICO E DE DIAGNÓSTICO · APOIO MATRICIAL · AUMENTO COBERTURA ESF · AUMENTO INFORMATIZAÇÃO · UBS · AUMENTO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL · AQUISIÇÃO MATERIAIS E INSUMOS · APOIO LOGÍSTICO	· DIMINUIÇÃO DEMANDAS · MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE · INVESTIMENTO ESTRUTURAL · INVESTIMENTO APOIO DIAGNÓSTICO · AUMENTO INFORMATIZAÇÃO UBS · SAÚDE BASEADA EVIDÊNCIAS · TELESÁUDE	· MELHORIA INDICADORES DA SAÚDE · MELHORIA INDICADORES DE GINI · MELHORIA IDH · REDUÇÃO DAS ICSAP
	PRESSUPOSTOS			FATORES EXTERNOS		
		· FOCO NA FAMÍLIA · ORGANIZAÇÃO DO SUS · INTEGRALIDADE · PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE · PLANEJAMENTO EM NECESSIDADES · UNIVERSALIDADE	· HIERARQUIZAÇÃO · REGIONALIZAÇÃO · PROCESSO TRABALHO · REF. E CONTRA-REF. EQUIPE · MULTIPROFISSIONAL · POPULAÇÃO ADSTRITTA	· FINANCIAMENTO · ESTRUTURA E LOGÍSTICA · CENÁRIO POLÍTICO · DIFICULDADES DE COMUNICAÇÃO · PERFIL PROFISSIONAL	· FALTA DE QUALIFICAÇÃO · MODELO ASSISTENCIAL HEGEMÔNICO · BAIXA ADESÃO FAMILIAR	
AVALIAÇÕES						
	· ACESSO/ ACOLHIMENTO · RESOLUTIVIDADE	· PROCESSO DE TRABALHO · COORDENAÇÃO DO CUIDADO	· GESTÃO E INFRAESTRUTURA			

Fonte: Elaboração própria.

Neste modelo encontram-se esquematizadas, conforme dito anteriormente, as relações entre os elementos: situação, *input*, *outputs* e *outcomes*.

De início, destaca-se que o elemento ‘situação’ aponta deficiências das mais distintas ordens, que necessitam serem superadas, para uma melhor atuação da gestão da saúde no nível local.

Em seguida, o elemento ‘*inputs*’ indica, entre outros, que as ações estratégicas de capacitação de recursos humanos devem ser realizadas em duas perspectivas: uma mais teórica e de conteúdo, que pode ser realizada por meio de parcerias com a academia; e, outra mais técnica, quando a gestão deverá promover atividades de capacitação e de educação permanente⁵ mediadas por técnicos dos serviços, com conhecimentos mais específicos em certas áreas.

Sobre o elemento ‘*outcomes*’, estes apresentam objetivos de curto, médio e longo prazo, que foram aprazados levando em conta as possibilidades técnicas e financeiras associadas ao alcance dos mesmos.

No citado modelo ou estrutura lógica são apresentados ainda os ‘pressupostos’ e os ‘fatores externos’ que, conforme se acredita, influenciaram o alcance dos resultados, são apontadas, ainda, propostas de indicadores, que deverão ser avaliados, quando da verificação futura da efetividade do modelo.

Sobre a construção do modelo ou estrutura lógica associado à ‘Organização para Enfrentamento das Condições Sensíveis da Atenção Primária’ também foram utilizados os elementos: situação, *input*, *outputs* e *outcomes* (Quadro 4).

⁵ Considerando Ceccim (2005) a educação permanente em saúde, corresponde à educação em serviço, quando colocado à pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica quando submetido a projetos de mudanças institucionais ou da orientação da política das ações prestadas em dado tempo e lugar.

Quadro 4 - Modelo Lógico Teórico – Organização para Enfrentamento das CSAP

SITUAÇÃO	INPUTS	OUTPUTS		OUTCOMES							
		ATIVIDADES	PARTICIPAÇÃO	CURTO PRAZO	MÉDIO PRAZO	LONGO PRAZO					
DEFICIÊNCIAS: PADRAO DE USO DOS SERVIÇOS MODO DE LIDAR COM O TRATAMENTO VARIAÇÕES NA PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NA POPULAÇÃO INEXISTÊNCIA DE REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL FALHAS NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DIVERSIDADE SÓCIO-DEMOGRÁFICA POPULACIONAL FALHAS NA COORDENAÇÃO DAS REDES FALTA DE SANEAMENTO BÁSICO MODELO DE GESTÃO DO SUS BARREIRAS DE ACESSO FINANCIAMENTO PROBLEMAS NO GERENCIAMENTO DE PROCESSOS MANEJO CLÍNICO INADEQUADO FALHA NA COORDENAÇÃO DO SISTEMA	<ul style="list-style-type: none"> · TRABALHADORES DA SAUDE · BASE DE DADOS · SISTEMAS DE INFORMAÇÃO · GESTÃO · REGULAÇÃO · SISTEMAS INFORMATIZADOS · FINANCIAMENTO 	<ul style="list-style-type: none"> · CAPACITAÇÃO SOBRE MANEJO PACIENTE A.P. · CAPACITAÇÃO SOBRE CAUSAS EVITÁVEIS DE INTERNAÇÃO · CAPACITAÇÃO SOBRE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS · CAPACITAÇÃO SOBRE CONTROLE DE COMPLICAÇÕES DE DOENÇAS CRÔNICAS · CAPACITAÇÃO PARA PREVENIR AGRAVAMENTO DE ENFERMIDADES · IDENTIFICAÇÃO DE BARREIRAS DE ACESSO · INVESTIMENTO EM ESTRUTURA · INVESTIMENTO NOS PROCESSOS · AVALIAÇÕES PERIÓDICAS 	<ul style="list-style-type: none"> · TRABALHADORES DA SAUDE · USUARIOS · GESTÃO 	<ul style="list-style-type: none"> · DIMINUIÇÃO QUANTIDADE PROCEDIMENTOS · DIMINUIÇÃO TEMPO DE INTERNAÇÃO · MELHORA DIAGNÓSTICO · MELHORA REGULAÇÃO · INVESTIMENTO EM APOIO LOGÍSTICO · INVESTIMENTO EM APOIO TÉCNICO · INVESTIMENTO EM APOIO A GESTÃO · AUMENTO QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL · AUMENTO INFORMATIZAÇÃO UBS 	<ul style="list-style-type: none"> · DIMINUIÇÃO QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS/ INTERNAÇÃO · DIMINUIÇÃO CUSTOS INTERNAÇÕES · DIMINUIÇÃO MORTALIDADE HOSPITALAR · DIMINUIÇÃO INFECÇÃO HOSPITALAR · DIMINUIÇÃO REINTERNAÇÃO 	<ul style="list-style-type: none"> · MELHORIA INDICADORES DA SAUDE · MELHORIA INDICADORES DE GINI · REDUÇÃO DAS ICSAP 					
							PRESSUPOSTOS		FATORES EXTERNOS		
							<ul style="list-style-type: none"> · PREVENÇÃO DE DOENÇAS · PREVENÇÃO DE AGRAVOS · CRONTOLE DE PATOLOGIAS CRONICAS 	<ul style="list-style-type: none"> · DIMINUIÇÃO CASOS CIRÚRGICOS · DIMINUIÇÃO INFECÇÃO HOSPITALAR 	<ul style="list-style-type: none"> · CENÁRIO POLÍTICO E ECONÔMICO · SANEAMENTO BASICO · QUALIDADE DA EDUCAÇÃO 	<ul style="list-style-type: none"> · POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 	
AVALIAÇÕES											
<ul style="list-style-type: none"> · TAXAS AJUSTADAS POR IDADE · TAXAS POR AGRAVOS /DOENÇAS 		<ul style="list-style-type: none"> · COBERTURA DE ESF · COBERTURA DE PLANOS DE SAÚDE 			<ul style="list-style-type: none"> · GESTÃO E INFRAESTRUTURA 						

Fonte: Elaboração própria

Neste modelo ou estrutura lógica buscou-se esquematizar passos que deverão ser tomados para possibilitar a redução dos indicadores de internação por CSAP.

No Quadro 4, vê-se que o elemento ‘situação’ procura apontar as principais deficiências que interferem em um manejo adequado dos usuários, no nível da atenção primária.

Em seguida, o elemento ‘*inputs*’ procura resumir os principais recursos e materiais disponíveis. Contudo, o elemento ‘*outputs*’, neste modelo, sugere somente à gestão, diferentemente do modelo anterior, a responsabilidade das atividades de capacitação e educação permanente, por entender-se que se tratam de questões mais específicas e que requerem abordagens mais técnicas.

Aqui também se vê que os ‘*outcomes*’ foram apazados em resultados de curto, médio e longo prazos. Destaca-se, ainda, que pressupostos e fatores externos foram considerados na confecção desse modelo esquemático, da mesma forma que no modelo anterior.

Por fim, também foram apontados indicadores que deverão ser considerados em processo avaliativos futuros.

5.3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O presente projeto de pesquisa se propõe a analisar de forma mais ampla os processos políticos e administrativos que influenciaram a lógica da organização da gestão da saúde, bem como objetiva analisar o perfil das internações hospitalares da população residente e não residente, na cidade de Teresina-PI, no período 2008-2020, considerando informações constantes em documentos oficiais, dados sociodemográficos e por meio de dados de internações hospitalares.

Neste sentido, esta pesquisa pretende contribuir não somente com a análises e discussões capazes de aprofundar questões de ordem conceitual, mas se propõe também alcançar possibilidades de uso mais prático, assumindo a lógica de uma pesquisa que possa ser efetivamente utilizada pelos gestores. Pretende-se que as teorias aqui referenciadas possam servir de base, para o enfrentamento de desafios e para a busca de soluções para os problemas de planejamento e organização do cuidado e, ainda, que a análise dos dados sirva de subsídios para a definição de programas e projetos.

Considerando Gil (2002), quando fazemos uma pesquisa sobre problemas práticos, podemos estar nos conduzindo rumo a descobertas baseadas em princípios científicos. Assim, vive-se a junção entre teoria e prática, importante associação que pode convergir para a solução de problemas do cotidiano.

Com essa intenção, pretende-se que os resultados desta pesquisa de nível de doutorado sejam apresentados na forma de dois artigos acadêmicos: um estudo descritivo, com base em análise documental; e, um estudo analítico, de série temporal.

Assim, os artigos desta tese serão trabalhados de forma distinta quanto ao tratamento metodológico, cada um voltado para o cumprimento do objetivo elencado, pretendendo-se combinar, nesses estudos, natureza descritiva e aplicada com análises quantitativas e qualitativas.

Para melhor compreender a apresentação dos resultados, a Figura 5 apresenta um esquema conceitual da própria pesquisa, trazendo para este projeto mais uma explicação esquemática, desta feita da relação que os artigos propostos guardarão entre si, além de apresentar os fundamentos-chave, para avaliação de estrutura e processo, considerados nas análises.

Quadro 5 - A organização do sistema local de saúde e avaliação da atenção primária, no município de Teresina-PI

Processos (Outputs)	Resultados (Outcome)
Avaliação do processo: Estrutura organizacional e fluxos internos (artigo 01)	Avaliação de Resultado: Internações por Condições Sensíveis à APS (artigo 02)
SIOPS – CNES – SIAB – IBGE - DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO	NUPRO - PMT/FMS

FONTE: Elaboração própria, a partir de Soranz (2016).

Reafirma-se que os artigos têm como objetivo apresentarem os resultados desta pesquisa, servindo como meio de analisar e problematizar questões associadas a estrutura e processo, no âmbito municipal.

Como será demonstrado a seguir, o primeiro artigo propõe-se a explicitar as mudanças organizacionais da gestão da saúde, pesquisadas a partir da década de 1970, trazendo reflexões sobre todas elas. O segundo artigo, por sua vez, ilustra a análise de indicadores de ICSAP e discute sua potencial utilização como indicador da qualidade da atenção primária. Nesse sentido, os achados e as discussões da presente pesquisa serão relatados na seção Resultados, por meio de dois artigos científicos.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Após sua qualificação, um Projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), por meio da Plataforma Brasil, tendo recebido o **CAAE**: 18420619.9.0000.5240 e resultou na presente Tese.

Como este estudo previu a utilização de dados secundários (registros de internações hospitalares), foi solicitado previamente à Fundação Municipal de Saúde o acesso aos dados hospitalares registrados pelo NUPRO, obedecendo ao fluxograma exigido pela gestão.

Após autorização do uso dos dados, pela Comissão de Ética em Pesquisa, da Fundação Municipal de Saúde, foi emitido Termo de Responsabilidade, relativo às condições inerentes à utilização dos dados.

6 RESULTADOS

6.1 PROCESSO HISTÓRICO E ORGANIZATIVO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: O CASO DE TERESINA-PI (ARTIGO 01)

HISTORICAL AND ORGANIZATIONAL PROCESS OF PRIMARY CARE: THE CASE OF TERESINA-PI.

Vinícius Alexandre da Silva Oliveira⁶

Luiz Antonio Bastos Camacho⁷

RESUMO

Um relevante aumento do número de estabelecimentos médico-hospitalares e laboratoriais nos últimos oitenta anos, que incrementou o parque tecnológico local e demandou formação de mão de obra qualificada, terminou por conferir a Teresina o reconhecimento de polo de saúde regional. Para compreender os aspectos que envolveram a organização histórica da saúde em Teresina, em especial, para verificar como a Atenção Primária à Saúde buscou se organizar para corresponder às demandas e expectativas geradas por este crescimento, este estudo apresentou as principais características de reformas administrativas ocorridas nos últimos 26 anos, período de existência da Fundação Municipal de Saúde, principal órgão gestor desse nível de cuidado. A partir de uma abordagem qualitativa fez-se análise documental que demonstrou que, a excessão da reforma ocorrida no ano de 2016, as outras mudanças, ou foram reativas à alterações normativas ocorridas no cenário nacional, com a simples função de alinhamento; ou, foram desencadeadas sem prévia discussão teórica e com muita fragilidade metodológica, resultando na impossibilidade de evolução de um modelo de gestão da saúde em relação a outro. Do exposto, percebeu-se uma sucessão de alterações administrativas que não consideraram planos ou discussões setoriais, reafirmando idéias cristalizadas de modelos de gestão pública setorializados e piramidais. Conclui-se ser fundamental que novas análises possam ser realizadas com a finalidade de problematização dos processos organizativos, para tornar capaz avanços na definição de modelos administrativos que impactem positivamente no desempenho, com resultados de reais de melhora na qualidade da assistência.

Palavras- chave: Polo de Saúde. Reforma Administrativa. Gestão da Saúde.

ABSTRACT

A significant increase in the number of medical-hospital and laboratory establishments in the last eighty years, which increased the local technological park and demanded the training of qualified labor, ended up granting Teresina the recognition of a regional health center. To understand the aspects that involved the historical organization of health in Teresina, in

⁶ Faculdade de Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí. Rua Olavo Bilac, 2335 - Centro (Sul), Teresina - PI, 64001-280, Brasil.

⁷ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro – RJ, 21041-210, Brasil.

particular, to verify how Primary Health Care sought to organize itself to meet the demands and expectations generated by this growth, this study presented the main characteristics of administrative reforms that took place in the last 26 years, period of existence of the Municipal Health Foundation, the main management body of this level of care. From a qualitative approach, a documental analysis was carried out which showed that, with the exception of the reform that took place in 2016, the other changes were either reactive to normative changes that occurred in the national scenario, with the simple function of alignment; or, they were triggered without prior theoretical discussion and with great methodological weakness, resulting in the impossibility of evolution of one health management model in relation to another. From the above, a succession of administrative changes was perceived that did not consider sectorial plans or discussions, reaffirming crystallized ideas of sectorial and pyramidal public management models. It is concluded that it is essential that new analyzes can be carried out with the purpose of problematizing organizational processes, to enable advances in the definition of administrative models that have a positive impact on performance, with real results of improvement in the quality of care.

Keywords: Health Hub. Administrative Reform. Health Management.

INTRODUÇÃO

À partir dos anos 1990, Teresina, capital do Estado do Piauí, fortaleceu-se como referência no comércio varejista e tornou-se um centro de prestação de serviços, com destaque para o setor da saúde. Desde então, verifica-se um relevante crescimento do número de estabelecimentos médico-hospitalares e laboratoriais, os quais, por incrementarem o parque tecnológico local e por demandarem formação de mão de obra qualificada, conferiram a Teresina o reconhecimento de Polo Regional, conforme Bueno (2008). Em 2005, por exemplo, Teresina possuía 275 estabelecimentos de saúde, conforme Silva e Lima (2017), mas em 2017, esse número já havia saltado para 1.000 estabelecimentos, como mostra PMT/FMS (2017).

Neste sentido, dado a uma dinâmica local de investimentos privados sob a égide de crescentes aportes tecnológicos e modernização dos serviços, como afirmam Rolim e Melo (1999), populações de estados vizinhos como Maranhão, parte do Pará e do Ceará e do Estado do Tocantins têm buscado nesta cidade a solução dos seus problemas de saúde, especialmente daqueles de maior complexidade, fato que tem forçado a definição de modos efetivos de respostas para estas demandas, conforme Teresina (2010).

Para compreender os aspectos que envolvem a estruturação e a organização histórica da saúde em Teresina, importa que se façam reflexões, especialmente, no que tange a temas como: geração de fluxos de cuidados, concentração dos serviços de referência nas capitais e grandes cidades; e ainda, sobre a formação de profissionais especializados. Nesta linha, Bueno e Lima (2015) contribuem para este debate pontuando que

as novas dinâmicas regionais piauienses, nas quais os serviços de saúde da capital aparecem em pleno crescimento, pelo que o autor concluiu que oito aspectos caracterizam esse dinamismo: 1) significativo crescimento do setor em Teresina, no Estado e na região; 2) aumento na compra dos equipamentos; 3) existência, ao longo da história dos serviços de saúde em Teresina, de uma relação muito próxima entre políticas públicas e investimentos privados; 4) distribuição articulada da rede de serviços; 5) importante papel desempenhado pelos hospitais; 6) perfil dos pacientes dos serviços de saúde (SUS, planos de saúde e particulares); 7) crescimento na geração de emprego e na organização do mercado de trabalho local; 8) expressivo número de usuários oriundos de outros estados ou de cidades do interior do Piauí, atraídos pela posição geográfica ou pela concentração de serviços com um custo mais barato em comparação a outros centros urbanos de relevância regional e nacional, como Fortaleza e Recife. (BUENO; LIMA, 2015, pág 21).

Organização da Saúde em Teresina

Teresina, ao longo dos anos, tem se consolidado, como destino de escolha para cuidados de saúde, especialmente, ao considerar as condições favoráveis da sua posição geográfica, na região meio norte do país (ROLIM e MELO, 1999; IBGE, 2008).

A verdade é que o contraste de elementos dificultadores do passado, como rede viária precária e navegabilidade relativa do rio Parnaíba, na primeira metade do século XX, por volta dos anos 1941 (SANTANA, 1995), com estradas de melhor qualidade e aumento da cobertura de empresas aéreas nacionais na atualidade, permite compreender o fortalecimento da mobilidade regional.

Sobre a localização favorável de Teresina, ainda importa destacar que foi objetivando o incremento do intercâmbio comercial e cultural, que se fez cumprir o desejo maior da mudança da capital, originalmente desempenhado por Oeiras até o ano de 1852.

Analisando mais especificamente o campo da saúde, considerando Jacó-Vilela *et al.* (2004), destaca-se que, desde os “cirurgiões barbeiros” dos séculos XVI e XVII, passando pelos “cirurgiões aprovados” do século XVII e “cirurgiões diplomados” do século XVIII, verifica-se que foi somente no final do século XIX e primeira metade do século XX, que assistiu-se à formação dos primeiros médicos nacionais. No Piauí o exercício da medicina se deu pelas principais cidades do estado, a saber: Oeiras, no Hospital de Milícias e no Hospital de Caridade, nos anos 1846 e 1849; Parnaíba, na Santa Casa de Misericórdia, no ano de 1896; e, Teresina, no Hospital de Caridade, no Hospital da Santa Casa de Misericórdia e Hospital Getúlio Vargas (HGV), nos anos de 1854, 1861 e 1941.

Confirmando os estudos de Mayer (1983), McGuirk e Porell (1984), Travassos e Martins (2004), Barreto Jr., Ferreira e Silva (2008), Minayo e Deslandes (2007), que tratam da questão do acesso aos serviços de saúde, a exemplo de outras regiões do país, foi na capital Teresina que hospitais, centros de saúde, clínicas, laboratórios e atividades correlatas, cresceram em número e complexidade, e em 1941, a inauguração do Hospital Getúlio Vargas,

primeiro Pronto Socorro equipado do meio norte do país, decretou o início do reconhecido fluxo regional por cuidados de saúde voltado para esta cidade.

Cabe reforçar que o HGV também se conformou em um importante fator na determinação da centralidade de serviços no seio da capital, pois, à medida que se consolidava como centro de cuidados, arrastando pacientes de distintos lugares, mais atraía outras atividades congêneres para suas proximidades (BUENO e LIMA, 2015).

Na atualidade, conforme Bueno e Lima (2015), assiste-se a um processo contínuo de descentralização da rede de cuidados de saúde de Teresina, em especial, em direção à zona Leste da capital. Tal movimento é condicionado pela falta de espaço para novas construções, mas também, muito em função de um perfil social e econômico diferenciado de clientela, conforme (BUENO, 2008). Segundo os autores, “[...] oito dos dez bairros com habitantes com maiores rendas se localizam na zona Leste, território da nova configuração da produção espacial dos serviços de saúde.”

Considerando que o polo de saúde de Teresina oferece escala e densidade tecnológica no processo de cuidado regional, colocando esta capital como essencial para a conformação do SUS nacional, conforme Brasil (2011), Portal da Inovação da Gestão - ferramenta de gestão do conhecimento desenvolvida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), em parceria com o Ministério da Saúde (MS), com colaboração do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), causa inquietação compreender como a gestão da saúde local tem se organizado para dar conta dessa obrigação estratégica.

Reformas Administrativas

O processo rápido e desigual de desenvolvimento ocorrido em Teresina ao longo dos anos impõe a necessidade de resultados mais eficazes, efetivos e eficientes das ações da gestão municipal, com urgência no avanço de processos visando melhora organizacional dos diversos setores públicos. Sobre essa questão, no cenário nacional, especialmente desde os anos 1988 até os dias atuais, vê-se a testagem de modelos que variam da implementação de processos matriciais, conforme Martins e Dantas (2005), uma concepção de estrutura governamental em rede, voltada à integração entre áreas e resultados, até a transferência de atividades de responsabilidade do setor público para o setor privado.

Ao estudar os principais modelos de estruturas organizacionais Oliveira (2006) e Cury (2007) apontaram as abordagens tradicionais: Linear ou Militar, Funcional e Linha e Assessoria; e, as abordagens modernas: Por Produto, Por Processo, Matricial e Mista.

Assim, os modelos de estruturas tradicionais foram definidos pelos autores como sendo burocráticos e mecânicos, e neles a Estrutura linear destaca autoridade, liderança, e controle rígido; a Estrutura funcional destaca a especialização, mas ainda com bastante centralização, com cada departamento buscando resolver seus próprios problemas. Por último, a Estrutura Linha e Assessoria, combina gerência, órgãos de assessoria e aconselhamento, criando a possibilidade de sugestões especializadas na resolução de problemas.

Quanto aos modelos de Modelos de Estruturas Modernas, estes são empregadas por instituições de médio e grande porte, mas precisam se ajustar às inconsistências do processo dinâmico de relações organizacionais. A estrutura divisional por produto/serviço agrupa atividades por unidade, possibilita o enfoque sobre os produtos e serviços, propiciando mudanças e inovações. Na estrutura por processo valorizam-se as etapas do processo produtivo para conter desperdícios e falhas. A Estrutura Matricial é voltada para realidades complexas com grandes estruturas: divisional, funcional e *staff*. Finalmente, a estrutura mista, por compreender mais de uma estrutura interdependente, pode envolver a combinação de mais de um modelo.

Após a análise dos diversos modelos apresentados compreende-se que dado à estrutura organizacional, extremamente e historicamente burocratizada da Fundação Municipal de Saúde, estamos diante de modelos de estruturas tradicionais sendo trabalhados pela gestão local.

Diante do exposto, este artigo propõe-se a analisar o conjunto das Reformas Administrativas na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Teresina-PI, especificamente quanto ao processo de organização da Atenção Primária, desde a implementação da Fundação Municipal de Saúde (FMS), principal órgão gestor da saúde local, até os dias atuais. Tal objetivo se configura como importante dado o reconhecimento desta capital como centro de referência médico-hospitalar na região Meio Norte, do Brasil, pois nos últimos anos, dado a uma evolução na dimensão da rede, da tecnologia disponível, bem como, da credibilidade dos serviços, Teresina tem sido reconhecida como Polo Regional de Saúde e referência, para Estados como Maranhão, Pará, Ceará e Tocantins.

METODOLOGIA

Para realização deste estudo foi feita revisão da literatura e pesquisa documental, que, segundo Helder (2006), compreende uma “técnica documental, que vale-se de documentos originais, que ainda não receberam tratamento analítico por nenhum autor”.

Sobre os dados epidemiológicos e informações referentes à organização administrativa do município, o acesso se deu por meio dos bancos de dados nacionais, bem como, por informações dos técnicos dos setores administrativo, de planejamento e de sistemas de informações locais.

O critério de constituição da amostra estudada foi o da disponibilidade pública de dados e dos documentos analisados, destacando-se o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, Leis, Regimentos e Estatutos, que orientaram e normatizaram o processo de organização da saúde municipal nos anos de estudo, os quais, durante o presente estudo foram confrontados com outras legislações e realidades.

Ainda, para a seleção do material, verificou-se documentos que indicassem: reformulações da estrutura de poder, interessando menos à nossa análise as modificações em planos de carreira, diretrizes para aperfeiçoamento dos quadros, investimentos e custos.

Por fim, considerou-se as principais reformas administrativas como marcos históricos referenciais, para a construção da linha histórica seguida neste artigo, à luz de aspectos associados à estrutura e ao processo.

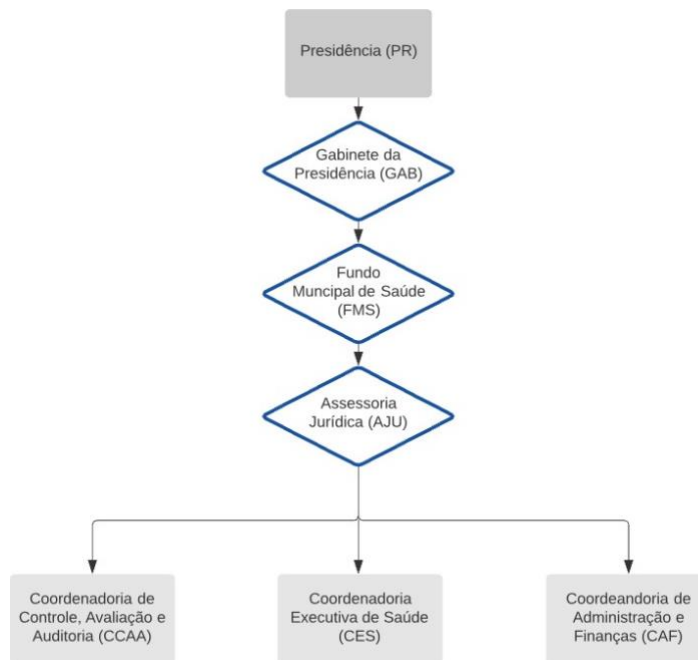
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Reforma Administrativa de 1995

A reestruturação do modelo de atenção a saúde nacional, impôs a necessidade de rápidas mudanças na estrutura burocrática nos subníveis nacionais.

Em Teresina, a reforma administrativa implementada no ano de 1995, teve início com a emissão dos Decretos Municipais nº 2.968, de 11 de outubro; e, nº 2.964, de 03 de outubro, que apresentaram: o Estatuto e o Regimento, da Fundação Municipal de Saúde (FMS), respectivamente.

Para dar conta da organização do seu subsistema municipal, o Estatuto da FMS, apresentou desenho administrativo alinhado com a nova organização burocrática federal que norteava o SUS (Figura 1), com destaque para suas coordenadorias: Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA); Coordenadoria Executiva de Saúde (CES); e, Coordenadoria de Administração e Finanças (CAF).

Figura 2 – Organograma da Fundação Municipal de Saúde, Teresina, 1995.

Fonte: Elaboração dos autores

Para melhor compreender os subníveis administrativos apresentam-se as composições de cada Coordenadoria (Quadro 1): Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA), coube: acompanhar, fiscalizar, controlar e avaliar a prestação de serviços ao SUS no município de Teresina, tendo a frente profissionais das diversas áreas da saúde e contábil/financeira, a serem definidos de acordo com as necessidades e após aprovação de órgão colegiado interno.

Sobre a Coordenadoria Executiva de Saúde (CES), definiu-se que deveria controlar, dirigir e executar as atividades relativas aos serviços de saúde, a vigilância Sanitária e o controle epidemiológico.

Por último, sobre a Coordenadoria de Administração e Finanças (CAF), coube coordenar, dirigir e executar as atividades relativas aos serviços de pessoal, comunicação administrativas, material, patrimônio, zeladoria, vigilância, manutenção e administração financeira.

Quadro 1 – Organograma da Fundação Municipal de Saúde, Teresina, 1995.

Coordenadoria de Controle, Avaliação e Auditoria (CCAA)	Coordenadoria Executiva de Saúde (CES)	Coordenadoria de Administração e Finanças (CAF)
<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Executiva, 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Executiva, Departamento de Saúde, 	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria Executiva,

<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, • Divisão de Gerenciamento, Contratos e Convênios, • Divisão de Atendimento Ambulatorial, • Divisão de Atendimento Hospitalar, • Secretaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão de Ações Especiais de Saúde, • Divisão de Organização dos Serviços de Saúde, • Divisão de Emergência Pré-Hospitalar, • Divisão de Administração Farmacêutica, • Departamento de Epidemiologia, • Divisão de Controle de Endemias, • Divisão de Controles de Zoonoses, • Departamento de Vigilância Sanitária, • Divisão de Fiscalização, • Divisão de Saneamento e Controle de Meio Ambiente, • Divisão de Proteção da Saúde do Trabalhador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Departamento de Recursos Humanos, • Divisão de Administração de Pessoal, • Divisão de Acompanhamento e Avaliação, • Departamento de Planejamento, • Divisão de Planejamento e Programação Setorial, • Divisão de Orçamento Programa, • Divisão de Planejamento Informacional, • Divisão de Processamento de Dados, • Departamento Financeiro, • Divisão de Tesouraria, • Divisão de Empenhos, • Divisão de Contabilidades, • Departamento Administrativo, • Divisão de Serviços Gerais, • Divisão de Materiais e Patrimônio, • Divisão de Transportes, • Divisão de Engenharia e Manutenção.
---	--	--

Fonte: Elaboração dos autores

Importa destacar que, esta fase administrativa da Fundação Municipal de Saúde compreendeu o período entre 1995 e 2000, quando importantes instrumentos legais nacionais foram lançados⁸.

Ainda, que o Estatuto e o Regimento da Fundação Municipal de Saúde de Teresina se colocaram como principais instrumentos da gestão na fase inicial do Sistema Único de Saúde local, permitindo que gestores e trabalhadores pudessem desempenhar suas funções diante de uma nova Política Pública de Saúde.

A Reforma Administrativa de 2001

Decorrido mais de dez anos da implementação do Sistema Único de Saúde, o processo de regionalização permanecia como uma importante barreira a ser superada.

⁸ Portaria GM/MS nº 1.882/97, que estabeleceu o Piso de Atenção Básica; Portaria GM/MS nº 1.886/97, que apresentou os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família; Portaria GM/MS nº 3.925/98, sobre a Organização da Atenção Básica; Lei nº 9.782/99, que deu nova estrutura ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Emenda Constitucional nº 29/00, que tratou do financiamento público da saúde; e, Portaria GM/MS nº 9501, que criou a Norma Operacional da Assistência à Saúde.

Naquele momento, estados e municípios, buscaram adaptar a realidade da organização das diversas realidades regionais, para construir na prática um modelo de atenção integral, conforme Teixeira (2000).

Para dar conta da organização da assistência à saúde em Teresina, a Fundação Municipal de Saúde se reorganizou e descentralizou o processo de gestão, por meio da criação de três Coordenadorias Regionais de Saúde.

A modelagem organizacional das Regionais de Saúde foi consolidada com a publicação da Lei nº 3.066, de 30 de dezembro de 2011, que alterou dispositivos da Lei nº 1.542, de 20 de junho de 1977, que criou a Fundação Municipal de Saúde.

Por ela, no seu artigo 2º, ficou definido o novo texto que passou a vigorar, incluindo a criação de Órgãos Regionais de Administração, a saber: Coordenadoria Regional de Saúde – Centro/Norte; Coordenadoria Regional de Saúde – Sul; e, Coordenadoria Regional de Saúde – Leste/Sudeste.

As coordenadorias Regionais de Saúde foram criadas com uma estrutura administrativa mínima para conduzir os processos de gestão da assistência, com certa autonomia, a exemplo, do planejamento regional, aquisição de insumos e de contratos de manutenção.

De modo geral, estas regionais buscaram superar dificuldades de articulação, que impediam bons indicadores de saúde e que aumentava custos, e, constituíram-se, portanto, em unidades de gestão regionalizadas e de base populacional específica, com estruturas de serviços e de gestão elaboradas de forma homogênea.

Possibilitou ainda, maior coordenação assistencial na região com a possibilidade de gestão de recursos humanos, materiais e físicos, entre unidades de saúde da mesma região.

A elas cabia o gerenciamento da referência e contra referência territorial e para tanto possuíam estruturas organizacionais com os cargos, funções e competências, consolidados no organograma e no regimento interno.

Ainda, as funções de planejamento eram definidas por meio de instrumentos de gestão, que contribuía com a construção do plano de saúde municipal e da programação anual de saúde, na forma de indicadores e metas, consolidados pela gestão central.

Da modelagem adotada para as Coordenadorias Regionais, destacaram-se as dificuldades associadas às dimensões de cada região, ao isolamento organizacional das unidades de saúde e à dificuldade da integralidade do cuidado. Ademais, considerando elementos dificultadores deste processo, pode ser dado destaque às fragilidades arquitetônicas das regionais, que interferiram negativamente no alcance de resultados, além de limites da

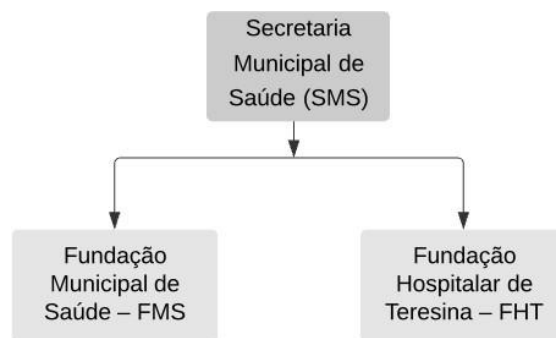
governança e dificuldades de investimentos para efetivar o processo de descentralização regional.

Sobre os avanços, deve-se considerar o incremento da capacidade instalada do município, especialmente, no que diz respeito à ampliação da Estratégia de Saúde da Família e à remodelagem dos processos de trabalho, resultados impulsionados pela criação das Coordenadorias Regionais.

A Reforma Administrativa de 2013

No ano de 2013, uma nova proposta de organização e coordenação da administração municipal visou desconcentrar o comando da saúde, por meio da criação de duas instituições gestoras: a Secretaria Municipal de Saúde – órgão superior hierárquico e a Fundação Hospitalar de Teresina (Figura 2).

Figura 3 – Organograma da Secretaria Municipal de Saúde, Teresina, 2013.



Fonte: Elaboração dos autores

A alteração do modelo gestor anterior, considerando o planejamento administrativo municipal, objetivou redefinir papéis institucionais, para dar conta da ampliação das demandas de saúde e do aumento da estrutura da rede municipal de saúde

a Fundação Municipal de Saúde cresceu muito ao longo do tempo, avançou em todas as áreas, mas não alcançou uma estrutura gerencial para lidar com os problemas. Vimos que o processo gerencial na Fundação de Saúde era muito grande para ter uma estrutura centralizada. Portanto, por meio da reforma dividimos as responsabilidades, com a Fundação Hospitalar para cuidar dos hospitais, a Fundação de Saúde para tratar dos atendimentos ao usuário e a Secretaria de Saúde para gerir o Sistema Único de Saúde, ou seja, planejar o funcionamento, organizar o sistema para evitar os problemas. (Entrevista concedida por Filho, F. da S. S. 2013. Entrevista: Seminário de Planejamento em Saúde (10.2013)).

Com esta reforma, coube à Secretaria Municipal de Saúde de Teresina (SMS) a coordenação dos sistema local de saúde, compreendendo as seguintes responsabilidades: i. gestão e planejamento das políticas de saúde no Município; ii. implantação, fiscalização e controle das políticas municipais relativas à saúde pública; iii. articulação com outros órgãos municipais, estaduais e federais e entidades da iniciativa privada para o desenvolvimento de programas conjuntos; e, iv. execução orçamentária de sua área e outras atividades correlatas.”

Anteriormente a esta reforma, cabia à Fundação Municipal de Saúde, a centralização da responsabilidade gerencial em todos os níveis de cuidados, em uma única estrutura de gestão, concentrando toda a coordenação dos recursos humanos, materiais e físicos, necessários ao atendimento das demandas do setor, com esta reforma. Daí em diante, a Atenção Básica passou a ser a principal responsabilidade da FMS.

À Fundação Hospitalar de Teresina coube desenvolver e executar ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, em todos os níveis de assistência hospitalar, de média e alta complexidade, inclusive o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Observou-se que a proposta radical de reestruturação do setor, tinha por objetivo eliminar eventuais pontos de estrangulamento burocráticos, buscando um modelo mais descentralizador que propusesse maior agilidade e organização do sistema local de saúde.

Estas medidas administrativas, em um primeiro momento, resultaram em investimentos e estruturação das novas pastas, a partir do remanejamento do orçamento da Fundação Municipal de Saúde, conforme a Lei nº 4.360, de 22 de janeiro de 2013.

No entanto, a adoção deste novo modelo não provocou o impacto esperado na Atenção Primária, como apontam indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), no período de 2013 a 2015. Na Atenção os investimentos caíram de um percentual de 17,36% dos gastos em saúde, em 2013; para um percentual de 8,5% dos gastos em saúde, no ano de 2015. Quanto aos investimentos com medicamentos verificou-se nova variação negativa, oscilando de 8,41%, para 3,93%; com leve subida para 4,78%, no mesmo período. Ademais, entre os seguintes grupos de doenças do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e doenças infecciosas ou parasitárias, verificou-se oscilação negativa no período, demonstrando frustração das expectativas em relação ao novo modelo de gestão adotado.

No final dessa fase da gestão municipal da saúde as Coordenadorias Regionais, criadas na reforma administrativa anterior perderam força e foram progressivamente desarticuladas.

A Reforma Administrativa de 2016

Buscando identificar caminhos e orientação para uma nova avaliação institucional, no ano de 2014, uma assessoria externa foi contratada pela Fundação Municipal de Saúde.

A partir do compartilhamento de documentos oficiais, pôde-se acessar relatos de reuniões com grupos técnicos das três entidades de articulação da saúde de Teresina – Fundação Municipal de Saúde (FMS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Fundação Hospitalar de Teresina (FHT), que trataram de questões como: possibilidade de trabalho com Organizações Sociais (OS), implementação de contratações e expansão da rede de saúde.

A metodologia utilizada compreendia a problematização participativa com análise de cada uma das entidades, revendo atuação e delimitação de funções com o intuito de avançar com as discussões e esboçar eventuais mudanças do modelo de atenção e das práticas de Saúde, por meio do desenvolvimento de políticas intergestoras, foram discutidos os seguintes assuntos:

- Orçamentos e Relatórios de Execução Orçamentária da Saúde;
- Detalhamento da rede ambulatorial de saúde de Teresina;
- Aplicação dos recursos repassados ao Fundo Municipal de Saúde;
- Desempenho do “Gestor Saúde”, programa de agendamento da rede;
- Discussão sobre as linhas de cuidado e produção ambulatorial (BPA);
- Caracterização dos usuários e classificação/ranqueamento das UBS;
- Planilha de custos das ESF;
- Descrição do processo de trabalho dos agentes comunitários;
- Mapas digitais existentes.

De acordo, com os relatórios analisados foram consideradas as seguintes dimensões: Assistencial, Operacional e Estratégica.

Na dimensão assistencial, foi discutido o tema central: políticas públicas municipais da capital. Na parte Operacional, foram problematizadas questões associadas ao orçamento, gastos, execução e produção, métodos e ferramentas. Por fim, sobre a dimensão Estratégia discutiu-se os elementos de gestão propriamente ditos e do atingimento das metas propostas pela atual gestão.

Quadro 2- Definições necessárias para a melhoria dos processos de saúde de Teresina

Dimensão Assistencial			Dimensão Operacional			Dimensão Estratégica
Atenção Básica	Especialidades Médicas	Rede Hospitalar	Produção Médica Hospitalar	Gestão Orçamentária Financeira	Gestão	Alta Administração
Fatores Direcionadores			Fatores Direcionadores			Fatores Direcionadores
Forma de estruturação do atendimento	Forma de Estruturação do Atendimento	Formas de Estruturação do Atendimento	Capacidade de Atendimento das Redes	Orçamento Geral	Papeis e Procedimentos Administrativos	Visão Geral de formas de atendimento global ao munícipe
Redes de unidades	Redes de Unidades	Redes de Unidades	Quantidade de Profissionais	Alocação de Recursos entre as Fundações e Secretaria	Gerenciamento da Linha de Cuidado	Gestão do atendimento interestadual
Estratégia de Saúde da Família	Produção	Portas de Acesso ao Sistema	Métodos de Trabalho	Avaliação de Desempenho entre Unidades		Estratégia junto ao Ministério da Saúde
Portas de Acesso ao Sistema	Avaliação Linha de Cuidado	Produção	Formas de Avaliação, Registro e Informação de Produção	Remuneração sob Produção		Operação do Plano de Governo
Produção	Capacidade de Atendimento	Capacidade de Atendimento	Redes de Atendimento	Capacidade de Investimento		Organizações Sociais
Avaliação da Linha de Cuidado Integral	Dados de Operação	Operação via OS	Desempenho de Produção	Financiamento da Alta e Média Complexidade		Articulação Institucional e Operacional entre as Fundações e Secretaria
Capacidade de Atendimento			Avaliação de Desempenho por tipo de Complexidade	Repasses		
Dados de Operação				Convênios		
				Gestão de OS		

Fonte: Teresina (2014).

Pelo quadro, percebe-se quão complexo seria estruturar o trabalho das três pastas, e o que parece, é que o resultado final apresentado levou ao reconhecimento do insucesso do projeto de descentralização administrativa proposto em 2013.

Desta forma, a Fundação Municipal de Saúde voltava a ter a exclusividade da coordenação política municipal de saúde, sendo novamente a única responsável por regular, avaliar e controlar o Sistema Único de Saúde no âmbito local.

Resumo das Reformas Administrativas Associadas à Gestão da Saúde de Teresina

Dado o exposto e para melhor compreender aspectos das reformas administrativas realizadas na Fundação Municipal de Saúde, de Teresina, desde 1995 até os dias atuais, considerando a preocupação de Oliveira (2006), que defende o entendimento da evolução das Organizações, Sistemas e Métodos. Neste sentido, o autor afirma que

A estrutura organizacional deve ser delineada de acordo com os objetivos e as estratégias estabelecidos, ou seja, a estrutura organizacional é uma ferramenta básica para alcançar as situações almejadas pela empresa. Antes de definir estrutura organizacional, é necessário conceituar a função organização, pois a estrutura organizacional é o instrumento básico para a concretização do processo organizacional (OLIVEIRA, 2006, p. 63).

De princípio, pode-se pontuar que as reformas realizadas no período possuíram, muito mais, um caráter de otimização e aperfeiçoamento dos processos internos existentes do que, propriamente, de revolução ou proposição de mudanças substanciais na estrutura organizacional.

Assim, a experiência da Reforma Administrativa de 1995 se configurou prioritariamente, como a adequação a um novo modelo de saúde, ora emergente, especialmente, quanto a estruturação e alinhamento de novas coordenadorias e áreas técnicas, entre os subníveis federativos, e ainda, quanto a elaboração do estatuto e do regimento da própria Fundação Municipal de Saúde. Nas mudanças referentes ao período 2001 a 2012, verificou-se mais fortemente os efeitos dessas reformas nas práticas dos atores da Saúde, quando as Coordenações Regionais foram, minimamente, estruturadas para trabalhar na articulação dos serviços de saúde, bem como, para fortalecer o processo de valorização dos recursos humanos, a partir da escuta, planejamento e definição de demandas. Da reforma ocorrida no período 2013 - 2015, pode-se dizer que, o impacto positivo esperado não foi alcançado, e que a ampliação da estrutura burocrática em mais dois novos órgãos gestores, não trouxe a dinâmica gerencial esperada. Tal afirmação pode ser comprovada pela dinâmica adotada no ano seguinte na

reforma de 2016, que pautou a contratação de uma consultoria externa para auxiliar no processo de reorganização administrativa, materializado inicialmente no retorno da centralidade gerencial e administrativa, na Fundação Municipal de Saúde, bem como, na revalorização das coordenações regionais, enfraquecidas e desaparelhadas nos anos anteriores.

Quadro 3 – Resumo das Reformas Administrativas de Teresina

Período da Reforma	Abrangência	Modelo Estrutural	Características da Reforma
Iniciado em 1995 e terminado em 2000	Estrutura central da Fundação Municipal de Saúde	Funcional	- Adequação estrutural para alinhamento com a Política de Atenção Básica do SUS; - Reforma influenciada pela reestruturação do modelo de atenção a saúde nacional; - Desenho administrativo alinhado com a nova organização burocrática federal; - Descentralização e desconcentração burocrática em novas coordenações e áreas técnicas.
Iniciado em 2001 e terminado em 2012	Toda a estrutura da Fundação Municipal de Saúde	Linha e Assessoria	- Inovação na estrutura burocrática da FMS, com a implantação das Coordenações Regionais de Saúde; - Arrojo estrutural e reestruturação da gestão; - Utilização da gestão por competências e incentivo a maior articulação dos serviços e de pessoal.
Iniciado em 2013 e terminado em 2015	Toda a estrutura da Fundação Municipal de Saúde	Funcional	- Novo formato de concentração do comando da saúde, com criação da Fundação Hospitalar de Teresina e da Secretaria Municipal de Saúde; - Mudança estrutural incremental; - Implementação de sistemas de informação e processamento de dados dos novos órgãos; - Desarticulação das Coordenações Regionais de Saúde.
Iniciado em 2016 e permanece até os dias atuais	Toda a estrutura da Fundação Municipal de Saúde	Linha e Assessoria	- Novas mudanças na organização administrativa interna decorrentes de assessoria externa, baseadas nas dimensões: Assistencial, Operacional e Estratégica; - Reconhecimento do insucesso do modelo anterior; - Retomada da concentração do comando da saúde na FMS; - Rearticulação das Coordenações Regionais de Saúde.

Fonte: Elaboração dos autores

Como resultante desta análise destaca-se que os modelos ditos como “Linha e Assessoria” mostraram maior desconcentração burocrática que os modelos ditos “Funcional”, por apresentarem importante inspiração matricial, com possibilidade de estrutura de apoio e de apoiadores gerenciais descentralizados da burocracia central – Gerências Regionais de Saúde. Apesar do retrocesso e desestruturação impostos às Coordenarias Regionais no período de 2015, a Lei Complementar nº 5.320, de 21 de dezembro de 2018, resgatou e empoderou a figura do Chefe de Coordenadoria Regional de Saúde, com atribuições de chefiar, coordenar, supervisionar e orientar as atividades desenvolvidas nas Coordenadorias Regionais de Saúde.

CONCLUSÕES

A fragmentação e a descoordenação dos serviços de saúde têm sido um dos grandes empecilhos na estruturação das redes de saúde no Brasil. Assim, quando soma-se a isto, a falta de planejamento estratégico no cotidiano da gestão da saúde, deixando que esta se guie, prioritariamente, por análises de recursos ou financeiras, verificam-se problemas na promoção e continuidade do serviço ao longo da rede.

No caso de Teresina, as quatro reformas identificadas, apontam maior necessidade de desenvolvimento de uma cultura organizacional para superar barreiras e demandas da saúde.

A rigor, a Reforma Administrativa de 1995, representou apenas a reestruturação do modelo de atenção a saúde local, para melhor relacionamento com a nova estrutura burocrática nacional, que exigiu novos fluxos e a incorporação de um grande número de atores, decorrente da implementação de um novo modelo de Saúde no Brasil.

Em seguida, a Reforma Administrativa de 2001, buscou reorganizar e descentralizar o processo de gestão, conferindo às Coordenações Regionais de Saúde maior coordenação assistencial descentralizada, com a possibilidade de gestão de recursos humanos, materiais e físicos, entre unidades de saúde da mesma região.

Depois, a Reforma Administrativa de 2013, apresentou uma maior desconcentração do comando da saúde, por meio da criação de duas instituições gestoras: a Secretaria Municipal de Saúde e a Fundação Hospitalar de Teresina. Ocorre que, a proposta que tinha por objetivo eliminar barreiras burocráticas, além de falhar no seu intento, terminou por aumentar despesas com as novas pastas criadas.

Finalmente, a Reforma Administrativa de 2016 resultou da contratação de uma assessoria externa que, enquanto discutiu novas mudanças na organização administrativa interna tratou de outras formas de contratações e expansão da rede de saúde, discussões que permanecem até os dias atuais.

Em relação aos objetivos levantados para o artigo, ficou evidente o papel relevante do planejamento estratégico na gestão dos serviços de saúde e neste sentido, considerando a heterogeneidade de formação e a discrepância de níveis de preparo técnico dos gestores da saúde, espera-se que este estudo proporcione referencial teórico e prático, voltado para o estudo da importância do desenvolvimento de modelos de gestão, ágeis e funcionais, consonantes com as diretrizes e princípios do SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. M. Na trama urbana, personagens, experiências e imagens (Teresina, 1877-1910). In: EUGÊNIO, J. K. (Org.). **Histórias de vário feitio e circunstância**. Teresina: Instituto Dom Barreto, 2001.

BARRETO JR., I. F.; FERREIRA, M. P.; SILVA, Z. P. Pesquisa de condições de vida 2006: acesso aos serviços de saúde em áreas vulneráveis à pobreza. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 5-18, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **APSREDES**, 2011. Inovação na Gestão do SUS . Disponível em: <https://apsredes.org>. Acesso em: 21 de agosto de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos – IDB/SUS. Brasília:

Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <www.datasus.gov.br>.

BUENO, P. H. C. **As casas de pensões do polo de saúde de Teresina**: produção espacial e políticas públicas. 2008. 128 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2008.

BUENO, P. H. C.; LIMA, A. J. de. Centralidade dos serviços de saúde de Teresina (PI): constituição e dinâmica. **Revista Eletrônica Qualit@s**. Paraíba, ISSN 1677 4280, Vol.17, No 1, 2015.

CAETANO S. F., VANDERLEI L. C. M., FRIAS P. G. **Avaliação da completude dos instrumentos de investigação do óbito infantil no município de Arapiraca, Alagoas**. Caderno Saúde Coletiva, 2013.

CURY, A. **Organização e métodos**: uma visão holística. – 7. ed. rev. e ampl. – São Paulo: Atlas, 2007.

FILHO, P. P. F. **Desafiando o olhar de Medusa**: a modernização e os discursos modernizadores em Teresina, nas duas primeiras décadas do século XX. Dissertação (Dissertação em história) – UFPI. Piauí. 2008.

FILHO, F. DA S. S. (2013, fevereiro 18). **Seminário de Planejamento em Saúde** (Entrevista). Fundação Municipal de. Recuperado em 15 maio, 2019, de http://fms.teresina.pi.gov.br/noticia/602/firmino-explica-beneficios-da-reforma-administrativa-no-seminario-de-planejamento-em-saude

HELDER, R. 2006. Como fazer análise documental. Porto, Universidade de Algarve. IBGE. **Regiões de influência das cidades 2007**. Rio de Janeiro: IBGE, 2008.

JACÓ-VILELA, A. M.; ESCH, C. F.; COELHO, D. A. M.; REZENDE, M. S. **Os estudos médicos no Brasil no século XIX**: contribuições à psicologia. Memorandum, 7, 138-150, 2004. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos07/artigo09.pdf>

MAGALHÃES, M. do S. R. **Literatura Piauiense**: horizontes de leitura e crítica literária (1900-1930). Teresina: FCMC, 1998.

MARTINS, H. F.; DANTAS, V. **A modelagem matricial da estrutura organizacional**: o caso da Secretaria do Trabalho da prefeitura de São Paulo. In: CONGRESSO

INTERNACIONAL DEL CLAD, 10, 2005, Santiago. *Anais.*. Santiago: CLAD, 2005.

MAYER J. D. **The distance behavior of hospital patients:** a disaggregated analysis. *Soc Sci Med* 1983; 17:819-27.

McGUIRK M. A.; PORELL F.W. **Spatial patterns of hospital utilization:** the impact of distance and time. *Inquiry* 1984; 21:84-95.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 349 p.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata:** primeira conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Genebra, 1978.

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas, Organização e Métodos:** uma abordagem gerencial. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

ROLIM, F. S. C.; MELO, L. C. P. de. **Novo ciclo de investimentos e inovação tecnológica no Nordeste:** o setor de serviços de saúde nos Estados de Pernambuco e Piauí. Banco do Nordeste/CEPLAN – MACROTEMPO, set. 1999. Relatório Final.

RIBEIRO, M. L. S. **História da educação brasileira:** a organização escolar. 18. ed. rev. e ampl. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.

SANTANA, R. N. Monteiro de. **Piauí:** Formação – Desenvolvimento – Perspectiva. Halley, Teresina, 1995.

SATO A. P. S. **Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil?** *Revista de Saúde Pública.* 2018;52:96.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. **A saúde nos programas de governo dos candidatos a presidente da República do Brasil nas eleições de 2014:** notas preliminares para o debate. *Revista Discente do Programa de Pós-Graduação em História - UFJF*, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/facesdeclio/files/2014/09/3.Artigo-D1MarioeL%C3%ADgia.pdf>>. Acesso em: 14 mai. 2019. [[Links](#)]

STARFIELD B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

TERESINA. Secretaria Municipal de Planejamento. **Teresina 2000-2010:** diagnóstico, avanços e desafios. Teresina: PMT, 2013. Disponível em <https://semplan.pmt.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2014/09/Teresina-Diagnóstico-Set-2013.pdf>

_____. Fundação Municipal de Saúde. **Plano Diretor de Modernização e Sustentabilidade do Sistema de Municipal de Saúde - PDMS.** São Paulo: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE, 2014.

_____. Fundação Municipal de Saúde. **Plano de Municipal de Saúde**. Teresina: FMS, 2017. Disponível: <https://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/PMS-2018-2021-Versão-final.pdf>

TRAVASSOS, C., MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

TEIXEIRA, C. F. **Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde**. Caderno da 11^a. Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF, dezembro de 2000. P. 261-281.

ULIAN, F. **Sistemas de transportes terrestres de passageiros em tempos de reestruturação produtiva na região metropolitana de São Paulo**. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008

6.2 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO ECOLÓGICO DOS PERFIS DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE POPULAÇÃO RESIDENTE E NÃO RESIDENTE EM TERESINA-PI, 2008-2020 (ARTIGO 02)

CONDITIONS SENSITIVE TO PRIMARY CARE: ECOLOGICAL STUDY OF HOSPITAL ADMISSION PROFILES OF RESIDENT AND NON-RESIDENT POPULATION IN TERESINA-PI, 2008-2020.

Vinícius Alexandre da Silva Oliveira⁹

Luiz Antonio Bastos Camacho¹⁰

RESUMO

O presente estudo tem por objetivo avaliar indicadores de condições sensíveis à atenção primária, para compreender a evolução do cuidado na Atenção Básica ofertado à população da cidade de Teresina. Trata-se de um estudo ecológico de amostra aleatória de internações hospitalares, do período de 2008 a 2020, cadastrada na base local de processamento de dados. Após a organização dos dados por ano, realiza-se estatística descritiva e analítica, para identificação do perfil estudado e a análise de associação de fatores socioeconômicos e demográficos, com fatores de cobertura de cuidados, visando compreender os resultados, na população residente e não residente de Teresina. A amostra do período (n = 1.168.223) compreende 13,61% de internações por condições sensíveis (n = 159.018). Sobre dados de prevalência da população residente em Teresina, têm-se que a população de 50 ou mais anos é a que mais internou (n = 60.247); as internações de 1 a 3 dias e de 4 a 7 dias são as mais recorrentes (n = 90.990); ainda, que os custos mais verificados são das internações até o valor de R\$ 1.000,00, (n = 108.908). Sobre diferenças entre as taxas e custos de internações hospitalares, considerando dois grupos distintos: residentes e não residentes, a realização de testes paramétricos e não-paramétricos, fornece evidências de diferenças significativas entre os dois grupos, no período estudado. Quanto à regressão logística, verifica-se que apenas as variáveis número e cobertura de Equipes de Saúde da Família não são significativas na influência do desfecho 'ser ou não ICSAP', enquanto que as demais variáveis apontam evidências de contribuição no desfecho. Segundo o modelo, uma ICSAP remete a mais de duas vezes de chance de estar associada a um indivíduo residente de Teresina. Desta forma, confirma-se que questões locais necessitam ser melhor estudadas, para que haja maior compreensão da situação das internações hospitalares em Teresina-PI.

Palavras- chave: Condições Sensíveis à Atenção Primária. Atenção Básica. Internações Hospitalares.

⁹ Faculdade de Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Piauí. Rua Olavo Bilac, 2335 - Centro (Sul), Teresina - PI, 64001-280, Brasil.

¹⁰ Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro – RJ, 21041-210, Brasil.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate indicators of primary care conditions to understand the evolution of care in Primary Care to the population of the city of Teresina. This is an ecological study of a random sample of hospital admissions, from 2008 to 2020, registered in the local database for data processing. After organizing the data by year, descriptive and analytical statistics were performed to identify the profile studied and the analysis of the association of socioeconomic and demographic factors, with care coverage factors, to understand the results, in the resident and non-resident population of Teresina. The sample for the period (n = 1,168,223) comprised 13.61% of admissions for proper conditions (n = 159,018). Regarding prevalence data for the population residing in Teresina, the population aged 50 or over was the one that most hospitalized (n = 60,247); as hospitalizations from 1 to 3 days and from 4 to 7 days were the most recurrent (n = 90,990); also, that the most verified costs were hospitalizations up to the amount of R\$1,000.00, (n = 108,908). Regarding differences between rates and costs of hospital admissions, considering two distinct groups: residents and non-residents, the performance of parametric and non-parametric tests provided evidence of significant differences between the two groups during the period studied. As for the logistic regression, it was found that only the variables 'number and coverage of Family Health Equipment were not relevant in the influence of the outcome 'to be ACSC or not', while the other variables gave evidence of contribution in the same. According to the model, an ACSC refers to more than twice the chance of being associated with an individual residing in Teresina. Thus, it is confirmed that local issues are the best studied, so that there is greater understanding of the situation of hospital admissions in Teresina-PI.

Keywords: Sensitive Conditions for Primary Care. Primary Care. Hospital Admissions.

INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um brusco rompimento na estrutura tecnocrática estatal da oferta de cuidados médicos e deu início a um esperado processo de transformações institucionais racionalizadoras que visavam modificar o controle e a normatização dos serviços de saúde no país. Sobre esta realidade, artigos e documentos oficiais que tratam desse momento histórico conferem pouca ênfase às tensões provocadas pelas mudanças estruturais do novo sistema, especialmente, no âmbito dos prestadores de serviços, do complexo médico-industrial e de setores dentro de órgãos estatais de comando da saúde e previdência. Contudo, deve-se destacar que existiram opiniões e comportamentos contrários à reorganização da saúde e às consequentes alterações organizacionais, ideológicas, de fluxo e de processos, propostas naquele momento. Considerando Chioro e Scaff (2018),

Os interesses corporativos do setor privado, de grupos ameaçados com a extinção de seus órgãos (como os dos funcionários do INAMPS, SUCAM, SESP, etc.) e as divergências internas no poder executivo retardaram a regulamentação da saúde. (CHIORO ESCAFF, 2018, pag.17)

Assim, disputas pautadas na estruturação de uma perspectiva de descentralização burocrática e de reorganização dos serviços no âmbito local, assim como a necessidade de regionalização de uma rede de saúde e a consequente imprescindibilidade de maior capacitação dos diversos atores passaram a envolver todos os níveis de gestão.

Influenciando fortemente esse contexto, a Atenção dos Cuidados Primários de Saúde apresentada ao mundo, pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, durante a Conferência Mundial de Saúde, de Alma Ata, embora não tenha contado com apoio imediato de agências de desenvolvimento internacionais e do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, serviu de base para a organização da Atenção Primária a Saúde no Brasil. (GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; 2012). Contudo, um dos grandes desafios tem sido superar uma dificuldade histórica e organizar subsistemas locais que garantam acesso oportuno a cuidados de saúde de boa qualidade na atenção primária. À saber, verificam importantes alterações conceituais e flexibilizações entre as PNAB 2011 e 2017, com destaque para: mudanças da modalidade de organização - Estratégia Saúde da Família (ESF) e AB tradicional; maior protagonismo dos gestores formais, em detrimento da diminuição da participação do controle social; a possibilidade de diminuição dos ACS e mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF. Assim, dado a conjuntura de crise política e econômica do País, preocupa essa agenda neoliberal, pois abre espaço para possibilidades de desorganização da ESF, no Brasil, conforme Melo *et al.* (2018). Ademais, o Programa Previne Brasil, de 2020, que promete aumentar flexibilidade e autonomia local, ainda, conferir maior eficiência e valorização do desempenho traz consigo profundas contradições. Nos últimos anos a criação de um serviço autônomo federal para provimento médico; a realização de consultas públicas quanto a oferta de cestas básicas de serviços; a flexibilização da carga horária semanal de médicos e enfermeiros, que poderão integrar mais de uma equipe; seguida, da não fixação de quantitativo mínimo de agentes comunitários de saúde por equipe devem fragilizar a APS no Brasil, de acordo com Seta *et al.* (2020).

Para auxiliar esse processo e utilizando a lógica do conceito de mortes evitáveis desenvolvido por Billings *et al* (1993), na década de 1990, e, ainda, considerando os desafios persistentes e a necessidade de superar iniquidades em saúde, apresenta-se o Indicador de

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que tem sido utilizado como um dos indicadores indiretos de acesso à atenção de qualidade (NEDEL et al, 2010).

Assim, as ICSAP - indicador indireto da atenção primária -, compreendem dados de internações hospitalares, que podem permitir a comparação do desempenho dos mais diferentes serviços e ainda podem possibilitar a análise de eventuais efeitos de programas e políticas de saúde, configurando-se como importante ferramentas de avaliação da Atenção Primária à Saúde.

Neste sentido, conforme Mendonça et. al (2018), buscou-se associar os dados históricos das internações hospitalares locais com algumas variáveis: determinantes biológicos (idade, sexo, cor/etnia, fatores de risco e hábitos de vida, situação conjugal, suporte social); dados de renda, escolaridade, habitação, saneamento, e questões ambientais; ainda, com indicadores de acesso e utilização dos serviços, cobertura (área rural e urbana), para analisar um importante polo de saúde regional e contribuir com as discussões sobre a utilização desse indicador de avaliação da APS.

Considerando a hipótese que a garantia de acesso, cobertura e desempenho da ESF é capaz de impactar no sentido da redução de indicadores de internação hospitalar, este trabalho objetiva analisar essas internações em Teresina-Piauí, verificando a possibilidade de utilização das informações produzidas como indicador indireto de qualidade da Atenção Primária, a partir dos dados do período compreendido entre 2008 e 2020.

Atenção Primária em Saúde

Não obstante as vantagens advindas do progresso científico da humanidade, os conhecimentos da área da saúde evoluíram, para uma compreensão mais ampliada que, à medida que valorizam a imprescindibilidade da incorporação de novas tecnologias, como novos medicamentos, produtos e procedimentos, passou a considerar fatores sociais, éticos e econômicos como importantes determinantes da saúde.

É nessa lógica que Starfield (2002) define o papel de eixo organizador da saúde da Atenção Primária Portanto, que deve aliar acesso e garantir longitudinalidade:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território processo) bem delimitadas, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. (STARFIELD, 2002, p. 28).

No Brasil, é com o advento do SUS que se consegue avançar na perspectiva almejada de uma saúde integral e para todos. Para Viana e Dal Póz (1998), a lógica presente na política nacional de saúde começa a ser centrada na intervenção junto à família e à comunidade, para além de ações sobre doenças e processos instalados, passando a fortalecer estratégias de promoção da saúde, de prevenção e de reorganização da demanda aos serviços.

Neste sentido, o Brasil fez a adoção da atenção primária como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005; GÉRVAS; PEREZ FERNANDEZ, 2005) e, desse modo, o desafio apontou na direção da organização administrativa, que deveria passar, necessariamente, pela qualificação da gestão, pelo reordenamento financeiro e pela reestruturação dos serviços, tudo orientado por um planejamento ascendente e participativo.

Assim, dado o exposto, cabe fazer dois importantes destaques nessa revisão: Avaliação da Atenção Básica e as Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Sobre avaliação da Atenção Básica entende-se como perspectiva inovadora da Estratégia de Saúde da Família de atenção, baseada em princípios como acolhimento, integralidade e humanização, e que passa a valorizar o cuidado dos indivíduos, das famílias e da comunidade, enquanto centra a lógica do cuidado no usuário, faz surgir a necessidade de avaliar níveis de satisfação e de prestação de serviços. Neste sentido, um dos desafios da atualidade é definir instrumentos e novos modelos de avaliação que possam produzir respostas, que garantam melhorias e qualidade na área da saúde.

Para Donabedian (1990), a qualidade em saúde está diretamente associada a sete pilares, ou seja, sete atributos de saúde pública que podem definir ou não qualidade: a eficácia; a efetividade; a eficiência; a otimização; a aceitabilidade; a legitimidade e a equidade.

Para Contandriopoulos et al. (1997), avaliação em saúde está ligado a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde.

Em uma perspectiva mais moderna, (PIRES, 2005) defende métodos avaliativos em saúde que considerem os sujeitos e a dinâmica da realidade como fatores inerentes ao cenário/foco da verificação, mesmo ciente de uma forte influência de características hegemônicas como caráter estrutural, funcionalista, positivista e autoritário da pesquisa em geral.

Assim, devido à crescente expansão e ao caráter organizador da Estratégia de Saúde da Família no país, uma série de medidas de avaliação da qualidade dos seus atributos tem sido desencadeada ao longo dos anos.

No ano de 2005, o Questionário de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) objetivou disponibilizar ferramentas de auto-avaliação e gestão da qualidade da ESF, para o planejamento e gestão. Depois, no ano de 2010, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) possibilitou identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços, para verificar a incorporação de atributos essenciais e derivados de atenção primária à saúde nos serviços de saúde nacionais. (HARZHEIM et al., 2006)

Em 2012, a Auto-avaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) foram lançados como os mais recentes instrumentos de avaliação para tomada consciente de decisões, que, mesmo apresentando a possibilidade de ocorrência de avaliações tendenciosas, segundo (FAUSTO et. al., 2013 apud PINTO, 2014), serviram para incitar os mais diversos atores envolvidos nesse nível de atenção a buscarem constantemente aperfeiçoar os serviços.

Entretanto, na década de 1980, a partir dos estudos de Billings *et al.* (1993), elencou-se uma série de Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (CSAP), caracterizadas como agravos à saúde que poderiam ser mais bem enfrentados a partir da oferta de uma Atenção Básica eficaz.

Diversos estudos internacionais, como os de Gill J.M., Mainous A.G., 1998; Caminal J., Sánchez E., Morales M., Peiró R., Márquez S., 2002; Mobley L.R., Root E., Anselin L., Lozano-Gracia N., Koschinsky J., 2006; Rizza P., Bianco A., Pavia M., Angelillo I.F., 2011; Guanais F., Gómez-Suárez R., Pinzón, 2012; Arrieta A., 2012; Gómez-Suárez R.; Abrego G., Garza B., Sánchez T., Rojas J., 2012; corroboram o pensamento de que o fortalecimento das ações no âmbito da atenção primária, oferecendo assistência resolutiva no primeiro nível de cuidado, tem sido muito eficaz para evitar hospitalizações por doenças evitáveis.

Assim, em meio às estratégias de planejamento, a busca por análises referentes às CSAP tem se consolidado em todo o mundo, instituindo-se como importante indicador de saúde.

Sobre as condições sensíveis à Atenção Primária, após quase trinta anos do Sistema Único de Saúde, compreende-se que uma maior resolutividade no âmbito da Atenção Primária à Saúde leva, conseqüentemente, a uma diminuição da demanda por serviços de saúde nos níveis de maior complexidade.

Assim, foi criada a expectativa que, a partir de uma boa atuação da Estratégia Saúde da Família (ESF), seja verificada uma queda em relação aos indicadores associados às consultas

dos serviços de emergência e às internações e até mesmo uma redução do número de procedimentos cirúrgicos.

Acredita-se que características individuais dos pacientes, a criação do vínculo com usuário e a variabilidade e incorporação de novas práticas clínicas representam variáveis que podem interferir diretamente na qualidade de vida da população, em especial, quanto aos indicadores associados às internações evitáveis, conhecidas como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde (ICSAP).

De um recurso idealizado para identificar os indivíduos norte-americanos sem acesso à atenção ambulatorial e para calcular o impacto financeiro dessa condição até se tornar um conceito utilizado em países latino-americanos e europeus, os estudos das CSAP passaram por adaptações para que pudessem configurá-las como indicadores indiretos de efetividade do nível primário de assistência à saúde (DOURADO; BERENICE, 2008; NEDEL et al., 2008; CAMINAL HOMAR; CASSANOVA, 2003; ALFRADIQUE et al., 2009). De acordo com esses últimos autores:

“[...] para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados.” (ALFRADIQUE *et al.*, 2009, p. 1338, 2009)

Por considerar que eventos adversos preveníveis, frutos de falhas assistenciais, podem resultar em infecções hospitalares, uso de medicamentos mais complexos e até procedimentos cirúrgicos evitáveis, é que se acredita que as CSAP devam receber monitoramento constante, à maneira de *tracers*. Considerando Kessner, Kalk e Singer (1973), apud Vieira-da-Silva (2014), “traçadores” são condições ou agravos cuja avaliação deve ser capaz de informar sobre demais agravos e devem possuir os seguintes critérios: existência de impacto funcional significativo; diagnóstico fácil; prevalência alta; impacto do cuidado substancial; existência de consenso acerca da atenção médica; e epidemiologia conhecida.

No Brasil, a lista nacional de internações por ICSAP é formada por 19 causas de hospitalização e diagnósticos, segundo a décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10). (ALFRADIQUE, 2009)

Sobre a utilidade deste indicador, (BRASIL, 2008) defende que, tal qual ocorre em outros países, estudos devem considerar as CSAP para avaliar o acesso, a cobertura, a qualidade e o desempenho da Atenção Primária em território nacional.

Parece, então, que, para uma melhor compreensão das potencialidades do uso das CSAP como indicadores de saúde no Brasil, necessita-se de um aprofundamento nos estudos e no desenvolvimento de mecanismos de análise e busca de explicações para essas interações.

Dada a complexidade das questões expostas, analisaram-se, neste estudo, aspectos associados às ICSAP, de residentes e não residentes, por meio da correlação de dados das internações hospitalares e de cobertura da Atenção Primária em Teresina-PI, para verificar a efetividade da atenção primária na redução da frequência dessas internações.

METODOLOGIA

O presente estudo apresenta dois componentes de pesquisa quantitativa observacional, um do tipo ecológico, de série temporal, para a análise dos dados agregados, e outro componente seccional, para a análise dos dados individuais da amostra. Ambos têm o objetivo de avaliar indicadores de condições sensíveis à atenção primária para compreender a evolução do cuidado da Atenção Básica.

A amostra da pesquisa foi composta por registros de internações processadas pelos SUS, de residentes e não residentes de Teresina, no período de 2008 a 2020. Destaca-se, ainda, que as análises desenvolvidas consideraram dois grupos: Internações Gerais, que compreende todas as internações hospitalares do período do estudo, e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que se referem ao total das condições presentes na lista brasileira de Condições Sensíveis da Atenção Primária (anexo). Destaca-se, contudo, que, para a modelagem, foi derivada uma variável de desfecho com duas categorias: ICSAP e demais problemas de saúde (não ICSAP).

As variáveis estudadas foram:

Variáveis explicativas

- Sociodemográficas: idade, sexo, etnia, naturalidade, local de residência;
- Clínicas: causa da hospitalização, Diagnóstico (CID), tempo de internação, procedimentos realizados, custo da internação;
- Cobertura: cobertura populacional, cobertura da ESF, número da ESF.

Variável desfecho

- ICSAP

Os dados foram coletados junto ao núcleo de processamento de dados da Fundação Municipal de Saúde e foram registrados em planilha eletrônica, para análise com o programa R version 4.0.0, utilizando os pacotes “readxl”, “dplyr”, “tidyverse”, “nortest” e “parglm”.

Foram realizados testes de hipóteses visando detectar diferenças significativas para taxas e custos de internações em relação aos indivíduos residentes e não residentes de Teresina, para distinguir esses dois grupos de indivíduos que, por residirem em diferentes locais, recebem distintos cuidados de Atenção Primária. Para tanto, utilizaram-se os testes t, de Mann-Whitney e de Wilcoxon, todos com um nível de significância de 5%.

As variáveis categóricas foram apresentadas em seu formato de frequência, com números absolutos e percentuais. A verificação da relação entre o desfecho com as variáveis Sociodemográficas, Clínicas e de Cobertura foi feita com aplicação do teste de qui-quadrado, que se mostrou significativo para as variáveis inseridas no modelo de regressão.

Destaca-se que a área sob a curva (AUC) foi maior que 0,5, indicando um bom ajuste do modelo, fato consolidado pelo teste de Wald, que foi significativo em um nível de significância de 5 % (valor-p < 0,0001). Nesse sentido, esses indicadores permitem confiar na inferência das estimativas do modelo.

Ademais, o modelo de regressão logística foi ajustado para a variável desfecho, em comparação às variáveis Sociodemográficas dos indivíduos internados, para as variáveis Clínicas do banco de dados da FMS, além das variáveis de Cobertura, para investigar possíveis influências no desfecho.

Quanto ao resultado, para o presente estudo, dividiram-se três categorias: a) Análise descritiva de variáveis demográficas e econômicas; b) Análise descritiva da cobertura da atenção básica; c) Regressão Logística.

Por fim, para melhor compreender o panorama que envolve as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, na cidade de Teresina, propõe-se a divisão dos custos associados a essas internações em três faixas, definidas a partir do custo médio das internações no Brasil – R\$ 3.606,09, conforme Oliveira (2021), as quais ficaram compreendidas como segue: gastos até R\$ 1.000,00; gastos entre R\$ 1.000,00 e R\$ 5.000,00; e gastos acima de R\$ 5.000,00. Ainda, sobre o período de permanência dessas internações, propôs-se a divisão dos períodos em quatro faixas, assim compreendidas: períodos de internações, entre 01 e 03 dias; períodos de internações, entre 04 e 07 dias; períodos de internações, entre 08 e 15 dias; e, períodos de internações, de 16 ou mais dias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Análise descritiva de variáveis demográficas e econômicas

Na cidade de Teresina, entre 2008 e 2020, foram realizadas 1.168.223 internações hospitalares, segundo dados do núcleo de processamento de dados da Fundação Municipal de Saúde. Desse total, 13,61% correspondem ao ICSAP, sendo 79.799 internações de usuários do sexo masculino e 79.219 internações de usuárias do sexo feminino, compreendendo 159.018 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária internações (Tabela 1).

Na Tabela 1, estão apresentados a quantidade e o respectivo percentual dos diagnósticos das condições sensíveis à atenção primária presentes no banco de dados estudado e que compõem a lista brasileira de CSAP.

As internações por condições sensíveis à atenção primária mais frequentes foram as Pneumonias bacterianas (20,49%), seguidas pelas Gastroenterites infecciosas e complicações (13,68%), Doenças Cerebrovasculares (10,45%), Insuficiência Cardíaca (10,33%), Diabetes melitus (6,81%), Infecção no Rim e Trato Urinário (6,76%), Angina (4,32%), Úlcera gastrointestinal (4,16%), Asma (4,05%). Os nove diagnósticos restantes corresponderam a menos de 20% das internações por condições sensíveis à atenção primária. Em contrapartida, observa-se que os quatro diagnósticos mais frequentes (Pneumonias bacterianas, Gastroenterites Infecciosas e complicações, Doenças Cerebrovasculares e Insuficiência Cardíaca) representam 54,95% do total das internações por condições sensíveis à atenção primária, no período.

Tabela 1 – Número e porcentagem de internações por condições sensíveis à atenção primária pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), Teresina-PI, Brasil, 2008-2020.

Grupos de Diagnósticos	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	Porcentagem em relação ao total de internações por condições sensíveis à atenção primária (%)
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	1.839	1,16
Gastroenterites Infecciosas e complicações	21.759	13,68
Anemia	1.342	0,84
Deficiências nutricionais	1.380	0,87
Infecções de ouvido, nariz e garganta	829	0,52
Pneumonias bacterianas	32.575	20,49
Asma	6.447	4,05
Doenças pulmonares	5.297	3,33
Hipertensão	4.992	3,14
Angina	6.863	4,32
Insuficiência Cardíaca	16.421	10,33
Doenças Cerebrovasculares	16.614	10,45
Diabetes melitus	10.829	6,81

Epilepsias	2.341	1,47
Infecção no Rim e Trato Urinário	10.743	6,76
Infecção da pele e tecido subcutâneo	4.872	3,06
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	1.350	0,85
Úlcera gastrointestinal	6.607	4,16
Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	5.901	3,71

Fonte: TERESINA, 2021

Adiante, ao observarem-se as internações por condições sensíveis (Tabela 2), verificou-se a seguinte distribuição por sexo: entre os residentes de Teresina, percebeu-se ligeira maioria de usuárias do sexo feminino, em relação aos usuários do sexo masculino; enquanto que se verificou maioria de usuários do sexo masculino, em relação a usuárias do sexo feminino, entre os indivíduos não residentes em Teresina. Sobre os números gerais de internações, verificou-se sempre a predominância de mulheres.

Quanto à distribuição do público internado por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária, percebe-se clara maioria dos indivíduos com mais de 50 anos, que inclui 51,6% dos usuários do grupo residentes em Teresina e 58,3% dos usuários do grupo não residentes em Teresina. Já a menor ocupação de leitos ocorreu na faixa etária entre 5 e 9 anos, na qual verificou-se a internação de 4,4% de usuários residentes em Teresina e 2,9% de usuários não residentes em Teresina.

Tabela 2 – Características descritivas da população internada em hospitais, Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020.

Variável	Geral				ICSAP			
	Residente		Não residente		Residente		Não residente	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
M	270.648	39,87	234.248	47,86	56.426	48,40	23.373	55,09
F	408.126	60,13	255.201	52,14	60.166	51,60	19.053	44,91
Faixa etária								
0 – 4	54.392	08,01	42.473	08,67	19.625	16,83	5.684	13,39
5 – 9	20.624	03,03	18.332	03,74	5.223	04,47	1.242	02,92
10 – 19	63.566	09,36	53.974	11,02	5.922	05,07	1.963	04,62
20 – 49	335.342	49,40	218.722	44,68	25.575	21,93	8.793	20,72
50+	204.850	30,17	155.948	31,86	60.247	51,67	24.744	58,32
Etnia								
Amarelo	8.269	01,22	4.702	00,96	2.490	02,14	951	02,24
Branco	7.358	01,08	5.946	01,21	1.495	01,28	674	01,59
Indígena	53	00,01	65	00,01	26	00,02	25	00,06
Pardo	284.711	41,94	229.579	46,91	43.932	37,68	15.737	37,09
Preto	8.184	01,21	7.037	01,44	1.628	01,40	515	01,21
Não Informado	370.199	54,54	242.120	49,47	67.021	57,48	24.524	57,80
Custo (reais)								
0 – 1000	556.540	82,99	331.282	68,89	108.908	93,75	33.408	79,70
1001 – 5000	95.583	14,25	121.213	25,21	5.135	04,42	5.855	13,97
5001+	18.484	02,76	28.359	05,90	2.123	01,83	2.656	06,34
Período de permanência (dias)								
1 – 3	400.339	58,98	240.286	49,09	47.209	40,49	15.026	35,42
4 – 7	154.831	22,81	116.859	23,88	43.781	37,55	13.523	31,87
8 – 15	75.438	11,11	72.830	14,88	19.564	16,78	8.963	21,13
16+	48.166	07,10	59.474	12,15	6.038	05,18	4.914	11,58

Fonte: TERESINA, 2021

Sobre os demais indivíduos e ainda considerando as ICAPS, tem-se a faixa etária entre 0 e 4 anos, com 16,8% dos usuários residentes em Teresina e 13,3% dos não residentes em Teresina e, ainda, 5,0% de usuários residentes em Teresina e 4,6% de usuários não residentes em Teresina, na faixa etária de 10 a 19 anos; finalmente, 21,9% de usuários residentes em Teresina e 20,7% de usuários não residentes, na faixa etária de 20 a 49 anos.

Sobre Etnia e ICSAP, percebe-se maior ocorrência de registros entre o grupo que se autodenomina 'Pardo', correspondendo a 37,6% dos usuários residentes em Teresina e a 37% dos usuários não residentes em Teresina. Contudo, causa muita preocupação a baixa ocupação por usuários de outras etnias, bem como o elevado número de 'Não Informados', a saber: 57,4% dos registros de ICSAP, entre usuários residentes em Teresina e 57,8% dos registros de ICSAP, entre usuários não residentes em Teresina, não apresentam informação de etnia.

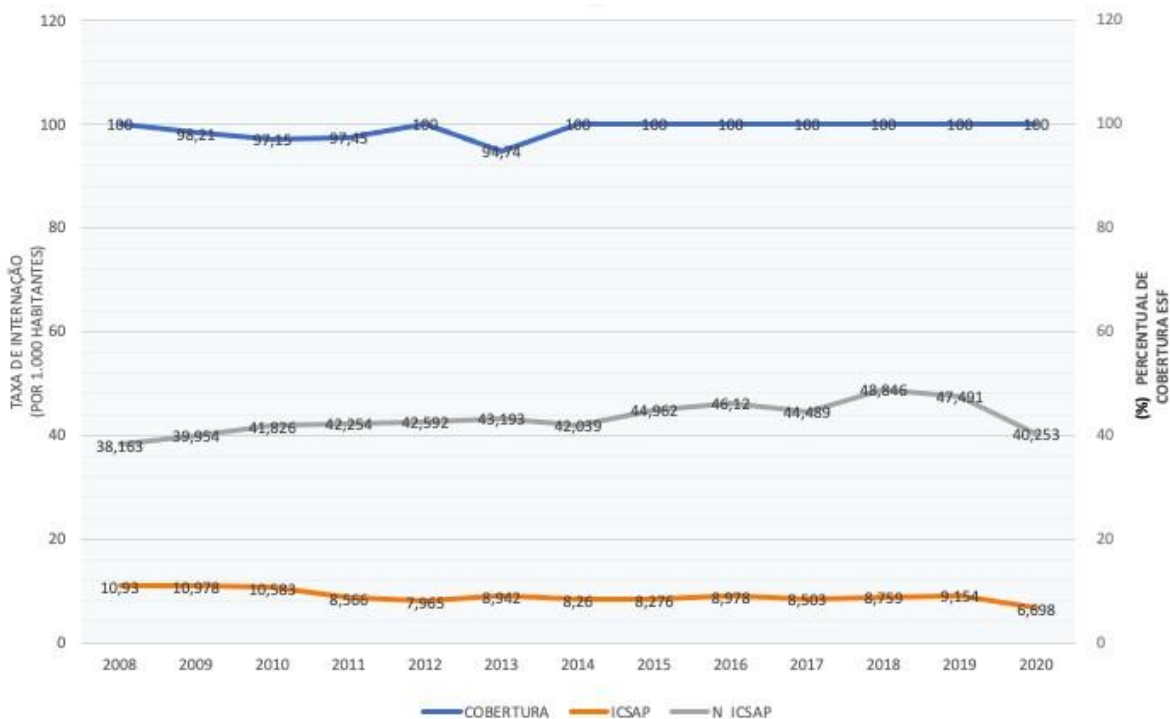
Sobre os custos com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, obteve-se o seguinte resultado: 142.316 (90%) de internações até R\$ 1.000,00; 10.990 (6,95%) de internações entre R\$ 1.000,00 e R\$ 5.000,00; e 4.779 (3,02%) de internações acima de R\$ 5.000,00.

Por fim, sobre o período de permanência dessas internações, o resultado encontrado foi de 62.235 (39,19%) internações, entre 01 e 03 dias; 57.304 (36,03%) internações, entre 04 e 07 dias; 28.527 (17,93%) internações, entre 08 e 15 dias; e 10.952 (6,88%) internações, de 16 ou mais dias.

Análise descritiva da cobertura da atenção básica

Nesta categoria apresenta-se gráfico que resgata a cobertura da atenção básica, no período, a partir do DATASUS, banco de dados do Ministério da Saúde e relaciona-se com as taxas de internação por 1.000 habitantes, de dois grupos de internações hospitalares: as ICSAP e as não ICSAP (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Percentual de cobertura ESF, taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), taxa de internações por outras condições e cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), entre residentes de Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020.



Fonte: TERESINA, 2021

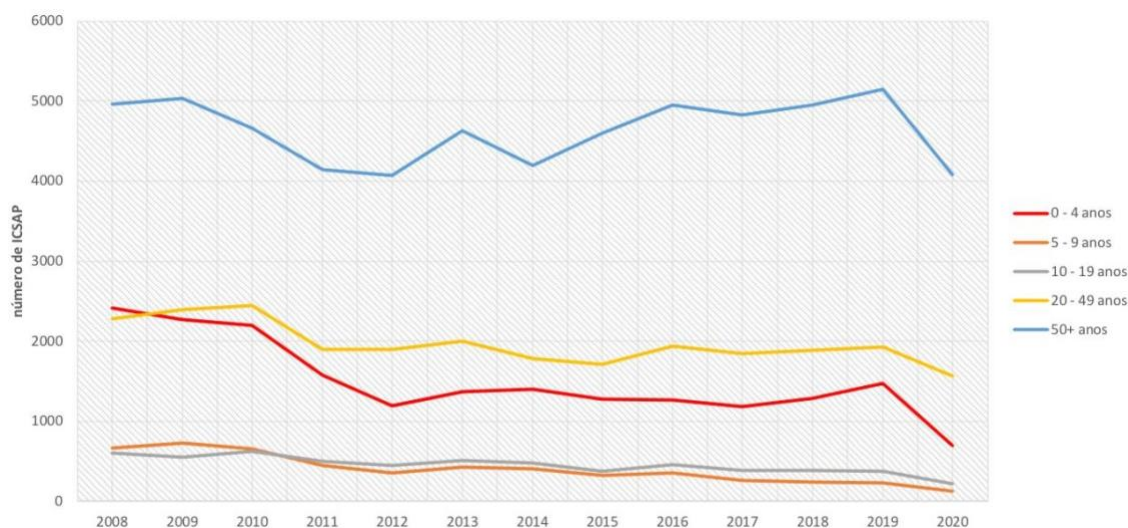
Sobre o Gráfico 1, causa surpresa verificar um crescimento constante das taxas de internações hospitalares não ICSAP, entre os anos 2008 e 2013, quando, no mesmo período, o nível de cobertura da Estratégia da Família, ainda que minimamente, apresentou oscilação; da mesma forma, não se consegue explicar a diminuição da taxa de ICSAP, entre os anos 2009 e 2012, considerando a mesma variação da cobertura da atenção básica. Contudo, deve-se considerar que outras causas necessitam ser analisadas, a saber, as taxas de internações dos períodos citados poderiam ter sido afetadas, não pela cobertura de cuidados, como ficou evidenciado, mas por eventuais variações na disponibilidade de leitos hospitalares ou do tempo médio de permanência, por exemplo.

Verifica-se, ainda, que, após o ano de 2011, mesmo tendo havido uma manutenção quase que constante de 100% de cobertura da atenção básica, percebe-se nos nove anos seguintes, uma tendência suave de crescimento da taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, em Teresina-PI, informação que deveria deixar em alerta os gestores locais da saúde.

Considerando recortes de faixa etária, verifica-se que a curva que representa o número de ICSAP na cidade de Teresina, no período de 2008 a 2020, à exceção da faixa etária de 50 ou

mais anos, apresenta tendência de queda até o ano de 2017. No entanto, na faixa etária acima de 50 anos, pode-se verificar que, além de mais irregular que as demais, essa curva mostra uma tendência de crescimento anterior, no ano de 2014 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Série temporal do número de internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo faixa etária, Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020.



Fonte: TERESINA, 2021

Sobre os gráficos, à exceção da faixa etária entre 5-9 anos, merece destaque o fato de verificar-se uma certa tendência de elevação de casos, entre os anos 2017 e 2019, tendência quebrada no ano de 2020. Sobre essa questão, apesar de todas as particularidades associadas à pandemia do novo coronavírus, disseminada naquele ano, importa destacar que se optou pela permanência desses dados, para que fosse possível analisar eventuais variações nesse ano atípico, a fim de fomentar a possibilidade de estudos futuros.

Continuando a tratar sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária, três padrões puderam ser identificados: i. envolvendo a faixa etária de 50 ou mais anos, ii. as faixas etárias de 0 a 4 anos e 20 a 49 anos e iii. as faixas etárias de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos. Esses padrões registraram que, em Teresina, no período de estudo, os números de internações não estão associados ao aumento da idade, como sugerem outros estudos, mas um maior número de internações foi associado à faixa etária de 50 ou mais anos, seguido das faixas etárias de 0 a 4 anos e 20 a 49 anos e, em seguida, as faixas etárias de 5 a 9 anos e 10 a 19 anos. Assim, duas questões importantes chamam atenção: a quantidade crescente de internações entre os indivíduos mais velhos, portanto, mais vulneráveis; e o relevante número de internações entre um contínuo de faixas etárias, que avança dos 5 aos 19 anos, importante recorte, que envolve a

linha de cuidado da Estratégia de Saúde da Família – da criança e do adolescente, além do que compreende a quase totalidade do público de idade escolar.

Pela Tabela 3 demonstram-se dados de custo e quantidade de internações gerais por sexo, em população geral, residentes e não residentes. A análise por sexo apontou que, no acumulado do período, o maior volume de gastos deu-se com o sexo feminino, na faixa até R\$ 1.000,00 - 46,64% das internações; enquanto o sexo masculino respondeu por 30,47% destas. Ainda analisando as faixas de custos de internações e diferenciando a população como residente e não residente, percebe-se diferença relevante da quantidade de internações, entre as internações de menor custo, quando comparado mulheres residentes, com homens residentes, 52,59% e 30,40%, respectivamente; contra quantidades de internações não tão díspares, quando feita a mesma comparação por sexo, entre a população não residente, 38,34% e 30,55%, respectivamente. Considerando os dois sexos, as internações de menor custo são mais frequentes em residentes (82,99%), do que em não residentes (68,89%).

Tabela 3 – Custo e quantidade de internações gerais por sexo, em população geral, residentes e não residentes de Teresina -PI, 2008-2020.

Custo (R\$)	Situação	Sexo			
		F	%	M	%
0 – 1000	Geral	537009	46,64	350813	30,47
1000 - 5000		96889	8,41	119907	10,41
5000+		21202	1,84	25641	2,23
0 – 1000	Residente	352646	52,59	203894	30,40
1000 - 5000		43044	6,42	52539	7,83
5000+		8402	1,25	10082	1,50
0 – 1000	Não residente	184363	38,34	146919	30,55
1000 - 5000		53845	11,20	67368	14,01
5000+		12800	2,66	15559	3,24

Fonte: TERESINA, 2021

Na Tabela 4 estão apresentados os gastos e percentuais de gastos com internações por CSAP, ao longo de quatro triênios. Observa-se que os gastos com ICSAP apresentaram elevação de 82,58% no período. Do total das internações do primeiro triênio 16,24% foram ICSAP, seguido de 20,70% no segundo triênio, 26,53% no terceiro triênio e 29,64% no triênio final.

Tabela 4 – Análise dos gastos (R\$) com Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAP), por quadriênio, 2008-2019, Teresina-PI.

Variável	Triênio				Variação*
	2008 – 2010	2011 – 2013	2014 – 2016	2017 – 2019	
Gastos com ICSAP	215.690.003,00	274.956.411,00	352.486.822,00	393.805.845,00	82,58
(%) de Gastos com ICSAP	16,24%	20,70%	26,53%	29,64%	

Fonte: TERESINA, 2021

* Variação do valor entre o 4º e o 1º triênio.

Considerando dados das internações ICSAP de residentes e não residentes, é possível verificar (Tabela 5) menor número de internações proporcionais por ICSAP entre indivíduos não residentes, quando comparados com os residentes, exceto, na faixa etária de 50 ou mais anos.

Ainda, sobre custos de internações ICSAP (Tabela 5), comparação feita entre as médias por faixa etária apontaram que, entre os não residentes, verificou-se praticamente o dobro do custo das internações em relação aos grupos dos residentes de Teresina. A mesma comparação foi feita para as quantidades de internações, quando se verificou que as internações ICSAP de residentes são em média 3,2 vezes superior à dos não residentes.

Tabela 5 – Custo médio e quantidade de internações por faixa etária, entre residentes e não residentes de Teresina-PI, 2008-2020.

Situação	Faixa etária	Residente	Custo médio (R\$)	Comparação (Custo)	Quantidade (N)	Comparação (Quantidade)
Geral	0 – 4	Sim	1.117,01	-	54.392	1,28
	5 – 9		653,94	-	20.624	1,13
	10 – 19		701,66	-	63.566	1,18
	20 – 49		791,20	-	335.342	1,53
	50+		1.255,48	-	204.850	1,31
	0 – 4	Não	2.301,56	2,06	42.473	-
	5 – 9		1.095,85	1,68	18.332	-
	10 – 19		976,98	1,39	53.974	-
	20 – 49		1.152,62	1,46	218.722	-
	50+		1.834,36	1,46	155.948	-
ICSAP	0 – 4	Sim	482,37	-	19.625	3,45
	5 – 9		449,48	-	5.223	4,21
	10 – 19		431,45	-	5.922	3,02
	20 – 49		567,87	-	25.575	2,91

50+		846,10	-	60.247	2,43
0 – 4	Não	1.046,55	2,17	5.684	-
5 – 9		845,57	1,88	1.242	-
10 – 19		950,57	2,20	1.963	-
20 – 49		1.150,69	2,03	8.793	-
50+		1.528,02	1,81	24.744	-

Fonte: TERESINA, 2021

* Comparação de internação de indivíduos residente e não residentes de Teresina.

A seguir, o modelo de regressão logística estimou os parâmetros que relacionam a variável resposta (desfecho) às variáveis explicativas e independentes (Sociodemográficas, Clínicas e Cobertura). Assim, as estimativas deram suporte para investigar o que influenciou para que os indivíduos pertençam ou não ao grupo ICSAP.

Observou-se que, quanto ao sexo, indivíduos do sexo masculino tiveram 13% mais chances de estarem internados, compondo o grupo ICSAP, em relação a indivíduos do sexo feminino; quanto à faixa etária, todos os indivíduos com mais de 5 anos de idade, têm menos chances de pertencer ao grupo das ICSAP, contudo, o grupo de 50 ou mais anos apresentou o pior desempenho, com apenas 6% menos chances de não pertencer a esse grupo; quanto à variável raça/cor, considerando que lidamos com um *missing* de 54,54% (n = 370.199), a despeito da sua reconhecida importância, optou-se por suprimi-la, considerando que uma fração importante da amostra pode ter sido desconsiderada por não ter dado para essa variável.

Sobre a importância da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, este trabalho baseou-se nos cálculos do Ministério da Saúde, que consideram o parâmetro de 3.450 indivíduos cobertos por equipe, para verificar o percentual de cobertura de uma dada população. Contudo, considerando os elevados níveis de coberturas apresentados em Teresina, verificou-se não haver variação necessária para que o modelo detectasse algum efeito, ou seja, a cobertura não foi uma variável (Tabela 6).

Sobre o custo das internações, aquelas com valores entre R\$ 1.001,00 e R\$ 5.000,00; bem como aquelas, com valores acima de R\$ 5.000,00, tiveram menores chances de pertencer ao grupo ICSAP.

Ainda, quanto aos períodos de permanência, aqueles com duração de 4-7 dias (OR: 2,47), os com duração entre 8-15 dias (OR: 2,43) e aqueles com 16 ou mais dias (OR: 1,95), mostraram, em regra, mais de duas vezes chances de pertencer ao grupo dos indivíduos internados com CSAP.

Por fim, a descoberta mais significativa está no fato de, caso o indivíduo seja residente de Teresina, a sua chance de pertencer ao grupo das ICSAP é 2,25 maior, em relação a indivíduos não residentes em Teresina.

Tabela 6 – Regressão logística ajustada para a variável desfecho em comparação a variáveis de perfil de indivíduos, para internações hospitalares, em Teresina-PI, Brasil, 2008 a 2020.

Variável	OR	Estimativa	IC 95%	Valor-P	
(Intercept)	0,16	-1,8475	0,15	0,16	< 2 e-16
Sexo Masculino	1,13	0,1245	1,12	1,15	< 2 e-16
Faixa Etária 5 – 9	0,55	-0,6044	0,53	0,56	< 2 e-16
Faixa Etária 10 – 19	0,21	-1,5553	0,21	0,22	< 2 e-16
Faixa Etária 20 – 49	0,19	-1,6376	0,19	0,20	< 2 e-16
Faixa Etária 50+	0,94	-0,0625	0,92	0,96	1,33 E-12
População Residente em Teresina	2,25	0,8121	2,22	2,28	< 2 e-16
Internações c/ custo R\$ 1.001,00 – R\$ 5.000,00	0,20	-1,5859	0,20	0,21	< 2 e-16
Internações c/ custo R\$ 5.001,00 +	0,34	-1,0927	0,32	0,35	< 2 e-16
Período Permanência 4 – 7 dias	2,47	0,9059	2,44	2,51	< 2 e-16
Período Permanência 8 – 15 dias	2,43	0,8876	2,39	2,47	< 2 e-16
Período Permanência 16+ dias	1,95	0,6696	1,91	2,00	< 2 e-16

Fonte: TERESINA, 2021

CONCLUSÕES

Diversos trabalhos apresentam as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) como importante indicador de avaliação de acesso e qualidade da Atenção Primária, por meio da análise de dados indiretos hospitalares, conforme Rehem, Oliveira, Ciosak, Egry (2013) e Pazó, Frauches, Molina, Cade (2014). Entretanto, não se trata de questão pacificada, pois existem autores que contestam sua utilização geral, por considerarem que o peso desse indicador só seria significativo, caso se tratasse de populações vulneráveis, do ponto de vista socioeconômico (PAZÓ, FRAUCHES, MOLINA, CADE, 2014).

Outros questionamentos advêm de limites associados à coleta dos dados e, portanto, considerados como entraves à utilização dos dados coletados:

- A falta de contabilização em dados públicos, de internações ocorridas em serviços de saúde privados e não pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS);
- Falhas associadas a preenchimentos incorretos de prontuários e fichas de internações;
- Ocorrência de internações sucessivas de um mesmo paciente;

- Falta de contabilização nas bases de dados de internações hospitalares, de internações de curta duração, ocorridas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), que não gerem emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);
- Dificuldade na atualização de bancos de dados públicos.

Este estudo analisou o perfil da população internada, bem como relacionou variáveis para conhecer o panorama das ICSAP, em Teresina-PI, entre os anos de 2008 e 2020.

Destaca-se que, dentre todos os usuários internados nesse período, a maioria diz respeito a uma população feminina e, ainda, sobre o total dessas internações, quase metade está na faixa etária de 20 a 49 anos. Contudo, quando se trata das ICSAP, verificou-se maior quantidade de mulheres internadas, entre residentes, ao passo que houve maior quantidade de homens internados, entre não residentes de Teresina. Sobre a faixa etária mais recorrente, encontrou-se a de 50 anos ou mais. Assim, considerando os referidos achados sobre sexo e idade, mesmo estando ciente de que outros fatores determinantes e explicativos são plausíveis, fica o alerta para que as mulheres, historicamente sobrecarregadas com tantas funções na nossa sociedade, devam merecer maior reforço de cuidados, no âmbito da Atenção Básica. Da mesma forma, quando se consideram as internações gerais, os adultos em idade produtiva, por todos os prejuízos socioeconômicos que podem ser ocasionados, decorrentes dessas internações, tanto de ordem individual como familiar, merecem ações específicas. Destaca-se, ainda, no mesmo caso, o elevado número de internações de indivíduos idosos, devido a estado e condições de saúde mais vulneráveis. Considerando Silveira et al. (2013), a população idosa, masculina e feminina, tende a ter internações oito vezes e 2,5 vezes mais complexas, em relação à faixa etária de adultos.

Sobre as informações quanto à etnia, causa espanto perceber a sua pouca valorização no ato de preenchimento, pois, tanto entre os dados das internações gerais, quanto entre os dados de ICSAP, verificou-se baixa qualidade no preenchimento desse item. Assim, considera-se esse dado comprometido pela razão mencionada e, por isso, optou-se por sua supressão na modelagem. Contudo, deixa-se aqui um alerta para a necessidade de melhor preenchimento desses campos, dada a importância da utilização dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), nos processos de planejamento da saúde. Dora e Lima (2005), por exemplo, estimaram 50,0% maior chance de hipertensão arterial entre pretos, negros ou pardos, com experiência de discriminação racial, quando comparados com mesmo grupo sem esse tipo de experiência, daí a valorização da importância do correto preenchimento desses dados nos distintos SIS. A realização de estudo de relações dessas variáveis parece ser o caminho ser seguido.

Ainda sobre o perfil dos usuários internados, destacaram-se relevantes constatações: primeiro, verificou-se entre o total das internações, bem como entre as ICSAP, maior quantidade de internações com até três dias de duração e com maior média de gastos na faixa de zero até um mil reais, ou seja, esses dados revelaram um predomínio de menores tempos de permanência hospitalar e de internações com menores custos associados, apontando, conforme Alfradique (2009), bom desempenho da atenção ambulatorial, visto que essa, quando bem realizada, pode influenciar na quantidade de complicações agudas da doença, nas readmissões e no tempo de permanência no hospital e, conseqüentemente, na redução de gastos com procedimentos hospitalares mais complexos.

Quanto à cobertura da Atenção Básica, o número de ESF e a quantidade de médicos verificados no período de estudo, considerando que se tratam de níveis elevados e sustentados de cobertura, não foi possível captar efeitos desses valores, segundo a modelagem analisada, assim, depreendem-se algumas questões: qual seria o impacto dessas variáveis referentes à cobertura, caso houvesse a associação com outras variáveis, como: PIB per capita; população ocupada; cobertura do ensino formal; recursos próprios dos municípios aplicados em saúde; leitos hospitalares pelo SUS; cobertura dos planos de saúde; consultas per capita. Ainda, como ficaria essa associação, caso a análise da série temporal compreendesse anos anteriores, com taxas de cobertura da ESF mais baixas. Tais questões apontam para os limites deste trabalho e reforçam a necessidade de novas contribuições científicas e análises futuras. Em contrapartida, o modelo de regressão proposto apresentou uma série de achados importantes, com destaque para o sexo, o fato de ser residente em Teresina e o período de permanência terem sido capazes de influenciar no desfecho: ICSAP ou demais internações. Ainda, mostrou como as faixas etárias compreendidas no intervalo dos 10 aos 49 anos e internações, com custos entre R\$ 1.000,00 e abaixo de R\$ 5.000,00, têm menos chances de estarem associadas a internações por condições sensíveis.

Ao realizar análises com cruzamento de dados, quanto às internações por custo e por sexo, observou-se maior prevalência no sexo feminino, entre as internações até R\$ 1.000,00 correspondendo a quase o dobro das internações entre os homens, na mesma faixa de gasto; entretanto, tal diferença quase não existe, quando se trata da população não residente. Sobre o aspecto de gênero, conforme apontam os estudos de Moreira et al (2014), as mulheres têm mais acesso a AB, por isso demandando menores custos econômicos e sociais. Assim, depreende-se que as mulheres residentes possam estar utilizando mais a AB como porta de entrada, ao passo que o desempenho masculino se mostrou insatisfatório (entre as duas populações). Nesse caso,

caberia pensar em horários diferenciados e locais facilitados, para favorecer a inclusão e o aumento da oferta de cuidados para o grupo masculino.

Em relação ao valor gasto com as ICSAP, os dados da presente pesquisa demonstraram tendência de elevação de gastos com ICSAP no período de 2008 a 2019. Este estudo demonstrou que a proporção de gastos por ICSAP tem sido relevante, devendo impactar em relação ao conjunto das despesas do sistema de saúde local.

Ao se comparar a razão entre os percentuais de residentes e não residentes internados por CSAP, verificou-se elevado predomínio da população local, a qual foi em média 3,2 vezes superior à dos não residentes, criando assim um importante alerta sobre o bom desempenho da ESF citado anteriormente. Ademais, quando foi comparado o custo das internações percentuais de residentes e não residentes internados, por CSAP, verificou-se que a população não residente apresentou um custo médio duas vezes superior ao dos residentes, portanto, compreende-se que quando essa parcela da população busca atendimento em Teresina, chega em condição de saúde mais debilitada que a população local, gerando maiores gastos com procedimentos complexos, o que nos leva a considerar que, talvez, os recursos disponíveis em Teresina sejam um fator de seleção de casos mais graves ou com necessidade de atendimento especializado.

Do modelo verificou-se que os homens tiveram 12% mais chances de estarem internados por CSAP; que o grupo de 50 ou mais anos apresentou o pior desempenho, com apenas 7% de chances de não pertencer a esse grupo; que entre as CSAP, o custo das internações, predominante foi o de valores entre R\$ 1.001,00 e R\$ 5.000,00; que sobre o período de permanência, quanto menor foi o período de internação, maiores foram as chances de tratar-se de CSAP. Dessa forma, a análise permitiu conhecer mais sobre a evolução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP), na cidade de Teresina, considerando a importância de valorizar o papel diferencial do sexo, da faixa etária, dos custos e do tempo de internação, especialmente, no que concerne à possibilidade de implementação de ações estratégicas voltadas para a redução na proporção de gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde.

Neste sentido, sugere-se, a partir das possibilidades vislumbradas neste trabalho, que o indicador de internação por condições sensíveis à atenção básica possa ser generalizado e utilizado nos processos de planejamentos locais, por possibilitar, a gestores e profissionais de saúde, acesso a informações associadas a internações evitáveis, facilitando diagnósticos, tratamentos e acompanhamentos no âmbito da Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada do SUS.

São limitações do presente estudo: a utilização apenas de dados referentes a instituições hospitalares pagas pelo SUS, eventuais falhas no preenchimento da AIH, a provável falta de treinamento dos profissionais responsáveis pelos registros e a existência de dados incompletos. Contudo, dadas as possibilidades de análises produzidas, confirmou-se a fundamental importância da realização de estudos de internação hospitalar para aprimorar a vigilância de agravos e para dar suporte à tomada de decisões dos gestores, no sentido de implementar medidas baseadas em evidências.

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)**. CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA. Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-1349, jun. 2009.
- BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J.; CAREY, T. S.; BLANK, A. E.; NEWMAN, L. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City**. Health Aff (Millwood) 1993; 12:162-73.
- CAMINAL, J.; SÁNCHEZ, E.; MORALES, M.; PEIRO, R.; MARQUEZ, S. Avances en Espana en la investigación con el indicador "Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atención primaria". **Revista Especial de Salud Publica**.2002.
- CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA, M. C. La evolucion de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatorycaresensitiveconditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, Spanish, v. 31, n. 1, p. 61-5, 2003.
- CHIORO, A.; SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: > http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf<. Acesso em: 22 set. 2018.
- CHOR, D.; Lima, C. R. de A. **Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2005, v. 21, n. 5 [Acessado 28 Outubro 2021] , pp. 1586-1594. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>>. Epub 23 Mar 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000500033>.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**— Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- DOURADO, I.; BERENICE, V. Entrevista sobre a importância da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária para a estratégia Saúde da Família com Inês Dourado e Veneza Berenice. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n.18, p. 6-8, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v.114, No.11, pp. 1115-1118, 1990.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. **Atenção Primária**, v. 35, n. 2, p. 95-98, 2005.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária a saúde. In: **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I.; organizadores. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. 1100p.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. **Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde**: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2019, v. 35, n. 3 [Acessado 25 Maio 2022] , e00012219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>>. Epub 25 Mar 2019. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>.

GUANAIS, F.; GÓMEZ-SUÁREZ, R.; PINZÓN, L. Series of avoidable hospitalizations **and strengthening primary health care**: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37846490> Acessado em outubro de 2018.

GILL, J. M., MAINOUS A. G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Archives of Family Medicine**, 7(4), 1998.

HARZHEIM, E. et al. **Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil**. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2006, v. 22, n. 8 [Acessado 21 Setembro 2021] , pp. 1649-1659. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>>. Epub 15 Ago 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro**: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 25, n. 4 [Acessado 25 Maio 2022] , pp. 1181-1188. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>.

MELO, E. A. et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica**: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 31 Maio 2022] , pp. 38-51. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G.C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L.; organizadores. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018

MOREIRA, R. L.S. F; FONTES, W. D; BARBOZA, T. M. **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2014.

NEDEL, F. B.; et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

OLIVEIRA, T. L., SANTOS, C. M., MIRANDA, L. de P., NERY, M. L. F.. **Fatores associados ao custo das internações hospitalares por doenças sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde.** Cien Saude Colet [periódico na internet] (2021/Mai). [Citado em 21/09/2021]. **Disponível em:** <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-custo-das-internacoes-hospitalares-por-doencas-sensiveis-a-atencao-primaria-no-sistema-unico-de-saude/18080>

PAZÓ, R. G.; FRAUCHES, D. O.; MOLINA, M. C. B; CADE, N. V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, **Cad Saúde Pública**. 2014;30(9):1891-1902.

PAIM, J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 25 Maio 2022] , pp. 1723-1728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.

PINTO, L. F. et al. **Primary Care Assesment Tool: diferenças regionais a partir da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. v. 26, n. 09 [Acessado 31 Maio 2022] , pp. 3965-3979. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.10112021>.

PINTO JUNIOR, E. P. **Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e expansão da Estratégia Saúde da Família na Bahia: um estudo ecológico com dados em painel (Dissertação).** Universidade Estadual do Ceará, 2014.

PIRES, M.R.G.M. **Politicidade do cuidado e avaliação em saúde: instrumentalizando o resgate da autonomia de sujeitos no âmbito de programas e políticas de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2005, v. 5, suppl 1 [Acessado 21 Setembro 2021] , pp. s71-s81. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500008>>. Epub 23 Feb 2006. ISSN 1806-9304. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000500008>.

REHEM, T. C. M. S. B, OLIVEIRA, M. R. F., CIOSAK, S. I., EGRY, E. Y. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. 2013; 21(5):[06 telas].

RIZZA, P.; BIANCO, A.; PAVIA, M.; ANGELILLO, I. F. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Service Research**

[Internet]. 2007 Jan [cited 2018 May 24];7:134. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2045098&tool=pmcentrez&rendertype=ab-stract>

SETA, M. H. D., Ocké-Reis, C. O. e RAMOS, A. L. P. **Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 26, suppl 2 [Acessado 31 Maio 2022] , pp. 3781-3786. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health**. *Milbank Q*, 2005.

SILVEIRA, R. E. da et al. **Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década**. *Einstein (São Paulo)* [online]. 2013, v. 11, n. 4 [Acessado 30 Outubro 2021] , pp. 514-520. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>>. Epub 31 Jan 2014. ISSN 2317-6385. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082013000400019>.

TERESINA, Fundação Municipal de Saúde. Banco de dados da Diretoria de Regulação, Conrole, Avaliação e Auditoria. **Sistema de Informações Hospitalares**. [Acessado em abril de 2021]

VIANA, A. L. D.; DAL PÓZ, M. R. (coord.). **Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família: informe final**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

REFERÊNCIAS

ABREGO, G.; GARZA, B.; SÁNCHEZ, T.; ROJAS, J. **Serie sobre hospitalizaciones evitables y fortalecimiento de la atención primaria em salud: el caso de México**. Banco Interamericano de Desarrollo; 2012. Disponível em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37841987> Acessado em abril de 2019.

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). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ARANGO, H. G. **Bioestatística: teórica e computacional: com banco de dados reais em disco**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BALBIM, R. et al. **Metodologia de avaliação de resultados: o caso das intervenções do PAC** urbanização de favelas, Rio de Janeiro: IPEA, 2013.

BARRETO, M. L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciências & Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002702097&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: ago. 2018.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria N° 221/2008**. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf Acessado em 10 de fevereiro de 2017.

BROUSSELLE, A. (org.) **Avaliação em Saúde: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BILLINGS, J.; ZEITEL, L. ; LUKOMNIK, J.; CAREY, T. S.; BLANK, A. E.; NEWMAN, L. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City**. Health Aff (Millwood) 1993; 12:162-73.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda de saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, 7(3): 401-12, 2002.

CAMINAL, J.; SÁNCHEZ, E.; MORALES, M.; PEIRO, R.; MARQUEZ, S. Avances en Espana en la investigación con el indicador "Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atención primaria". **Revista Especial de Salud Pública**.2002.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA, M. C. La evolucion de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatorycaresensitivecondictions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, Spanish, v. 31, n. 1, p. 61-5, 2003.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CAVALCANTI, N. **Sistema de saúde americano: ruim e difícil de ser modificado**. 2020. Sociedade brasileira de Diabetes. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/colunas/50-dr-ney-cavalcanti/272-sistema-de-saude-americano-ruim-e-dificil-de-ser-modificado>>. Acesso em 26 mar. 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Mineira de Saúde Pública**, 2005.

CHEVREUL, K, MOUSQUÈS, J, PARIS, V. Measures to improve patterns of practice and their impact on general practitioners in France. In: **8th Meeting The European Health Policy Group**. Clinicians and System Performance 2004; Paris: CREDES; 2004.

COCHRAN, W. G. **Sampling Techniques**. 3. ed. New York: John Wiley, 1977.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, vol.24, suplemento 1, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, AP.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, pp. 29-47. In ZMA Hartz (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 1ª reimpressão. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Ciênc. saúde coletiva [online], v.11, n.3, 2006.

DOURADO, I.; BERENICE, V. Entrevista sobre a importância da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária para a estratégia Saúde da Família com Inês Dourado e Veneza Berenice. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, n.18, p. 6-8, 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, v.114, No.11, pp. 1115-1118, 1990.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

FERREIRA, HELDER; CASSIOLATO, MARTHA; GONZALEZ, ROBERTO. **Uma Experiência de Desenvolvimento Metodológico para Avaliação de Programas: o modelo lógico do Programa Segundo Tempo**, Brasília: Ipea, 2009.

FERREIRA, M.; DIAS, B.M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Rev Eletr Enf**. 2012; 14(4):760-70.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNIFESP. UMA-SUS. 2012.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; JORGE, M. H.P. de M.; KOIZUMI, M. S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v.50, n.1, São Paulo: 2004.

GEORGE, F. **Sobre determinantes da saúde**. set 2011. Disponível em: <Disponível em: <http://bit.ly/2vZqVke> >. Acesso em: 22 maio 2020. » <http://bit.ly/2vZqVke>

GERLINGER T. ROTE-GRÜNE GESUNDHEITSPOLITIK EINE ZWISCHENBILANZ. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 2002. In: GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 951-963, May 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500008&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500008>.

GÉRVAS, J.; PÉREZ FERNÁNDEZ, M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. **Atenção Primaria**, v. 35, n. 2, p. 95-98, 2005.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILL, J. M., MAINOUS A. G. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Archives of Family Medicine**, 7(4), 1998.

GRIMM, S. C. A., TANAKA O. Y. **Painel de monitoramento municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde**. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(3):585-94.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO L.V.C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A.I. **Políticas e sistema de saúde no brasil**. 2ªEd. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

GUANAIS, F.; GÓMEZ-SUÁREZ, R.; PINZÓN, L. Series of avoidable hospitalizations **and strengthening primary health care**: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Banco Interamericano de Desarrollo;

2012. Disponível

em: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=37846490> Acessado em outubro de 2018.

HARTLEY, J. F. Case Studies Research. In: CASSELL, C. e SYMON, G (Ed.) **Qualitative Methods in Organizational research: a practical guide**. London: Sage, 1995.

HARTZ, Z. M. A.; CAMACHO, L. A. B. (1996) - Formação de Recursos Humanos em Epidemiologia e Avaliação dos Programas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública** 12(sup.2):13-20.

HOBBSAWM, E. **Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991** São Paulo, Companhia das Letras, (1995).

IBAÑEZ, N.; ROCHA J. S. Y.; CASTRO, P. C.; RIBEIRO, M. C. S. A.; FORSTER, A. C.; NOVAES, M. H. D.; VIANA, A. L. d'A. **Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo**. Cien Saude Colet 2006; 11(3):683-703.

JANNUZZI, Paulo de Martino. Monitoramento analítico como ferramenta par aprimoramento da gestão de programas sociais. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**, Brasília, jan./jun. 2011, n. 1. p. 33-66.

LEVCOVITZ, E. Exposição em Mesa-redonda na Oficina de trabalho para a "**Rearticulação da Área de Planejamento e Administração em Saúde no País**". FSP/USP, São Paulo (transcrição de fita), 1995.

LIMA, L. D. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: balanço de uma década expandida. **Trabalho e Educação em Saúde**. 2008; 6(3):573-598.

MOBLEY, L.R.; ROOT, E.; ANSELIN, L.; LOZANO-GRACIA, N.; KOSCHINSKY, J. Spatial analysis of elderly access to primary care services. **International Journal Health Geographics**. 5:19, 2006.

MACCIOCCO G. **Politica, salute e sistemi sanitari**. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2009.

MACINKO, J.; et al. **Major expansion of Primary Care in Brazil linked to decline in unnecessary Hospitalization**. Health Affairs, v. 29, n. 12, p. 2149-60, 2010.

MARQUES, R. M., PIOLA, S. F., ROA, A. C. (Organizadores). **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento /.** – Rio de Janeiro : ABrES ; Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento ; OPAS/OMS no Brasil, 2016.

MELLO JORGE, H. P. D. M.; KOIZUMI, M. S. Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo, 2000. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 7, n. 2, p. 228-238, 2004.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

_____. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Disponível em:
< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/revisao_bibliografica_redes.pdf > Acesso em: 13 ago. 2018.

MOUNIER, E. **O personalismo**. 4. ed. Lisboa: Moraes, 1976, p. 61-62

NEDEL, F. B.; et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS J. L.; MARTIN-MATEO, M. Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Disponível em:
< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700046&lng=en > Acesso em: 12 set. 2018

ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. **Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde**. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. p. 9-10.

PAULA, V. G. **Utilização de serviços na atenção básica: a satisfação do usuário na saúde da família**. 2011. 83 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2011.

PEREIRA, I. B.; Lima, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. nº 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **Anais do Seminário de Economia Mineira**. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.

PIRES, M. R. G. M. **Concepções de cuidado emancipatório: limites-possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde do Brasil**. Rev Sersoc 2002; 10: 147-68.

POTVIN, L.; BISSET, S. There is more to methodology than method. In: POTVIN, L.; MACQUEEN, D. (Ed.). **Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: values and research**. Nova York: Springer, 2008.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência&Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

RICO, A.; SALTMAN, R.; BOERMA, W.G.W. Organizational Restructuring in European Health Systems: the Role of primary care. **Social Policy & Administration**, Malden, v. 37, n. 6, 2003.

RIVERA, F. J. U. **Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico.**, São Paulo: Cortez- Abrasco, 1989.

RIZZA, P.; BIANCO, A.; PAVIA, M.; ANGELILLO, I. F. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Service Research** [Internet]. 2007 Jan [cited 2018 May 24];7:134. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2045098&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

SALTMAN, R. B.; DUBOIS, H. F. W. **Current reform proposals in social health insurance countries**, Eurohealth 11(1), 2005.

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. (Eds.) Primary Care in the Driver's Seat. Organizational reform in European primary care Berkshire: **Open University Press**, 2006.

SCHRECK, R. I., **Considerações gerais sobre o financiamento dos cuidados de saúde.** ManuaisMSD, jul2018. <https://www.msmanuals.com/pt/casa/fundamentos/quest%C3%B5es-financeiras-noscuidados-de-sa%C3%BAde/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-ofinanciamento-dos-cuidados-de-sa%C3%BAde> acesso 16/01/2021

SILVA, K. K. de J.; MAYNARD, D. C. S. **Intolerância Digital: história, extrema- direita e cibercultura (1996-2009).** *Scientia Plena*, São Cristóvão, v. 6, n. 12(b), p. 17-28, dez.2010.

SILVA, C. R.; CARVALHO, B. G.; CORDONI JUNIOR, L.; NUNES, E. de F. P. de A. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciências Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol.22, n.4 [cited 2019-04-29], pp.1109-1120. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401109&script=sci_abstract&tlng=pt > Acesso em: 22 ago. 2018.

SMITH, A. **A riqueza das nações: Investigação Sobre sua Natureza e suas Causas.** São Paulo: Abril Cultural, 1982. vol. 1

SORANZ, D. **Reforma da atenção primária em saúde na Cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): Uma avaliação de estrutura, processos e resultados.**[tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz ; 2016.

SORANZ, D.; PINTO L. F.; PENNA G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciências e Saúde Coletiva**. 2016; 21(5):1327-1338

STARFIELD, B. **Primary care: concept, evaluation, and policy.** New York. Oxford Universit Press, 1992.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD B, SHI L, MACINKO J. **Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.** Milbank Q, 2005.

SEVERINO, A J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(4):529-532, out-dez 2012.

TERESINA. Fundação Municipal de Saúde. **Plano de Municipal de Saúde**. Teresina: FMS, 2017. Disponível: <https://semplan.teresina.pi.gov.br/wp-content/uploads/sites/39/2018/05/PMS-2018-2021-Versão-final.pdf>

TOWNSEND P, DAVIDSON N & WHITEHEAD M. **The health divide**. Penguin, Londres, 1992.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. **Avaliação do impacto das ações do Programa de Saúde da Família na redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica em adultos e idosos**: Relatório final de pesquisa. Belo Horizonte, mar. 2012.

VIANA, A. L. D., **Modelos de intervenção do Estado na área da saúde**. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1995. (Série Estudos de Saúde Coletiva, n. 118).

VIANA, A. L. D.; DAL PÓZ, M. R. (coord.). **Reforma em saúde no Brasil**: programa de saúde da família: informe final. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166).

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

WÖRZ, M., FOUBISTER, T., BUSSER, R., **Access to healthcare in the E U Members States**. **Euro Observer**, 2006.

ANEXO A- LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

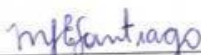
LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1 Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis		
1.1	Coqueluche	A37
1.2	Difteria	A36
1.3	Tétano	A33 a A35
1.4	Parotidite	B26
1.5	Rubéola	B06
1.6	Sarampo	B05
1.7	Febre Amarela	A95
1.8	Hepatite B	B16
1.9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.11	Tuberculose miliar	A19
1.12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1.16	Outras Tuberculoses	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53
1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2 Gastroenterites complicadas e Infecções		
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
3 Anemia		
3.1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4 Deficiências Nutricionais		
4.1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5 Infecções de ouvido, nariz e garganta		
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infecção Aguda VAS	J06
5.7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6 Pneumonias bacterianas		
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7 Asma		
7.1	Asma	J45, J46
8 Doenças pulmonares		
8.1	Bronquite aguda	J20, J21
8.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8.3	Bronquite crônica simples e mucopurulenta	J41
8.4	Bronquite crônica não especificada	J42
8.5	Enfisema	J43
8.6	Bronquectasia	J47
8.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9 Hipertensão		
9.1	Hipertensão essencial	I10
9.2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10 Angina		
10.1	Angine pectoris	I20
11 Insuficiência Cardíaca		
11.1	Insuficiência Cardíaca	I50
11.3	Edema agudo de pulmão	J81
12 Doenças Cerebrovasculares		
12.1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13 Diabetes mellitus		
13.1	Com coma ou osteocidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1, E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13.2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9; E14.9
14 Epilepsias		
14.1	Epilepsias	G40, G41
15 Infecção no Rim e Trato Urinário		
15.1	Nefrite intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite intersticial crônica	N11
15.3	Nefrite intersticial NE aguda crônica	N12
15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16 Infecção da pele e tecido subcutâneo		
16.1	Erisipela	L66
16.2	Impetigo	L01
16.3	Abcesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16.4	Celulite	L03
16.5	Linfadenite aguda	L04
16.6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17 Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos		
17.1	Salpingite e ooforite	N70
17.2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17.5	Doenças da glândula de Bartholm	N75
17.6	Outras afecções inflamatórias da vagina e de vulva	N76
18 Úlcera gastrointestinal		
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19 Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto		
19.1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19.2	Sífilis congênita	A50
19.3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

ANEXO B- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**FMS**
Fundação Municipal
de Saúde **Prefeitura de
Teresina****DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE**

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "**A GESTÃO DO SUS E UMA AGENDA ESTRATÉGICA PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM TERESINA-PI**" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: **LUIZ ANTONIO BASTO CAMACHO E VINÍCIUS ALEXANDRE DA SILVA OLIVEIRA** o acesso à base de dados de internação hospitalar, e ainda, acesso a enfermeiros e médicos para aplicação de questionário.

Teresina, 15 de abril de 2019.



Maria Luci Esteves Santiago
Comissão de Ética em Pesquisa da
Fundação Municipal de Saúde

Maria Luci Esteves Santiago
CREF 877 G-PI

