

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

MARIA HELENA BARCELOS PEREIRA

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2013**

Rio de Janeiro

2015

MARIA HELENA BARCELOS PEREIRA

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INTERNAÇÕES POR
CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO
MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2013**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Vinculada ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Inês Sousa

Rio de Janeiro

2015

P436e Pereira, Maria Helena Barcelos
A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS
INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO
DE JANEIRO DE 2008 A 2013 / Maria Helena Barcelos
Pereira. -- Rio de Janeiro, 2015.
110 f.
Orientador: Ana Inês Sousa.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2015.
1. Hospitalização. 2. Atenção Primária. 3.
Efetividade. 4. Epidemiologia. I. Sousa, Ana Inês,
orient. II. Título.

CDD 610.73

Maria Helena Barcelos Pereira

**A EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS INTERNAÇÕES
POR CONDIÇÕES CARDIOVASCULARES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DE 2008 A 2013**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2015

Aprovada por:

Profa. Dra. Ana Inês Sousa - Presidente

Prof. Dr. Roberto Medronho - 1ª Examinador

Prof. Dra Maria Helena Nascimento de Souza - 2ª Examinadora

Prof. Dra. Enirtes Caetano Prates Mello - Suplente

Prof. Dra. Angela Maria Mendes Abreu - Suplente

Rio de Janeiro
Julho, 2015

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A **Deus**, que fortaleceu meu espírito e iluminou meu caminho com força, coragem e persistência, para que conseguisse concluir este projeto.

Aos meus pais e irmãos que alicerçaram valores em minha vida, fundamentais na direção da solidariedade e responsabilidade.

Às amigas Eliane de Fátima Almeida Lima e Aline Zils Costa, que desde o início da construção desta dissertação incentivaram, apostaram e me apoiaram na sua realização. Vocês foram essenciais para que eu pudesse trilhar mais essa etapa em minha vida. Agradeço com muito carinho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Inês Sousa, pela orientação e oportunidade de crescimento profissional, e, sobretudo pelo carinho e estímulos constantes.

Ao Professor Doutor Roberto Medronho, pela acolhida, incentivo, ensinamentos.

À Professora Doutora Enirtes, pela acolhida, incentivo, ensinamentos e por sua valiosa contribuição em momentos difíceis deste projeto.

À Professora Doutora Maria Helena Nascimento de Souza, atenção, carinho e disponibilidade.

À Professora Doutora Ângela Maria Mendes Abreu, pela colaboração no desenvolvimento do projeto e pelas sugestões e contribuições por ocasião da banca de seleção de ingresso no mestrado.

Aos funcionários da Pós-Graduação Jorge, Sônia e Cíntia pela amizade e presteza nas informações.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação, pelos ensinamentos e orientações fundamentais no meu processo de construção acadêmica.

Às colegas da turma 2013-2 do Programa de Pós-Graduação, pela amizade, ensinamentos, orientações no processo de construção acadêmica.

À Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, em especial ao João, pelo apoio na coleta de dados e por ter permitido a realização deste trabalho.

À Audrey, pelas acolhidas, paciência, carinho e disponibilidade sempre em me ajudar, serei eternamente grata.

As minhas amigas de mestrado: Camila Catarino, Soraia, Camila Dias, Aline, Nícia, Lais Melo, Tamyris, Viviane, Luana, Bruna, Claudia e Priscila

RESUMO

PEREIRA, Maria Helena Barcelos. **A expansão da Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Orientadora: Ana Inês Sousa. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

A atenção primária à saúde (APS) compreende não só a promoção à saúde e a prevenção de agravos a partir de um cuidado constante, como também um conjunto de serviços de saúde direcionados para as necessidades do indivíduo e de uma coletividade. Como **problematização de estudo** discute-se o município do Rio de Janeiro com a ampliação da ESF, esta reduzindo as internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Tema de estudo:** A expansão da Estratégia Saúde da Família reduz o número de internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária no município do Rio de Janeiro? **Objetivo:** Apresentar a taxa das Internações Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a relação com a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2013. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo ecológico, considerando como unidade de análise a população pertencente ao município do Rio de Janeiro, adotando-se o período entre janeiro de 2008 e dezembro de 2013. Tendo como variáveis: idade, sexo, AP de residência, cobertura da ESF, cobertura populacional da ESF e número de habitantes por AP e o indicador de saúde, que envolve as internações hospitalares sensíveis à atenção primária, optou-se pelos grupos de causas cardiovasculares: hipertensão arterial (I10, I11), angina pectoris (I20), insuficiência cardíaca congestiva (I50, J81) e doenças cerebrovasculares (I63 a I67, I69, G45 e G46). **Resultado:** Aumento da cobertura, saindo de 8,1% para 39,41% em dezembro de 2013. Ampliação do número de equipes habilitadas de 266 em dezembro de 2010 para 734 equipes habilitadas em dezembro de 2013. Na AP 5.3 observa-se redução para o grupo de hipertensão. Nas APs 2.1, 3.1, 3.2 e 4.0 foi apresentada redução para o grupo de insuficiência cardíaca. No grupo das doenças cerebrovasculares as APs que apresentaram redução foram 2.2, 3.1 e 4.0. Observa-se diminuição nas internações por ICSAP nas seguintes APs: 2.1, 3.2 e 4.0.

Descritores: Hospitalizações sensíveis, Atenção primária à saúde, Doença cardiovascular, Estudo ecológico, Saúde Coletiva.

ABSTRACT

PEREIRA, Maria Helena Barcelos. **The Expansion of the Family Health Strategy and the Hospitalizations Sensible to the Cardio-vascular Conditions in the Municipality of Rio de Janeiro from 2008 to 2013.** Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Supervisor: Ana Inês Sousa. Dissertation (Masters Degree) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

The Primary Healthcare encompasses not only the promotion of Health, and the prevention of damages, by the ongoing care, as well as a set of Health Services directed to the needs of the individual and the collective. As the **Study's Problematization** the Municipality of Rio de Janeiro is discussed, with the ampliation of the Family Health Strategy, which is reducing hospitalizations for cardio-vascular conditions sensible to the primary care. **Study theme:** Does the expansion of the Family Health Strategy reduces the number of hospitalizations for cardio-vascular conditions sensible to the primary care? **Objective:** To present the level of Cardio-vascular Hospitalizations Sensible to Primary Care, and the relation to the coverage of the Family Care Strategy in the Municipality of Rio de Janeiro, in the period from 2008 to 2013. **Method:** This is a Quantitative Study, of the ecological type, considering as it's analysis unit the population of the Municipality of Rio de Janeiro, and the period from January 2008 to December 2013 was adopted. The variables considered were age, gender, Primary Care unit of residence, coverage of the Family Health Strategy, populational coverage of the Family Health Strategy, and the number of inhabitants per Primary Care unit, as well as the health indicator, which involves the hospitalizations sensible to primary care. The cardio-vascular causes groups were chosen: high blood pressure (I10, I11), angina pectoris (I20), congestive heart failure (I50, J81), and cerebro-vascular diseases (I63 a I67, I69, G45 e G46). **Results:** The broadening of coverage, from 8.1% to 39.41% in December, 2013. The growth in the number of capacitated staff, from 266 in December, 2010, to 734 in December, 2013. At the Primary Care Unit 5.3, a reduction for the hipertension group is observed. At the Primary Care Units 2.1, 3.1, 3.2, and 4.0, a reduction for the heart failure group was presented. In the cerebro-vascular group, the Primary Care Units that presented reductions were 2.2, 3.1, and 4.0. A reduction of hospitalizations due to cardio-vascular conditions sensible to the primary care was observed at the Primary Care Units 2.1, 3.2, and 4.0.

Keywords: Sensible Hospitalizations, Primary Health Care, Cardio-vascular Disease, Ecological Study, Collective Healthcare.

RESUMEN

PEREIRA, Maria Helena Barcelos. **La Expansión de la Estrategia Salud de la Familia y las Internaciones por Condiciones Cardiovasculares Sensibles a la Atención Primaria en el Municipio de Rio de Janeiro de 2008 hasta 2013**. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2015. Orientadora: Ana Inês Sousa. Disertación (maestría) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

La atención primaria de salud (APS) consta no solo de la promoción de la salud y la prevención de agravos a partir de un cuidado constante, como también un conjunto de servicios de salud direccionados para las necesidades del individuo y de una colectividad. Como **problematización de estudio** se discute el municipio de Rio de Janeiro con la ampliación de la ESF, esta reduciendo las internaciones por condiciones cardiovasculares sensibiles a la atención primaria. **Tema de estudio:** La expansión de la Estrategia Salud de la Familia reduce el número de internaciones por condiciones cardiovasculares sensibiles a la atención primaria en el municipio de Rio de Janeiro? **Objetivo:** Presentar la tasa de las Internaciones Cardiovasculares Sensibles a la Atención Primaria (ICSAP) y la relación con la cobertura de la ESF en el municipio de Rio de Janeiro en el período de 2008 hasta 2013. **Método:** Se trata de un estudio cuantitativo, del tipo ecológico, considerando como unidad de análisis la población perteneciente al municipio de Rio de Janeiro, se adoptando el período entre enero de 2008 y diciembre de 2013. Tenendo como variables: edad, sexo, AP de residencia, cobertura de la ESF, cobertura poblacional de la ESF y número de habitantes por AP y el indicador de salud, que implica las internaciones hospitalarias sensibiles a la atención primaria, se optó por los grupos de causas cardiovasculares: hipertensión arterial (I10, I11), angina pectoris (I20), insuficiencia cardíaca congestiva (I50, J81) y enfermedades cerebrovasculares (I63 a I67, I69, G45 e G46). **Resultado:** Aumento de la cobertura, saliendo de 8,1% para 39,41% en diciembre de 2013. Ampliación del número de equipos habilitadas de 266 en diciembre de 2010 para 734 equipos habilitadas en diciembre de 2013. En la AP 5.3 se observa reducción para el grupo de hipertensión. En las APs 2.1, 3.1, 3.2 e 4.0 fue presentada reducción para el grupo de insuficiencia cardíaca. En el grupo de las enfermedades cerebrovasculares las APs que presentaron reducción han sido 2.2, 3.1 e 4.0. Se observa disminución en las internaciones por CCSAP en las siguientes APs: 2.1, 3.2 e 4.0.

Descriptores: Hospitalizaciones sensibiles, Atención primaria de salud, Enfermedad cardiovascular, Estudio ecológico, Salud colectiva.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número de leitos disponíveis no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	59
Gráfico 2	Evolução da Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	64
Gráfico 3	Evolução do número de equipes da ESF para o município do Rio de Janeiro de janeiro de 2008 a dezembro de 2013	65
Gráfico 4	Expansão da ESF relacionada à cobertura populacional por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, janeiro/2010 a dezembro/2013	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição da população e das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro por região de saúde, 2013	42
Tabela 2	Distribuição da população e da rede de atenção básica de saúde do município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento, 2013	43
Tabela 3	Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 100 mil habitantes) e coeficiente de correlação de Spearman, Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013	67
Tabela 4	Número e proporção das Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária segundo sexo e grupo de causas no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	68
Tabela 5	Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 10 mil habitantes) do grupo de causas cardiovasculares nas APs segundo o coeficiente de correlação de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013	69
Tabela 6	Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 10 mil habitantes) do grupo de causas cardiovasculares nas APs segundo o coeficiente de correlação de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013	70
Tabela 7	Taxa de internação do grupo de hipertensão (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	72
Tabela 8	Taxa de internação por grupo de angina (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	73
Tabela 9	Taxa de internação por grupo de insuficiência cardíaca (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	74
Tabela 10	Taxa de internação por grupo de doenças cerebrovasculares (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	75
Tabela 11	Taxa de 5 por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária (por 100 mil habitantes) correlacionadas com a ESF nas APs por regressão linear múltipla. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	76
Tabela 12	Taxa de internação por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária (por 100 mil habitantes) correlacionadas com a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Áreas de Planejamento por regressão linear múltipla. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa das Áreas de Planejamento	56
Figura 2	Distribuição das internações por hipertensão no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	78
Figura 3	Distribuição das internações por angina no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	80
Figura 4	Distribuição das internações por insuficiência cardíaca no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	83
Figura 5	Distribuição das internações por doença cerebrovascular no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
ACS	Agente comunitário de saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Área de Planejamento
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CM	Coeficiente de Mortalidade
CID 10	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
Caps	Centros de Atenção Psicossocial
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CCSAP	Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária
CSAA	Causas Sensíveis à Atenção Ambulatorial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DDA	Doença diarreica aguda
EACS	Equipes de Agentes Comunitários de Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FNS	Fundo Nacional de Saúde
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística

ICCSAP	Internação por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
ICC	Insuficiência cardíaca congestiva
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NUPENSC	Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva
OGU	Orçamento Geral da União
ONGs	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PIASS	Programa Nacional de Atenção Básica
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programa Pactuado Integral
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RA	Região Administrativa
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinasc	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
Sinan	Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sisreg	Sistema de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSDC	Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil
SUDS	Sistema Unificado de Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEIAS	Territórios Integrados de Atenção à Saúde
TM	Taxa de Mortalidade
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO	17
1.2	OBJETIVOS	18
1.2.1	Geral	18
1.2.2	Específicos	18
1.3	JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	22
2.1	VISITANDO A HISTÓRIA: A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA	22
2.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	35
2.2.1	Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro	38
2.3	AVALIAÇÃO	44
2.4	CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	46
2.4.1	Experiências internacionais: conhecendo o caminho das internações por condições sensíveis à atenção primária	48
2.4.2	Experiências nacionais: conhecendo o caminho das internações por condições sensíveis à atenção primária	49
2.5	DOENÇAS CARDIOVASCULARES	52
3	MATERIAL E MÉTODOS	55
3.1	TIPO DE PESQUISA	55
3.2	CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	55
3.3	VARIÁVEIS	56
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	57
3.5	COLETA DE DADOS	57
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	57
3.7	VIÉS DA PESQUISA	58
3.8	IMPLICAÇÕES ÉTICAS	63
4	RESULTADOS	64
4.1	CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	64
4.2	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	66
5	DISCUSSÃO	89

6	CONCLUSÃO	95
6.1	RECOMENDAÇÕES	96
7	REFERÊNCIAS	97
8	ANEXO A	113

1 INTRODUÇÃO

Considerando minha trajetória profissional, enfermeira de unidade cardiointensiva deste 2000 e professora de uma universidade privada do Rio de Janeiro, deparei com pacientes nos mais diversos cenários de atenção à saúde com doenças cardiovasculares (DCV). A população chega ao local de assistência a saúde sem conhecimento de sua patologia e de onde procurar tratamento. Não é raro a população com idade igual ou superior a 40 anos informar que nunca foi a um serviço de saúde. Questiono se o diagnóstico e o tratamento de patologias como: anemia, doenças pulmonares, diabetes, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, pneumonia, asma, infecções no rim e nas vias urinárias, entre outras, não deveria ser realizado no nível da atenção primária.

A partir de 2006 iniciei minha trajetória na docência em instituição de ensino superior, trabalhando com disciplinas que abordam a saúde do adulto e do idoso. Desenvolvi um questionamento em sala de aula e no campo de ensino clínico sobre a prevenção do diabetes, hipertensão, obesidade, insuficiência renal, insuficiência cardíaca e outras patologias. O que fazer para realizar a prevenção? Qual a melhor estratégia? Como e onde realizar?

Em 2009, acompanhando os alunos em uma unidade básica de saúde, observei o quanto é difícil realizar abordagem sobre: prevenção, fatores de risco, cuidados básicos da saúde, orientação sobre dieta e uso de medicamentos, o controle de doenças crônicas, cuidado familiar, coordenação de cuidado, rastreamento de patologias e prevenção das complicações. A passagem pela atenção primária me fez refletir sobre como é importante estabelecer políticas de saúde pública e estratégias para implementação e avaliação dessas políticas. Como é importante realizar políticas que visam a resolutividade dos serviços primários de atenção à saúde.

O cuidado na atenção primária exige estratégias que modificam hábitos de vida da população e conscientização da importância da prevenção. Exige que se estabeleçam programas direcionados à mudança de hábitos nocivos à saúde, combate às dietas ricas em colesterol, açúcar, sal, ao sedentarismo, à obesidade e ao tabagismo.

A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) propõe uma visão ampliada do conceito de saúde ao introduzir concepções de vigilância, integralidade, planejamento local, gestão colegiada e reorientação do trabalho na lógica programática, com ênfase nos grupos populacionais em situação de risco (BRASIL, 2003). A adoção da ESF como política

prioritária da atenção primária, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das doenças transmissíveis e as não transmissíveis exigem.

No município do Rio de Janeiro, até 2009, a ESF apresentava uma cobertura de 7%. A partir desse ano, inicia uma mudança na organização do sistema público de saúde da atenção primária. A Secretaria Municipal de Saúde cria as Clínicas da Família e as Unidades de Pronto Atendimento. Estas são unidades de saúde estruturadas com tecnologia, insumos e profissionais de saúde com qualidade e com quantitativo para o atendimento da população. A ênfase no avanço da Estratégia Saúde da Família é uma aposta na qualidade da organização da saúde pública do município.

Diante do exposto surge uma inquietação: a Estratégia Saúde da Família está conseguindo implementar modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas de prevenção e/ou controle das doenças cerebrovasculares e cardíacas, individual e coletivo, a fim de contribuir para a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares no município do Rio de Janeiro?

Atualmente sou enfermeira de unidade cardiointensiva de um hospital público do município do Rio de Janeiro, que é referência no tratamento de pacientes com diagnóstico de síndrome coronariana aguda, insuficiência cardíaca e arritmia; proveniente da atenção primária e secundária. Continuo a me deparar com inúmeros pacientes chegando à unidade por não conseguir tratamento na atenção primária, ou ainda vindo em busca de serviços que deveriam ser fornecidos em serviço de saúde de menor complexidade.

Isso me sensibilizou a estudar a efetividade da ESF no cuidado ao paciente com doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária (DCSAP). Analisando o comportamento das internações por DCV teremos um indicador de qualidade que possibilita estabelecer e aprimorar políticas de saúde na Estratégia Saúde da Família.

Surge como tema do estudo: no município do Rio de Janeiro a ampliação da Estratégia Saúde da Família reduz as internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária?

A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável não só por um conjunto de serviços de saúde direcionados para as necessidades dos indivíduos, como também pela integração dos níveis de atenção à saúde. Essa concepção de APS fundamenta-se em um conjunto de atributos, definidos por Starfield (2002): a acessibilidade ao serviço diante de uma nova necessidade (primeiro contato), o cuidado regular e associado a relações pessoais entre profissionais e pacientes (longitudinalidade), o acesso a toda forma de atenção à saúde

(integralidade) e a continuidade da assistência (coordenação), além da focalização na família e orientação comunitária.

Numa revisão de literatura realizada por Célia Gil, em 2006, os conceitos de APS, em documentos oficiais do Ministério da Saúde brasileiro, variam entre: a) Estratégia de reordenamento do setor saúde; b) Estratégia de organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde; c) Programa com objetivos restritos e voltados especificamente a satisfação de algumas das necessidades mínimas de grupos populacionais em situação de extrema pobreza e marginalidade (conceito predominante nos ditos países de terceiro mundo) (GIL, 2006).

A APS compreende, portanto, dentre outras ações, a promoção à saúde e a prevenção de agravos, a partir de um cuidado constante. Isso possibilita um reordenamento das demandas e a organização de todo o sistema sanitário, sendo assim o meio articulador para a transformação do modelo de atenção hospitalocêntrico vigente. Nesse sentido, a APS relaciona-se a um conjunto de diagnósticos cujas internações poderiam ser evitadas diante de um cuidado primário apropriado.

A ESF estrutura a saúde nos municípios por meio da implantação de equipes multiprofissionais, que atuam em unidades básicas de saúde (UBS). As equipes compõem-se de, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Constituem-se no primeiro nível de acesso ao sistema de saúde e são responsáveis pelo atendimento de uma população definida, que habita um território delimitado. As equipes devem procurar prestar assistência integral e permanente às populações atendidas, realizar atividades educativas e de promoção da saúde, além de atuar sobre fatores de risco a que as comunidades estejam expostas. Com isso, procura-se alcançar, também, uma maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais (BRASIL, 2009).

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO DO ESTUDO

Diante do exposto, emergiu a seguinte **questão de estudo**:

A expansão da Estratégia Saúde da Família reduz o número de internação por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária no município do Rio de Janeiro?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Analisar as Taxas das Internações Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a relação com a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2013.

1.2.2 Específicos

- Descrever a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro entre 2008 a 2013.
- Analisar as Taxas das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município do Rio de Janeiro no período de 2008 a 2013.
- Analisar a relação entre a expansão da cobertura da ESF e a ocorrência de Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária (ICCSAP) no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.
- Apresentar a distribuição das Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

A Estratégia Saúde da Família é definida pelo Ministério de Saúde como modelo primordial para a APS no país (BRASIL 2007).

O município do Rio de Janeiro ao final de 2013 atinge uma cobertura de ESF de 39,4% (BRASIL, 2012b). Inclusive em comunidades a que anteriormente o poder público não tinha acesso devido ao narcotráfico.

O número de equipes implantadas e atuantes no município do Rio de Janeiro aumentou de 144 em 2008 para 730 em dezembro de 2013. Com isso, cresceu também a cobertura da população e conseqüentemente o acesso das pessoas aos serviços de saúde (Secretária Municipal de Saúde, 2012).

Nesse contexto, a avaliação de políticas e programas em saúde pública é fundamental, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável, prevenindo o desperdício de recursos com a implementação de programas ineficazes (VAUGHAN, 2004).

Ademais, a saúde considerada um bem social, “direito de todos e dever do Estado”,

aliado às expectativas que a população traz consigo por um serviço resolutivo e de qualidade, prestado por todos os sujeitos envolvidos no cuidado da saúde.

Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos e peculiaridades locais dos serviços de saúde é um requisito básico (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A avaliação tem numerosos objetivos como: ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção; fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer; determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida; contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica e ampliar conhecimento.

A sistematização para avaliação do setor saúde tornou-se uma prática, no campo das ações políticas, como a da Saúde, foco desta pesquisa, a avaliação vem adquirindo uma centralidade nas organizações. O interesse crescente em avaliar políticas, programas e serviços de saúde no país tem se dado pelas mudanças nos procedimentos legais e administrativos na gestão do SUS, como descentralização das responsabilidades, recursos e ações, a complexidade do perfil epidemiológico do país, o controle de gastos e a cobrança de organismos financiadores externos (FIGUIRÓ; THULER; DIAS, 2008).

Segundo Donabedian,

o objetivo da avaliação é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo de monitorizar a qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos (DONABEDIAN, 1990).

Neste contexto julga-se que a avaliação de serviços públicos de saúde é de grande importância, especialmente da ESF, pois se trata de uma estratégia que se encontra em fase de implantação e com tendência a universalização, sendo os produtos desta avaliação importantes subsídios para o planejamento e implementação das ações de saúde.

É importante saber se esse modelo de atenção primária à saúde se traduz efetivamente em benefício na saúde da população. Consideramos que no município a atenção primária teve evolução de 3,5% em 2008 para 45% em 2013 na cobertura, acesso, estrutura com a criação das unidades de Clínica da Família pela ESF, com objetivo de proporcionar à população um atendimento visando à orientação no sentido da promoção da saúde; atenção abrangente e integrada; desenvolvimento do trabalho intersetorial; orientação para a qualidade do atendimento e segurança do paciente; fortalecimento dos recursos humanos na saúde; garantia

de sustentabilidade financeira; pesquisa, desenvolvimento e tecnologia apropriados, incluindo o fortalecimento de redes e parcerias de cooperação em apoio à APS.

Estudos apontam que a atenção primária qualificada pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade, apresentando melhores resultados e aumentando a eficácia do sistema tanto para os indivíduos quanto para a saúde pública. Muitas vezes, os resultados alcançados têm se limitado à melhoria de alguns indicadores, mas, no que tange à melhoria global da saúde da população, ainda são bem frágeis (STARFIELD, 2002).

Tem-se utilizado como modo de mensuração da efetividade da APS o indicador denominado “Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)”, que parte do pressuposto de que uma APS de qualidade, acessada e oferecida de forma oportuna, pode reduzir ou mesmo evitar hospitalizações por determinadas condições mórbidas (ALFRADIQUE, *et al*, 2009; ANSARI, 2006; BERMUDEZ, 2005; NEDEL *et al*, 2008).

Optei por utilizar as internações sensíveis por doenças cardiovasculares devido às grandes transformações do perfil epidemiológico e demográfico no município do Rio de Janeiro. As doenças cardiovasculares no município apresentam uma das mais elevadas taxas ajustadas de mortalidade do país, estando atrás apenas de Porto Alegre (OLIVEIRA *et al*, 2003).

Segundo o MS, as equipes de Saúde da Família (eSF) devem conhecer o que ocorre em sua área de abrangência e, com essas informações, construir planejamentos, elaborar estratégias e realizar intervenções que possam impactar nas ações de saúde da população.

Neste contexto julgo que a avaliação da atenção primária para a enfermagem é importante, visto que a Portaria no 648/2006, do MS, orienta a respeito das atribuições de cada profissional dentro da equipe. Entre eles, o enfermeiro se destaca por executar atividades de assistência, educação/formação, coordenação dos trabalhos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), equipe de enfermagem e, quase sempre, gerenciamento dos serviços (BRASIL, 2004). Tem também a ação de promover a geração de conhecimento, o desenvolvimento de competências, a definição de responsabilidades, realizar o planejamento das ações, estabelecer metas e a avaliação do serviço (PASSO, 2004). O planejamento significa decidir com antecedência o que se pretende fazer, quem irá fazer, como, quando e onde (MARQUIS, 2005). No entanto, para planejar é necessário uma constante avaliação das ações. O enfermeiro precisa apoiar-se em uma avaliação do processo capaz de gerar indicadores que permitem conhecer a realidade social e sanitária da população acompanhada, avaliar os serviços oferecidos e readequá-los sempre que necessário para melhorar a qualidade da assistência. A atualização dos dados de internações cardiovasculares sensíveis à atenção

primária pode e deve reorientar o planejamento de ações de prevenção e tratamento da comunidade no modelo assistencial da ESF.

Ao Núcleo de Pesquisa de Enfermagem e Saúde Coletiva é relevante por colaborar com estudos desenvolvidos sobre a avaliação em saúde na Atenção Básica.

Com o resultado desta pesquisa, acredita-se que os gestores poderão ter nas mãos importantes dados e subsídios para intervenções objetivando a melhoria da assistência à saúde prestada.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 VISITANDO A HISTÓRIA: A POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária tem-se apresentado como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades.

O ideal da saúde como direito universal expresso na Constituição Federal de 88 representa um divisor de águas na política social brasileira. Até aquele momento, não se encontrava entre as obrigações do Estado a provisão dos meios para que cada cidadão brasileiro pudesse exercer, sem restrições, direitos fundamentais à condição humana como saúde, educação, moradia, trabalho, lazer, segurança, etc (SANTINO, 2011).

Sendo assim farei uma visita à história a fim de entender o atual modelo de saúde implantado no Brasil.

Em 1847, na Alemanha, a investigação de uma epidemia de cólera foi indicada pelo médico e político Virchow como melhoria do sistema de atendimento à saúde. Além disso, sugere a necessidade de grandes transformações políticas, econômicas e sociais para avanço nesse campo, uma vez que os problemas de saúde possuem natureza multifatorial (ROSEN, 1979).

Na Rússia, em 1864, foi elaborado o projeto *Zemstvo*, criando assembleias distritais deliberativas, que foram responsáveis pela construção de uma rede de centros de saúde em áreas rurais, instituíram cargos e organizações sanitárias nas províncias, mais tarde o posto de médico sanitário e, treze anos depois, o primeiro Instituto de Médicos Sanitários (DEBONO; RENAUD, 2000; TRAGAKES; LESSOF, 2003).

Como forma de organização do seu sistema de saúde, a Inglaterra elaborou, em 1920, o relatório de Dawson, contrapondo ao modelo americano flexneriano, de cunho curativo, que traz os centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino organizado pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde. Assim os centros de saúde primários e os serviços domiciliares estariam organizados de forma regionalizada, com médicos com formação em clínico geral, que buscariam resolver a maioria dos problemas de saúde. Caso não fosse possível essa resolução, os pacientes seriam encaminhados para os centros de saúde secundários, onde seriam assistidos por

especialistas ou encaminhados para os hospitais no caso de indicação de internação ou cirurgia (AGUIAR, 2010; DAWSON, 1920).

Nos Estados Unidos, em 1961, um importante estudo demonstrou certa ineficácia do sistema de saúde americano em relação às necessidades de saúde de sua população. Mais tarde, foram realizadas várias discussões sobre a eficácia da estrutura vigente de serviços de saúde e o seu impacto sobre a população, evidenciando a necessidade de se pensar em uma nova organização do sistema de saúde local (FERREIRA; BUSS, 2001).

Já em 1965, na China, houve organização da comunidade local, com atenção especial aos idosos, organização do povo para cuidar da saúde ambiental, a realização de cuidados preventivos e tratamento, incluindo-se aqui o uso de ervas medicinais e outros (FERREIRA; BUSS, 2001).

Em 1974, no Canadá, através de um relatório do Ministério Nacional da Saúde e do Bem-Estar denominado *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianenses*, assinado por Marc Lalonde, foram definidos quatro grandes eixos do campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (BUSS *et al*, 1998; FERREIRA, 1998).

Nesse contexto, mediante as experiências advindas de vários países relacionadas aos cuidados primários, na década de 70, a Organização Mundial da Saúde (OMS) fomenta vários encontros e discussões com o tema: Atenção Primária à Saúde (APS). Nestes, foram discutidas alternativas para a extensão dos cuidados à saúde, principalmente nos lugares que não possuíam alguma forma de assistência. Essas discussões tomam força e os resultados obtidos estimulam para que em 1978 aconteça, em Alma-Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, onde se propunha uma nova organização assistencial contrária ao modelo medicocêntrico e hospitalocêntrico, centrado em procedimentos e especialidades médicas (OMS, 1978; PEDROSA, 2011).

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representou um marco de influência nos debates sobre os rumos das políticas de saúde no mundo. Sintetizou todas as discussões que vinham se estabelecendo ao redor das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, com intuito de ofertar um nível de saúde para todos independente das diferentes origens sociais e econômicas, e ainda propor nova abordagem na organização e racionalização dos recursos disponibilizados por esses países por meio dos cuidados primários à saúde.

A OMS (1978 p. 5-6) assim definiu a Atenção Primária:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978).

Apesar disso, as experiências de organização da APS que se sucederam à Conferência, em diferentes países, basearam-se muitas vezes em conceitos mais restritos de APS. Na maioria dos países desenvolvidos, por exemplo, a ênfase dada à APS foi de porta de entrada do sistema de saúde, lugar onde a população teria acesso aos cuidados primários para a maior parte dos problemas de saúde, através dos serviços prestados por médicos generalistas ou médicos de família. Já na maior parte dos países em desenvolvimento – como os países da América Latina – prevaleceu a “abordagem seletiva da APS”, que limita os cuidados primários em saúde a um pacote básico de serviços, voltados ao enfrentamento de problemas de alto impacto, porém para clientela específica, que em geral foram as mulheres e crianças (OPAS, 2005).

Vale destacar que na Declaração de Alma-Ata foi proposto mais do que isso: uma instituição de serviços locais de saúde que fossem centrados principalmente nas necessidades de saúde da população, de amplo acesso, universal, equânime, baseados em perspectiva interdisciplinar, com equipe multiprofissional, onde houvesse participação social na gestão e controle de suas atividades. As ações mínimas desenvolvidas deveriam ser: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (PEREIRA, 2009).

No Brasil o conceito de APS foi adaptado para as condições brasileiras. Sendo denominada “Atenção Básica à Saúde” um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Seu objeto de trabalho é a singularidade do sujeito e a dimensão coletiva, tendo como finalidade a resolubilidade dos problemas de saúde da população mais frequentes e relevantes (SCARETTI, 2007).

Para se chegar à dimensão da APS no país, foi necessário ampliar os conceitos de saúde e doença, realizar reformas no sistema de saúde brasileiro e nos modelos de atenção instituídos, vivenciar uma grande reforma sanitária, implantar e implementar o SUS, democratizar a política de saúde e, acima de tudo, aproximar a população brasileira dessa realidade, participando mais de perto dos processos decisórios na saúde (BRASIL, 2009).

No artigo 198 da Constituição de 1988, foi constituído o novo sistema de saúde no país, o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado e operacionalizado por meio das seguintes diretrizes:

Ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Assim fica proposto um novo sistema de saúde mais universal e equânime, com a implementação de atenção básica mais forte e que pudesse modificar a saúde dos brasileiros. Desta forma, com os princípios da universalidade de acesso dos cidadãos brasileiros aos serviços de saúde de todos os níveis, a descentralização de ações e serviços para instâncias estaduais e municipais e a participação comunitária, buscava-se um sistema de saúde que fosse capaz de trazer à população maior impacto para suas condições de saúde, e que pudesse ser mais humanizado e convergente às necessidades de sua população (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001a; BRASIL, 2011b).

Com o estabelecimento do direito universal à saúde e a obrigação do Estado em provê-la, foi necessário elaborar leis que pudessem dar sustentação a esses processos. Assim, surgem as Leis nº 8.080 e 8.142, conhecidas como “Leis Orgânicas da Saúde”. A primeira institui o SUS com um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, a administração direta e indireta e as fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada deveria participar em caráter complementar. A segunda dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS instituindo dois espaços de participação: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (CARVALHO; MARTIN; CORDONI JR, 2001b; BRASIL, 2003b; STOTZ, 2006).

Assim, o SUS tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade e, como princípios organizativos, a hierarquização, a participação popular e a descentralização administrativa (BRASIL, 1988; 2010b; 2011c).

Segundo Cunha (2001), não foi possível realizar de imediato as mudanças propostas pelo novo sistema de saúde quanto à descentralização, atendimento integral e a priorização nas ações preventivas e de promoção da saúde, bem como na participação comunitária, princípios fortalecedores da atenção básica. Isso se deu em função da fragilidade do arcabouço legal que instituiu o SUS. Com o propósito de efetivar as modificações propostas relativas à saúde, houve a necessidade de se instituir uma legislação normativa complementar, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), documentos operacionais formulados no âmbito do MS que deveriam servir de instrumentos de regulamentação e orientação do processo de implantação descentralizada do SUS. Como principais NOBs, pode-se citar a NOB/91, a NOB/93 e a NOB/96.

A NOB/91 consolidou um sistema de pagamento por produção de serviços ao setor público. Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, executados nas unidades ambulatoriais e hospitalares próprias, ou privadas, por meio de tabelas próprias. Ao pagar a rede pública pelos serviços executados, o governo federal retira de estados e municípios a autonomia para a gestão dos seus sistemas de saúde, além de privilegiar a oferta de serviços médico-assistenciais, contrário ao que vinha sendo pensado para o SUS no que tange à descentralização (BRASIL, 2003c).

A NOB/93 formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, de 1992, que teve como tema central “A municipalização é o caminho”. Buscou recuperar a questão da descentralização e municipalização dos serviços, criando três formas de gestão: incipiente, parcial e semiplena. Criou transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena, habilitou municípios como gestores e constituiu as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) — de âmbito estadual — e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação e integração entre gestores (BRASIL, 2003c).

Já com a NOB/96 houve uma série de avanços no processo de descentralização. Pode-se citar: o município como responsável em primeira instância pela situação da saúde de sua população, devendo organizar os serviços que estão sob sua gestão ou participar da construção do acesso aos demais serviços (dentro ou fora do município); o estabelecimento da Programação Pactuada Integral (PPI), onde seriam definidas e quantificadas ações para a população residente em cada território, efetuando pactos intergestores que pudessem garantir maior acesso da população aos serviços de saúde do município e reforçando a ideia da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde; criação do Piso de Atenção

Básica (PAB), destinado à atenção básica em seus componentes fixo e variável, estabelecendo um valor que os municípios deveriam receber fundo a fundo do governo federal, podendo variar de 12,50 a 18 reais por habitante, desde que cumpridos alguns requisitos; aperfeiçoamento dos mecanismos de transferência fundo a fundo e estabelecimento das novas formas de gestão para os estados e municípios (CAMPOS, 2006; BRASIL, 1999; BRASIL, 2007), que sofreram modificações atualmente e se adequaram à nova realidade do SUS e às suas demandas.

Os estados poderiam se habilitar na Gestão Avançada do Sistema Estadual e na Gestão Plena do Sistema Estadual, e os municípios na Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Os municípios que não aderiram ao processo de habilitação permaneceram como prestadores de serviços ao sistema, cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto estivesse mantida a situação de não habilitado. Além disso, o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) passam a ser enfatizados pelo MS e implantados como estratégias prioritárias para o fortalecimento da atenção primária nos sistemas municipais de saúde (CAMPOS, 2006; BRASIL, 1999; BRASIL, 2007).

Com o incentivo do PAB variável, houve reforço do desenvolvimento das ações na Atenção Básica: PSF; Farmácia Básica; incentivo ao combate às carências nutricionais; incentivo às ações básicas de Vigilância Sanitária; incentivo às ações de controle da tuberculose; incentivo adicional ao programa de agentes comunitários de saúde; incentivo à saúde bucal e outros. Apesar dos avanços que essas NOBs proporcionaram à saúde do país e sem tirar o mérito de cada uma delas, há consenso de que essas normas não caminharam tanto quanto se esperava no sentido da descentralização e municipalização da saúde. Ainda seria necessário articular meios para que a saúde da população fosse mais efetiva (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2007).

Para Macinko, Starfield e Shy (2003), APS deve ser a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde, oferecer atendimento integral em aspectos amplos (não apenas assistência à doença), atender todas as condições de saúde do indivíduo salvo em caso de situações raras ou incomuns, coordenar e integrar os outros níveis de atenção. APS compreende ainda: “a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (MACINKO *et al*, 2006, p.686).

A APS como porta de entrada do indivíduo para a saúde é definida como o primeiro nível de acesso de um sistema de saúde (**acesso de primeiro contato**), caracterizando-se,

principalmente, pela **longitudinalidade**, **integralidade** da atenção e **coordenação do cuidado** dentro do próprio sistema, podendo contar com características complementares como a **orientação familiar e comunitária** e a **competência cultural**. Essa definição explicita os atributos essenciais e derivados da APS.

Atributos essenciais: **Acesso de Primeiro Contato**: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas. **Longitudinalidade**: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde. **Integralidade**: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação.

Atributos derivados: **Orientação Familiar**: na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado, e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. **Orientação Comunitária**: reconhecimento, por parte do serviço de saúde, das necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; de sua relação com ela, assim como planejamento e avaliação conjunta dos serviços. **Competência Cultural**: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população, para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Visto isso na década 90 inicia uma mudança na APS. Tem-se a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a organização das práticas e serviços da Atenção Básica, priorizando as ações pautadas nos princípios “da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da corresponsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde” (TRAD *et al*, 1998).

Ainda na década de 90 o termo PSF é substituído por ESF, à medida que a concepção de programa passa a ser minimalista para contemplar todas as responsabilidades destinadas a ele. A ESF é entendida e concebida como tática de universalização do acesso aos serviços de saúde e consolidação do processo de descentralização determinado pelo SUS (ANDRADE *et al*; 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica define as competências da ESF em seu processo de trabalho. Para que seus princípios se tornem viáveis, é necessário que a equipe: (1) mantenha atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos e utilize, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território; (2) defina o território de atuação, mapeamento e reconhecimento da área adscrita, que compreenda o segmento populacional determinado, com atualização contínua; (3) exerça a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que vise propor intervenções que influenciem os processos de saúde-doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade; (4) promova ações intersetoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; (5) promova e estimule a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações; e (6) acompanhe e avalie, de forma sistemática, as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho (BRASIL, 2006, p. 68)

Em 1997, mesmo com a crise do financiamento setorial houve um comprometimento de mudança do modelo de assistência à saúde. Esse ano ficou conhecido como o ano da saúde no Brasil. Tal movimento consistiu em expandir as equipes de Saúde da Família de 847 para 3500 e implantar o Piso da Atenção Básica, o PAB (PAIM, 2003).

A partir de 2000, organização da atenção básica passou a ser atribuição das secretarias municipais de saúde. O Ministério da Saúde (MS) repassou aos municípios a tarefa de gerenciar a sua atenção básica tanto na dimensão administrativa, técnica e financeira, quanto na parte de operacionalização (CAMPOS, 2006).

Com o intuito de tornar o sistema de saúde brasileiro mais equânime, integral, universal, resolutivo e de boa qualidade, principalmente no que tange à atenção básica, além de dar maior continuidade ao processo de descentralização e organização do SUS, foi elaborada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, resultado direto do movimento de pactuação entre os três níveis de gestão, visando o aprimoramento do SUS, na qual:

Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, p. 5).

Na NOAS, a regionalização foi enfatizada e colocada como necessária para o processo de descentralização e organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços à população (BRASIL, 2002b; 2007).

Embora fossem esperadas grandes mudanças com a efetivação da orientação operativa trazida pela NOAS, isso não ocorreu. A atribuição à Secretaria Estadual de Saúde no que se referia ao planejamento regional foi um fator de resistência. Com a aquisição de autonomia na gestão de saúde por parte dos municípios, ocorreu um retrocesso. As propostas da NOAS não foram bem sucedidas como se esperava. Em vez de ajuda mútua entre estados e municípios, foram desencadeadas diversas disputas entre eles, e a ação de indução que o MS promoveu para esse processo de cooperação não foi suficiente para criar espaços de coordenação federativa nos estados e municípios (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; DOURADO; ELIAS, 2011).

Em 2003, a OPAS/OMS, com intuito de fornecer orientações para a melhoria da atenção primária nos países das Américas e subsidiar estratégias futuras para renovação da atenção primária, deu início, por meio de discussões e debates técnicos, à elaboração de um documento de posicionamento denominado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas”, que trouxe novos desafios para lidar melhor com as disparidades dessa área nos países da região e também entre eles. Esse documento promoveria mudanças necessárias para o alcance de uma atenção primária mais efetiva e renovada, capaz de gerar impacto na saúde desses países (OPAS, 2007).

Dessa forma, em 2004, em Washington, com o objetivo de analisar e reafirmar as dimensões conceituais da APS foi constituído um grupo de trabalho da Declaração de Alma-Ata para desenvolver definições operacionais de conceitos sobre a APS, bem como orientar os países e a OPAS/OMS sobre como reorientar os seus sistemas e serviços de saúde conforme esses princípios e elaborar uma declaração regional que refletisse as realidades atuais dos sistemas e serviços de saúde, avaliando os êxitos de sua aplicação e, por fim, organizar e realizar consulta regional para que fosse legitimado todo o processo (OPAS, 2007).

Em 2005, o documento provisório, elaborado após várias discussões em fóruns, plenárias, consulta a especialistas locais e trabalho em campo, é enviado aos países para análise, sendo definido como fruto de consulta realizada com mais de trinta países representados por aproximadamente 100 pessoas, organizações não governamentais, associações profissionais, universidades e agências da ONU (MONTENEGRO, 2011).

Os países participantes definiram nesse documento os compromissos: facilitar a inclusão social e equidade em saúde; reconhecimento dos papéis do indivíduo e da

comunidade no desenvolvimento de sistemas baseados na APS; orientação no sentido da promoção da saúde e atenção abrangente e integrada; desenvolvimento do trabalho intersetorial; orientação para a qualidade do atendimento e segurança do paciente; fortalecimento dos recursos humanos na saúde; estabelecimento de condições estruturais que permitam a renovação da APS; garantia de sustentabilidade financeira; pesquisa, desenvolvimento e tecnologia apropriados, incluindo o fortalecimento de redes e parcerias de cooperação internacional em apoio à APS.

Em 2006, surgiram muitas críticas relacionadas à condução da política de descentralização e municipalização da saúde no país, o que levou à apresentação de uma nova portaria ministerial com proposta de um novo pacto pela saúde (pacto pela vida, pela saúde e de gestão), estabelecendo como uma das suas seis prioridades a “Atenção Básica à Saúde” e reafirmando a “Estratégia da Saúde da Família” como modelo de atenção básica e ordenadora das redes de atenção. Assim, o MS implanta o “Pacto pela Saúde”, cujo objetivo era promover a melhoria na qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, ampliando e garantindo o acesso a esses serviços. Esse pacto foi um acordo que os gestores responsáveis pela implementação do SUS assumiram no intuito de estabelecer novas estratégias na gestão, no financiamento e planejamento, de maneira a consolidar o atual sistema de saúde nacional (BRASIL, 2006c; 2007).

Segundo Cohn (2009), em 2008, foram comemorados os 20 anos do SUS e 15 anos de implantação da ESF. Pode-se dizer que ocorreram avanços, como mostram os dados epidemiológicos, os indicadores de saúde, a maior distribuição de infraestrutura de serviços, de cobertura, de acesso e outros. Porém, ainda não se pode comemorar esses avanços integralmente, pois não foram lineares nem uniformes, como evidenciam os dados relacionados à equidade, à integralidade do acesso, à regulação do setor privado da saúde e ao financiamento, dentre igualmente tantos outros (COHN, 2009).

O Relatório Mundial de Saúde (2008) diz que houve melhora na oferta de serviços e nos sistemas de saúde dos países que orientaram os seus serviços segundo a APS, mas alguns desafios ainda continuam:

As barreiras ao acesso ainda são fatores importantes de iniquidade: o desembolso direto, em particular, é importante fonte de exclusão dos cuidados necessários. Além disso, quando as pessoas têm de comprar cuidados de saúde a um preço que está além das suas posses, um problema de saúde pode rapidamente precipitá-las na pobreza ou na falência. É por isso que a expansão da oferta de serviços tem de se apoiar na expansão. O mundo tem melhor tecnologia e melhor informação para que possa maximizar o retorno da transformação do funcionamento dos sistemas de saúde. O

crecente envolvimento da sociedade civil na saúde e um pensamento global coletivo associado a escalas de eficiência (por exemplo, nos medicamentos essenciais) contribuem ainda mais para as hipóteses de sucesso (OMS, 2008, p. XVII).

Para que os sistemas de saúde possam ser mais adequados, Starfield (2002) chama atenção para a necessidade de que devam ser capazes de reduzir a ocorrência de cuidados insatisfatórios, desenvolver ações de prevenção a doenças e promoção da saúde, além de promover acesso a serviços de referência, estabelecendo contrarreferência adequada, além de diminuir hospitalizações por problemas passíveis de serem resolvidos na Atenção Primária.

A autora ainda traz que para melhor cuidado e atenção nos serviços de saúde são necessários o que ela chama de ‘elementos capacitadores’: profissionais envolvidos na prestação do serviço e sua educação e treinamento; instalações e equipamentos adequados; gerenciamento e estruturas adequadas e humanizadas; oferta de serviços variados; arranjos de funcionamento; organização do serviço; continuidade da atenção; acesso ao atendimento; e delineamento da população eletiva para receber os serviços.

Como desafios a enfrentar para fortalecimento da atenção primária pode-se citar: investimento na formação dos recursos humanos; capacitação e qualificação desses profissionais com política de educação permanente estabelecida; remuneração adequada; investimento na infraestrutura dos serviços, equipamentos e tecnologias necessárias à qualidade da atenção; financiamento e redistribuição de recursos de forma mais equânime; coalizões; mudanças no poder político; e principalmente apoio e participação popular (BRASIL, 2010b).

Como linhas estratégicas para o alcance de uma Atenção Primária Renovada no Brasil e nas Américas a OMS (2008) sugere que o aprimoramento da APS está associado à construção de redes de atenção à saúde, de forma a ofertar maiores possibilidades de acesso e qualidade na atenção à saúde da população, que acessa o sistema de saúde por meio dos serviços ofertados (BRASIL, 2008).

Mendes (2009) relata que a maneira de organizar uma rede de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde devem se estruturar em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, da melhor forma possível. Para ser feita de maneira mais efetiva, eficiente e com qualidade, deve se estruturar conforme alguns fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de

substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. Cada rede de atenção à saúde deve ser organizada de acordo com as necessidades de sua população e de acordo com os serviços que constituem cada sistema de saúde daquele país ou região.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) considera que as redes integradas de serviços de saúde têm atributos para seu funcionamento, tais como: população e território definidos; oferta extensa de serviços de saúde; promoção da saúde; prevenção das doenças; diagnóstico e tratamento oportunos; encaminhamento a serviços especializados especialmente em ambientes extra-hospitalares; coordenação do cuidado; atenção centrada nas famílias e comunidade; sistema de governança participativo e único, para toda a rede de atenção à saúde; gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; além de ação intersetorial ampla (OPAS, 2010).

Como tentativa de aprimorar a Atenção Básica para os dias atuais, foi lançada a nova Política Nacional de Atenção Básica pela Portaria nº 2.488 de outubro de 2011, que foi renovada e revista, além de ter passado por uma revisão de conceitos. Como Atenção Básica, traz:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011c, p. 2).

A partir dessa nova política, a atenção básica passa a ter como fundamentos e diretrizes: ter território adstrito; possibilitar acesso universal e contínuo a serviços de

qualidade e resolutivos; adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em seus vários aspectos, como integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; e estimular a participação social (BRASIL, 2011c).

Além disso, traz as responsabilidades de cada esfera do governo no que tange à saúde; a infraestrutura mínima e como devem funcionar as UBS; educação permanente das equipes de atenção básica; os processos de trabalho das equipes de atenção básica; atribuições de cada membro da equipe; a ESF, como porta de entrada principal e organizadora do sistema de saúde (quantidade e modalidade das equipes); equipes de atenção básica para populações específicas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF); Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf); Programa Saúde na Escola; e outros recursos (BRASIL, 2011c).

Como forma de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da Atenção Básica nos municípios brasileiros, o MS vem fortalecendo a ampliação da cobertura; criando novas modelagens de Equipes de Atenção Básica; acolhimento nas UBS; fortalecimento dos Nasf; ofertas de Formação e Educação Permanente; Telessaúde; informatização das UBS e do Novo Sistema de Informação; Qualificação das Práticas de Cuidado e ampliação da resolubilidade; valorização dos profissionais e comunidade de prática; qualificação da atenção às condições crônicas; qualificação de apoio diagnóstico e terapêutico à Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Como atuais políticas e programas vigentes estabelecidos pelo MS, que fortalecem a saúde da população brasileira e a atenção básica de forma direta ou indireta, tem: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); a Política Nacional de Humanização (PNH); a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan); Saúde Mais Perto de Você; Melhor em Casa, Brasil Sorridente, Saúde da Família, Academia da Saúde; Consultório de Rua; Programa Saúde na Escola (PSE); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; reforma, ampliação e telessaúde; Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab); Programa de Expansão e consolidação da Saúde da Família (Proesf); Versus Brasil e outros (BRASIL, 2011b; 2012).

Como forma de garantir os processos de mudanças a partir da implementação da PNAB e dos novos programas destinados a aprimorar a saúde da população, o MS lançou

uma série de portarias destinadas ao financiamento da atenção básica, para que esses possam de fato ser implantados. São elas: Portarias 1.602, de 09/07/2011, que define os valores *per capita* do PAB fixo; 1.654, de 19/07/2011, que institui o Componente de Qualidade na Atenção Básica, conforme o PMAQ; 2.206, de 12/09/2011, que institui o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; e, finalmente, a 2.488, de 21/10/2011, que aprova a nova PNAB (BRASIL, 2011c; 2012).

Como consenso de vários autores, para o fortalecimento da atenção básica no país a ESF entra nesse contexto com intuito de não só fortalecer a atenção básica, mas também de reorientar o sistema enquanto porta de entrada principal, e reordenar toda a gestão do cuidado. No próximo capítulo discute-se a ESF como porta de entrada, reordenadora do cuidado, limites e possibilidades de atuação e o impacto na saúde da população.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Estratégia Saúde da Família é considerada o instrumento prioritário da Atenção Básica e tem caráter substitutivo em relação à rede de serviços básicos tradicionais nos territórios em que atua (BRASIL, 2006b; TRAD *et al*, 1998; RONZANI; STRALEN, 2003).

Em 1993, o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), com base no Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), no programa Médico da Família, de Niterói, e no Programa Metropolitano de Saúde, de São Paulo (VIANA; DAL POZ, 2005). O PSF foi efetivamente criado em 1994, ainda vinculado à FUNASA, mas no ano seguinte o PSF passou a ser coordenado pela Secretaria de Assistência à Saúde (BRASIL, 2005). Posteriormente ao passar para a coordenação do Ministério da Saúde dá-se o nome de ‘Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial’ (BRASIL, 1997).

Em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos ACS (BRASIL, 2000b). Tal processo se consolidou em março de 1994, quando o mecanismo de financiamento do PACS se inseriu no pagamento por procedimentos operado pelo SUS, ou seja, a tabela do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS). Cabe assinalar que a formação do PSF leva ao primeiro documento do programa, com a data de setembro de 1994, com o objetivo geral do PSF definido como:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 1998).

Nesse documento ainda define a equipe de Saúde da Família com: médico ‘de família ou generalista’, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde e algumas características do processo de trabalho dessas equipes como: cadastramento dos pacientes; a definição do território sob sua responsabilidade; a realização do diagnóstico situacional; o planejamento local das ações em saúde; e a abordagem multiprofissional.

A implementação e consolidação do PSF sofreram dificuldades devidas à restrição da expansão de serviços públicos universais pela agenda do Estado dos anos 1990 e pelo método de financiamento que privilegiava os municípios de pequeno porte. Além disso, o SUS também vem enfrentando desafios: muitos em virtude da dificuldade de estabelecer regras genéricas a um país desigual e de sua complexidade normativa e técnica (MAGNAGO, 2011). No intuito de superar as referidas dificuldades e fortalecer o modelo de atenção público e universal, tem-se proposto, ao longo dos anos, medidas de organização, implementação e solidificação do SUS, sobretudo no que compete aos serviços de atenção básica. Exemplo disso foi a criação das Normas Operacionais Básicas (NOBs), com destaque para a de 1996, que estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB) e o incentivo aos Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Após a instituição do PAB e do incentivo ao PSF e PACS, um importante processo de ampliação do acesso à Atenção Básica foi iniciado, impulsionando a expansão e consolidação da Saúde da Família (SF).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada em 2006, estabelece que a atenção básica “tem a Saúde da Família” como estratégia prioritária para sua organização. O Ministério da Saúde lança o documento onde já se refere à saúde da família como estratégia, e não programa. Sai o termo PSF (BRASIL, 2007), que passou a ser considerada pelo MS como estratégia fundamental para a reorientação das ações de saúde e para a consolidação de uma APS qualificada e resolutiva (BRASIL 2007).

Ao contrário do modelo assistencial tradicional, centrado na doença e no hospital, a Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto adultos quanto crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. As equipes atuam prioritariamente em áreas periféricas ou desassistidas, onde as pessoas estão expostas a maior risco de adoecer e morrer e, na sua maioria, sem acesso aos serviços formais de saúde (BRASIL, 2000a).

A organização do trabalho desenvolvido pela Estratégia Saúde da Família prevê o acompanhamento da população adscrita pelas equipes de saúde, que são compostas minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis

agentes comunitários de saúde, um dentista e auxiliares, que desenvolvem ações de diagnóstico precoce das doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, abrangendo inclusive a identificação das causas que acarretem riscos à saúde da população (BRASIL, 2000b; 2001; 2002; 2003b).

Na concepção do programa, a equipe de saúde e a população assistida criam vínculos de corresponsabilidade, o que permite o acompanhamento sistemático dos indivíduos e das famílias por parte dos profissionais e o progressivo envolvimento da comunidade com as atividades inerentes ao controle social.

Passando ao largo desta discussão, o Ministério da Saúde estabeleceu as bases para a consolidação da ESF, adotando um arcabouço técnico-operacional que visa orientar a organização deste modelo de atenção nos municípios. Estes princípios ressaltam o caráter substitutivo do programa, através da troca das práticas tradicionais de assistência, com foco no processo de trabalho comprometido com a prevenção dos agravos, com a promoção da saúde e com a resolutividade da assistência; a integração das unidades de saúde da família com a rede de serviços; a intersetorialidade, através da busca junto a outros setores sociais da complementaridade necessária às suas ações e práticas; a territorialização, com definição da área de abrangência, população adscrita e domínio sobre o território; a responsabilização e vínculo, com equipes responsáveis pela melhoria da saúde e da qualidade de vida das famílias de sua área de abrangência, usando como estratégias o atendimento humanizado e o estabelecimento de laços com os indivíduos e as famílias; e o estímulo ao controle social, pela criação e garantia de utilização dos canais de participação social (BRASIL, 2006a).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/02) definiu as responsabilidades da atenção básica, servindo como referência para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família. O conjunto das práticas de saúde desenvolvidas deve abranger as fases do ciclo de vida humano (criança, adolescente, jovem, mulher, homem e idoso), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis (BRASIL, 2006a).

2.2.1 Estratégia Saúde da Família no Rio de Janeiro

A ESF se direciona para a promoção da equidade e sua inovação consiste em não abdicar da integralidade da assistência ao mesmo tempo em que proporciona maiores possibilidades de atendimento qualificado à população (SOUSA, 2011).

Conforme o princípio da equidade, a implantação da ESF no município do Rio de Janeiro se deu prioritariamente em áreas que possuíam o menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nestes casos, “a focalização assume o sentido de ação afirmativa ou discriminação positiva, a partir da instauração de uma seletividade dos potenciais beneficiários da política, de forma a ampliar o acesso econômico, social e cultural dos segmentos sociais que realmente precisam” (SENNA, 2002. p.206).

A cidade do Rio de Janeiro até dezembro de 2008 era a capital do País com a mais baixa cobertura de equipes de Saúde da Família — apenas 3,5% dos moradores contavam com essas equipes. Estamos falando de equipes completas, com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde Bucal.

Em 2008 as eleições levaram o prefeito que assumiu o município do Rio de Janeiro em janeiro de 2009 a propor um discurso da “união entre os governos municipal, estadual e federal”.

Durante as eleições, a plataforma do atual prefeito afirmava que a prioridade de seu governo seria a saúde. O secretário de Saúde foi o primeiro a ser anunciado após o resultado das eleições. Foi designado para ocupar este cargo, a partir de outubro de 2008, um secretário técnico.

A indicação do secretário de saúde afirma uma aliança entre os governos municipal e estadual na cidade do Rio de Janeiro, fato inédito na história recente da cidade, que certamente influencia os rumos de uma política tão dependente das relações federativas quanto é o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a constituição do Estado do Rio de Janeiro, originada da fusão entre o antigo Estado do Rio de Janeiro e o antigo Estado da Guanabara (atual Município do Rio de Janeiro) as relações entre estado e município são complexas e competitivas, tendo um peso preponderante na conformação da política de saúde (SANTINO, 2011).

A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde foi alterada. A antiga Coordenação Geral do Sistema de Defesa Civil (COSIDE) foi transformada em Subsecretaria subordinada à Secretaria Municipal de Saúde, que passou então a ser denominada Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), atualmente Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Sua estrutura conta com seis Subsecretarias: Geral, de Gestão, de Defesa Civil, de Vigilância, Fiscalização Sanitária e Controle de Zoonoses, de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, e de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (PINTO, 2011).

A aliança política entre os governos municipal e federal, que se estabeleceu com o início da gestão do prefeito eleito, também se configurou numa oportunidade para o aumento de repasses financeiros para a cidade do Rio de Janeiro. Soma-se a isso o fato do Rio de Janeiro ter se tornado alvo de investimentos públicos das três esferas em virtude dos grandes eventos que acontecem na cidade até 2016 (SANTINO, 2011).

O setor Saúde vinha tendo como principal atuação a ampliação do número de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) 24h, projeto criado pelo governador do ano de 2008. No decorrer de 2009, entretanto, a Prefeitura elaborou um Plano Estratégico para orientar as ações que seriam realizadas durante os quatro anos de gestão. Identificam-se quatro problemas principais no sistema municipal de saúde. O primeiro deles é a lógica de valorização da atenção hospitalar em detrimento das ações de atenção primária, que orientava o planejamento da política de forma a destinar a maior parte dos recursos para a atenção hospitalar. Os outros três problemas são decorrentes desse baixo investimento crônico em atenção primária: a baixa cobertura da APS na cidade do Rio de Janeiro, sua baixa resolutividade e a focalização da política de atenção primária. (SANTINO, 2011).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em dezembro de 2008 o município do Rio contava com 126 equipes da ESF, o equivalente a cerca de 8% da população estimada pelo IBGE para o ano de 2008 (BRASIL, 2011). O diagnóstico feito pela equipe da SMSDC, no entanto, apura uma situação ainda mais grave: se forem consideradas neste cálculo apenas as equipes completas (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipes de Saúde Bucal), em dezembro de 2008 a população do Rio de Janeiro possuía somente 3,5% de cobertura de Saúde da Família. Qualquer que seja o método de cálculo, o Rio de Janeiro era a capital com menor cobertura de Saúde da Família no país (PINTO, 2011).

Foi estabelecida como meta pela SMSRJ a expansão do número de equipes completas de Saúde da Família para no mínimo 70% de cobertura, ou seja, cerca de 2,4 milhões de cariocas teriam suas equipes de saúde no final de 2016, com um total estimado em 1188 equipes de saúde da família. Esta e outras metas correlatas foram estabelecidas no Plano Municipal de Saúde (2013-2016), no Plano Plurianual (2013-2016) com recursos novos para a atenção primária.

A ênfase não deve se apenas quantitativa, quer do ponto de vista da cobertura da ESF, quer do volume de financiamento municipal para APS. O ponto essencial da mudança deve ser na qualidade.

A Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em 2009, lançou o Programa Saúde Presente, com base na reestruturação da atenção primária em saúde e, assim, marcava o início de uma nova fase para assistência em saúde no município. Para tal, foi regulamentada a Lei Municipal nº 5.026, de 19 de maio de 2009, que aponta para um novo modelo de gestão, sob a justificativa de que é necessário dar agilidade e flexibilidade a uma gestão considerada morosa e pouco eficiente.

O Programa Saúde Presente foi considerado uma experiência inovadora de modelagem de redes de saúde, reestruturando a saúde do Rio de Janeiro. A reestruturação da ESF tem com princípio básico a criação das Clínicas da Família. Estas são unidades de saúde estruturalmente sofisticadas, equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, como prontuários eletrônicos; e, o mais importante, com condições para atrair profissionais de saúde de qualidade. Essas condições vão desde os aspectos estruturais já citados, passando pela forma e valor de contratação, chegando à incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais frente ao crescimento das Clínicas da Família.

Quanto ao financiamento municipal para essas transformações o governo municipal adotou para a Estratégia Saúde da Família o modelo de gestão por Organizações Sociais (OS). No entanto, a Lei nº 5.026 de 19 de maio de 2009, que regulamenta as OS no âmbito do município diz, em seu artigo 2º que, na área da saúde, as OS só poderão atuar em unidades “criadas a partir da entrada em vigor desta Lei, no Hospital Municipal Ronaldo Gazolla e nos equipamentos destinados ao Programa de Saúde da Família” (SANTINO, 2011).

O momento foi considerado de transição, em que os dois modelos convivem para que a conversão ocorra de forma gradual. A SMS não conseguiu atingir a meta prevista no Plano Municipal de Saúde (PMS) de 70% de cobertura de Saúde da Família em 2014, mas conseguiu uma cobertura de 39,4% ao final de 2013.

Em um documento elaborado as unidades de saúde são classificadas em três tipos (SMS-RJ-2010):

- a) unidades tipo A: unidades de saúde onde todo o território é coberto por equipes da Estratégia Saúde da Família;
- b) unidades tipo B: unidades de saúde tradicionais, com incorporação de uma ou mais equipes da ESF, que cobrem parcialmente o território;
- c) unidades tipo C: unidades básicas de saúde tradicionais, sem a presença de equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012b).

Em 2009 a expansão da cobertura da APS ocorre de modo concomitante à organização de uma rede de atenção integral, através de um processo de planejamento proposto pelo Ministério da Saúde (MS) de implementação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde – Teias (SANTINO, 2011). As Teias correspondem a territórios sanitários onde as ações de vigilância e assistência em saúde, nos diversos níveis de complexidade, devem estar integradas por meio de uma rede com fluxos de referência e contrarreferência bem definidas.

No esquema de Dawson, proposto para a organização do sistema de saúde britânico, os centros primários de saúde seriam o núcleo do sistema e se relacionariam com centros secundários, onde estariam os serviços especializados. Estes, por sua vez, estariam ligados a hospitais de ensino. Na formulação de Dawson, a atenção primária e a atenção hospitalar não se colocavam como antagônicas, mas como integrantes de uma mesma rede e, portanto, com papéis complementares (KUSCHNIR, 2010).

No município do Rio de Janeiro, desenharam-se as Teias nas dez Áreas de Planejamento (AP) da saúde já existentes. Após análise dessas áreas identificou-se uma carência do sistema de saúde principalmente de atenção primária. O município passa então a ter nas APs as unidades de Clínicas da Família como ponto central dos territórios sanitários. No nível intermediário encontram-se as Policlínicas, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Coordenação Regional de Emergência (CER), os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e os Centros de Reabilitação; e no nível terciário os Hospitais, Maternidades e Institutos (SANTINO, 2011).

Tabela 1 – Distribuição da população e das unidades de saúde do município do Rio de Janeiro por região de saúde, 2013.

Área	População	Hospitais (Mun., Est. e Fed.)	UPAS/CER	Equipes da Estratégia da Família	Serviço de Apoio Diagnóstico	Unidades de APS
1.0	307.368	15	1	40	9	13
2.1	640.446	7	2	52	7	12
2.2	372.422	6	1	16	7	7
3.1	895.198	4	3	137	23	28
3.2	571.359	5	1	81	4	19
3.3	946.242	5	3	113	11	25
4.0	982.035	9	2	40	9	13
5.1	674.644	1	3	105	20	22
5.2	690.383	1	1	115	22	29
5.3	386.639	1	4	99	16	25

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde-RJ – Relatório Anual de Gestão, 2013. Adaptado pela Autora

Na Tabela 1, pode-se observar a rede de serviço de saúde de cada Área de Planejamento (AP) do município do Rio de Janeiro. Nota-se que na AP 1.0 tem a maior oferta de hospitais. A AP 3.1 tem o maior número de eFS e 28 unidades de APS, apesar de não ser o maior número de população. As APs com a maior população, 3.3 e 4.0, não tem o maior número de eFS nem o maior número de unidades de serviço.

O esforço da Secretaria para aumentar a resolutividade da APS está relacionado à qualidade das novas unidades. As Clínicas da Família possuem a estrutura física adequada para abrigar esse projeto mais amplo da APS. Essas são unidades amplas, com todos os ambientes e equipamentos necessários ao desenvolvimento de uma proposta abrangente da APS (consultórios, sala de exames, sala de reunião, auditório, laboratório, etc.), com qualidades estéticas e tecnologias disponíveis que atendem tanto as expectativas do usuário quanto as do profissional, para que estes se sintam mais seguros no que diz respeito aos serviços de apoio diagnóstico.

Tabela 2 – Distribuição da população e da rede de atenção básica de saúde do município do Rio de Janeiro por Área de Planejamento, 2013.

Área	População	Clínica da Família	Centro Municipal de Saúde	Unidades Tipo A	Unidades Tipo B	Unidades de APS
1.0	307.368	3	9	6	6	12
2.1	640.446	4	8	8	4	12
2.2	372.422	0	8	6	2	8
3.1	895.198	11	17	21	7	28
3.2	571.359	10	9	12	7	19
3.3	946.242	11	14	19	6	25
4.0	982.035	3	10	9	4	13
5.1	674.644	9	13	15	7	22
5.2	690.383	10	19	20	9	29
5.3	386.639	15	10	23	2	25

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Elaborado pela autora, 2014.

Na Tabela 2, pode-se observar a rede de atenção básica de saúde de cada AP. Nota-se que na AP 3.1 tem a maior oferta de unidades do tipo A, onde todo o território é coberto por

equipes da Estratégia Saúde da Família. A AP 2.2 tem a menor quantidade de unidades tipo A e a AP 4.0 tem a maior população, mas apresenta nove unidades tipo A.

O serviço de saúde tem atualmente buscado ofertar assistência de qualidade com integralidade e resolutividade (Reis *et al*, 1990). O MS chama atenção para o grande desafio que é buscar um conceito de qualidade em relação à ESF, em função das pluralidades de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica, individuais, comunitárias e profissionais).

Para Donabedian (1990) a qualidade deve ser avaliada utilizando os atributos por ele denominados os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade. Assim optou-se como atributo desta pesquisa a efetividade, que é definida como capacidade de produzir o efeito desejado quando “em uso rotineiro”; consiste na relação entre o impacto real e o potencial. Isto é, o programa ou serviço funciona?

Visto isso surgem os seguintes questionamentos: As pessoas estão satisfeitas com o serviço oferecido? Qual é o melhor? Quem está sendo beneficiado? Os serviços de saúde estão sendo efetivos?

2.3 AVALIAÇÃO

A pesquisa de avaliação de políticas públicas de saúde, no Brasil, se desenvolveu apenas a partir da década de 1980, atingindo maior expansão em 1988 com a criação do SUS. Através da reestruturação das políticas públicas de saúde – cujo objetivo fundamentava-se no aumento da eficiência e da eficácia das ações de saúde, com intuito de garantir equidade e acesso a toda população – surge a necessidade de adotar processos avaliativos, sendo estes progressivamente valorizados pela lógica gerencial como perspectiva contemporânea e politicamente coerente com o contexto vigente (CORDEIRO *et al*, 2001; GOMES; HARTZ).

O conceito de avaliação de programas públicos surgiu no cenário mundial após a Segunda Guerra frente à necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado. Neste sentido foram desenvolvidos vários métodos que objetivavam possibilitar a análise das vantagens e dos custos dos programas (UCHIMURA; BOSI, 2004).

Sob a concepção de Deslandes (1997), a avaliação de programas e serviços é de suma relevância, seja na área da saúde pública ou nas demais áreas a que se aplica – educação, administração, economia, serviço social, dentre outras – sendo que em cada campo temático ganha contornos próprios, o que possibilita a compatibilidade segundo a natureza específica

do objeto em estudo. A avaliação em saúde, de acordo com vários autores, é encontrada de forma muito diversificada na literatura, justamente por ser uma área ainda em construção conceitual e metodológica.

Conceituar avaliação não é uma tarefa simples, pois a tarefa traz à baila uma polissemia de significados e conceitos, até o ponto de Hartz (1999) dizer que cada avaliador define o seu próprio conceito. Apesar de ser vista por muitos como algo punitivo, associado a práticas autoritárias e de controle, essa concepção vem mudando gradativamente para uma perspectiva de melhoria da qualidade, planejamento futuro, tomada de decisões e mudanças na práxis cotidiana dos profissionais que a utilizam (FURTADO, 2006; DONABEDIAN, 1984).

Para Rossi e Freeman (1982) a avaliação é a aplicação de procedimentos de pesquisa social na determinação da conceitualização, do desenho, da implantação e da utilidade de programas de intervenção social.

Donabedian (1984) traz que avaliação é um processo que busca determinar objetivamente e sistematicamente a relevância, efetividade e impacto das atividades. É um processo organizativo que busca melhorar as atividades desenvolvidas e planejar o futuro, orientando a tomada de decisões.

Contandriopoulos *et al* (2008) afirmam que a avaliação apresenta objetivos de natureza variadas e dicotômicos entre si, podendo ser oficiais ou officiosos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos ou somente por alguns.

Brook sugere que:

um grande esforço de pesquisa (talvez o mais importante deles) seria a tentativa de integrar: a) a eficácia do cuidado onde as circunstâncias são mais favoráveis à produção de bons resultados; b) a efetividade do cuidado no curso diário dos eventos; c) as variações das características populacionais no uso do serviço e as variações intimamente relacionadas à qualidade do cuidado, medidas em termos de resultados no paciente; d) finalmente, os níveis de qualidade de cuidado nos termos mais amplos possíveis (BROOK, 1985).

De acordo com Uchimura e Bosi (2004), em se tratando de avaliação de serviços ou programas de saúde o ato de avaliar é deslocado ao campo das ciências sociais, e compreende a utilização de “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de maneira justificável” (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, p. 17; *apud* UCHIMURA; BOSI, 2004, p. 77).

Motta (1989) afirma que a avaliação é um processo de fornecer e produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas

públicos. Consiste em exame crítico dos valores explícitos de uma política, para saber se continuam congruentes com os objetivos previstos.

Os diferentes conceitos, significados e perspectivas que a avaliação pode assumir não devem servir como entrave ao processo avaliativo, mas, pelo contrário, devem ser convertidos em estratégias e ações que possam proporcionar aperfeiçoamentos no âmbito da gestão, dos serviços de saúde, assistência à saúde e principalmente na prática cotidiana dos profissionais que acolhem e assistem os usuários que buscam os serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997; ESPERIDIÃO e TRAD, 2006).

Pensando em apresentar resultados da ampliação da ESF na saúde da população do município do Rio de Janeiro, avaliando sobre a ótica da efetividade da assistência à saúde. Essa pesquisa usa o instrumento das internações por condições sensíveis à atenção primária, que será apresentado a seguir.

2.4 CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil, diversos trabalhos acadêmicos e análises administrativas têm sido realizados para avaliação da APS no SUS. Diversos métodos foram aplicados para avaliar o ESF e a atenção primária. O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB) definiu uma Política Nacional de avaliação e monitoramento da APS no Brasil (FIGUEIREDO, 2011).

Uma das formas propostas para análise de qualidade da atenção primária utilizando as bases de dados é a análise do fluxo de pacientes para níveis de maior complexidade, acesso a partir do qual é possível inferir graus de resolutividade ao serviço que o antecede na complexidade. Dessa maneira, desenvolveu-se um indicador de qualidade que avalia este fluxo do paciente de um nível de menor complexidade (ambulatórios, atenção primária) para o nível hospitalar de maior complexidade (hospitalar), denominado internamento por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), indicador que compõe o Pacto de Indicadores da Atenção Básica (TOSO, 2011).

As CSAP são “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da Atenção Primária diminuiria o risco de internações”. São denominadas ainda de “Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial”, do inglês “Ambulatory Care Sensitive Conditions” (ALFRADIQUE *et al*, 2009).

Ações como: a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.

Condições sensíveis à atenção básica são problemas de saúde tratados por ações típicas do primeiro nível de atenção em saúde, cuja evolução, em caso de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode requerer a hospitalização dos pacientes. Portanto, essas internações são utilizadas como indicador para avaliar e monitorar a efetividade da atenção primária (NEDEL *et al*, 2010, p. 62).

Em diversos países, a avaliação de acesso e efetividade da APS vem se dando por meio da análise das internações por condições sensíveis à atenção primária (NEDEL *et al*, 2010, p. 64). Trata-se de um indicador que teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) e, a partir daí, foram realizadas adaptações, de forma a contemplar especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisado.

Na Espanha, entre as estratégias propostas para melhorar a utilidade desse indicador, está a busca da sua maior especificidade e análises pelos municípios. Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, em particular evidenciando problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação entre os níveis assistenciais.

Caminal-Homar e Casanova Matutano (2003), ao desenvolverem um marco conceitual sobre a atenção primária e as hospitalizações por condições sensíveis, também mencionaram que diversos estudos têm apoiado a hipótese de que taxas elevadas de internações hospitalares por condições sensíveis configuram-se em indicação de inadequação da atenção ambulatorial. Esclareceram que a maioria dos estudos coincide ao afirmar que a utilização dos serviços de atenção primária reduz as hospitalizações pelas condições sensíveis, ainda que a magnitude desta relação varie em função da cada problema de saúde.

No Brasil, a adoção desse indicador se deu, inicialmente, por algumas Secretarias de Estado da Saúde; entretanto, uma discussão mais sistematizada aconteceu com a formação de um grupo de técnicos do Ministério da Saúde (MS), gestores, pesquisadores e especialistas no tema. Como produto desse grupo de trabalho foi elaborada a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), tendo como marco conceitual para a construção da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária o modelo proposto pelos espanhóis Caminal-Homar e Casanova Matutano, com adaptações no Brasil por Alfradique *et al* (2009).

A lista ampliada de internações por condições sensíveis à atenção primária foi submetida à primeira avaliação em uma oficina de trabalho realizada em dezembro de 2005. Constavam desta lista os diagnósticos incluídos em todos ou em pelo menos dois trabalhos sobre o tema existente na literatura nacional e estrangeira. Para essa oficina, foram adaptados os seguintes critérios utilizados por Caminal *et al.* para guiar a inclusão/exclusão dos diagnósticos:

(1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros (CAMINAL *et al.*, 2003).

A lista resultante dessa oficina foi então encaminhada à Sociedade Brasileira Família e Comunidade (SBMFC) para revisão e validação. Após a incorporação das sugestões da SBMFC foi submetida à consulta pública mediante os processos formais estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos meses de outubro e novembro de 2007, sendo enfim publicada em forma de portaria SAS nº 221, de 17 de abril de 2008, contemplando 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos), devendo ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008b).

2.4.1 Experiências internacionais: conhecendo o caminho das internações por condições sensíveis à atenção primária

Dentre as pesquisas sobre o tema, algumas se destacaram ao longo dos últimos anos. Billings *et al.* (1993), ao estudarem dados da cidade de Nova York, identificaram que as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis foram maiores em áreas em que a população residente teria baixa renda do que em áreas de moradores com alta renda, nas quais o atendimento ambulatorial adequado estava mais prontamente disponível.

Trabalho realizado por Parchman e Culler (1994) constatou a existência de correlação entre o número de médicos da família e de clínicos gerais com as taxas de admissão hospitalar

por condições evitáveis. À medida que a quantidade de médicos com essas características crescia, diminuía as taxas de internações. Por outro lado, não se pôde observar o mesmo tipo de correlação quando foi considerado o número de especialistas em medicina interna ou pediatras.

Entretanto, é importante considerar que, na revisão da literatura, também podem ser encontrados estudos inconclusivos, com aspectos dissonantes, ou com evidências contrárias à perspectiva teórica da diminuição das internações por condições sensíveis. Este é o caso do estudo de Gill e Mainous (1998) com pacientes do estado americano do Delaware, que concluiu que a continuidade do acompanhamento ambulatorial com os mesmos prestadores de serviço está associada a um risco diminuído de hospitalização, mas não conseguiram observar diferenças significativas quando avaliaram internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial das demais internações. Em razão disso, os autores argumentaram que o conceito de condições sensíveis à atenção ambulatorial ainda não havia sido bem validado.

É relevante destacar, ainda, pesquisa realizada na Inglaterra por Giuffrida, Gravelle e Roland, publicada em 1999, que também questionou a utilização de taxas de internação para avaliar o desempenho da atenção primária. Os pesquisadores assinalaram a diferença que existe entre dados que demonstram a incidência de problemas que afetam a saúde de uma população, como mortes, hospitalizações, necessidades especiais; e indicadores de desempenho, que se destinam a aperfeiçoar os resultados dos serviços de saúde sob o controle de uma determinada equipe. Ao analisarem dados de uma área que envolve noventa serviços básicos de saúde, observaram que as internações por condições sensíveis também são, significativamente, influenciadas por fatores fora do controle da equipe de cuidados primários, como as características populacionais e a oferta de recursos para cuidados secundários. Portanto, argumentam que as taxas de admissão deveriam ser ajustadas considerando esses fatores antes de serem utilizadas como medidas da qualidade da atenção primária. Ressalvaram, ainda, que mesmo esse tipo de ajuste pode não ser suficiente, pois não é possível saber se existem outros fatores importantes que não se pôde incluir nas análises (MAFRA, 2011).

2.4.2 Experiências nacionais: conhecendo o caminho das internações por condições sensíveis à atenção primária

Além de conhecer a revisão da literatura em âmbito internacional, também é importante realizar uma análise das pesquisas realizadas sobre o tema na realidade brasileira.

Pode-se mencionar pesquisa realizada em municípios do sul de Santa Catarina por Elias e Magajewski (2008), que procuraram analisar a evolução das taxas de internações hospitalares por algumas condições sensíveis e a qualidade oferecida pelo Programa Saúde da Família. Os pesquisadores concluíram ser “possível perceber algumas mudanças positivas na evolução de algumas taxas de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial”, as quais podem estar associadas ao maior grau de cobertura ou à melhor atenção recebida dos serviços de atenção primária. Por outro lado, a pesquisa também obteve resultados indicando que a atenção ambulatorial adequada está associada a aumento nas taxas de internação por algumas das causas avaliadas.

No estudo desenvolvido por Fernandes *et al* (2009), que realizaram um inquérito com amostra aleatória de pacientes internados em hospitais conveniados ao SUS no município de Montes Claros (MG) de 2007 a 2008, foi constatado que as internações por condições sensíveis estão associadas, sobretudo, a condições intrínsecas aos pacientes, como idade, nível de escolaridade e existência de internações prévias. Entretanto, a falta de controle de saúde ou de vínculo com o programa Saúde da Família também se mostraram associadas a maiores taxas de internações.

Identificada também pesquisa desenvolvida por Guanais e Macinko (2009), que trouxe evidências empíricas da efetividade dos programas de atenção primária na redução das hospitalizações por condições sensíveis em âmbito nacional. Para a população feminina, o Programa Saúde da Família mostrou-se associado a reduções nas hospitalizações por diabetes mellitus e por problemas respiratórios, enquanto a expansão no número de agentes comunitários de saúde mostrou-se relacionada a reduções nas internações por problemas circulatórios.

Há trabalhos desenvolvidos no Brasil com resultados que levam a conclusões contrárias. Peixoto e Rocha (2008), ao avaliarem o impacto da política de atenção básica sobre indicadores de saúde dos municípios da Região Sudeste, constataram que, nos municípios com mais de 50.000 habitantes, a estruturação da atenção básica está associada não à diminuição, mas ao crescimento do conjunto de internações hospitalares. Foi observado que essa tendência era originada em municípios que contavam com a presença de hospitais.

Mafra (2011) realizou um estudo sob o enfoque de uma avaliação empírica da efetividade da atenção básica em saúde na redução das taxas de internações hospitalares, em benefício da população brasileira. Os resultados das estimações desenvolvidas, predominantemente, confirmaram a perspectiva que associa o maior acesso a políticas de atenção básica em saúde à diminuição das internações hospitalares por condições sensíveis.

Martins (2012) tem como objetivo quantificar e descrever a demanda de pacientes em relação a um serviço de saúde terciário por Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) e determinar o coeficiente e a proporção de internação por esta causa. O coeficiente de internação foi de 11,4 por 10 mil, e apenas 18,8% foram internados. Houve predomínio de angina (48,5%), seguida de hipertensão arterial (38,8%) e insuficiência cardíaca (12,7%). As internações por CCSAP corresponderam a pequena parcela dos pacientes que demandaram atenção, colocando limites ao uso do indicador.

Pazó (2014) investigou a associação entre a organização dos serviços de saúde e as taxas de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária após ajuste para variáveis socioeconômicas e demográficas no contexto dos municípios do Espírito Santo, Brasil. Houve associação a risco de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária com o percentual de analfabetismo, proporção de leitos do SUS, urbanização, proporção de negros e cobertura de plano de saúde.

Mendoça (2014) descreveu o perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no estado de Pernambuco no período de 2008 a 2012. 20% das internações ocorridas foram por ICSAP, com redução no período estudado (de 13,01 para 12,11 internações/1000 habitantes); as regiões de saúde de Recife (48,6%) e Salgueiro (1,9%) apresentaram a maior e a menor frequência desses eventos; os principais grupos de causas foram gastroenterites infecciosas e complicações (19,7%), pneumonias bacterianas (18,7%), asma (7,9%), insuficiência cardíaca (7,7%) e infecção no rim e trato urinário (7,2%).

Campos (2012) estudou a correlação entre a cobertura do ESF e a taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no período de 2000 a 2009. Encontrou que a taxa das ICSAP em Campo Grande apresenta uma queda de 132,05 internações por 10 mil para 55,13 internações por 10 mil. Quanto à correlação entre a cobertura pelo ESF e a taxa de ICSAP, o município apresentou forte correlação inversa ($r = -0,97$). De 2000 a 2004, apesar de decrescente, a maior taxa de ICSAP (por 10 mil habitantes) foi representada pelo grupo diagnóstico das gastroenterites infecciosas e suas complicações, que passou de 52,62 por 10 mil em 2000 para 3,51 por 10 mil em 2009. De 2005 a 2009, a maior causa de ICSAP passa a ser ocupada pelas internações por insuficiência cardíaca com uma taxa que decresce de 12,4 por 10 mil para 10,26 por 10 mil respectivamente. Uma forte correlação inversa foi encontrada nos grupos das gastroenterites infecciosas, das deficiências nutricionais e da asma, os quais ocuparam a primeira posição, com um coeficiente de correlação $r = -0,93$ ($p < 0,05$). Em seguida observa-se o diabetes

mellitus com $r = -0,92$ ($p < 0,05$) e os grupos das doenças cerebrovasculares e o da úlcera gastrointestinal.

Os estudos apontam, ao analisar as variáveis representativas do grau de cobertura das ESFs e do cadastramento da população na estratégia Saúde da Família, que a elevação desses dois percentuais de cobertura mostrou-se associada à diminuição da taxa de internações por condições sensíveis em geral, assim como da taxa de internações.

Caminal *et al* (2003) observaram que o papel da atenção primária na prevenção das hospitalizações evitáveis difere segundo o tipo de condição. Para doenças infecciosas imunizáveis, a atenção primária poderia desempenhar um papel importante no fornecimento de prevenção primária. Mas, para a maioria das condições, o painel de especialistas concluiu que a principal função da atenção primária está centrada no diagnóstico precoce e no tratamento oportuno (por exemplo, úlcera, insuficiência cardíaca, diabetes), ou no controle e seguimento adequado. Este estudo reforça a importância de abordagens multissetoriais para a prevenção primária e a necessidade de uma melhor integração dos cuidados durante todo o tratamento.

2.5 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

A maioria das mortes causadas por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) pode ser evitada. Até 80% das doenças cardíacas, doenças cerebrovasculares e diabetes tipo II poderiam ser prevenidos, eliminando-se fatores de risco comuns, como o uso do tabaco, a alimentação inadequada, o sedentarismo e o uso nocivo do álcool. Em um estudo elaborado pelo Ministério da Saúde com a participação de instituições de ensino e pesquisa de diversos Ministérios do Governo Brasileiro, Organizações Não Governamentais (ONGs) da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, dentre outros, apresenta as doenças do aparelho circulatório (DAC) como a primeira causa de óbito a partir da faixa etária de 40 anos de idade no estado do Rio de Janeiro (PLANO DCNT ERJ 2013 a 2022).

As doenças do aparelho circulatório referem-se às enfermidades que afetam o coração ou os vasos sanguíneos, prejudicando o funcionamento da circulação (MEN, 2009).

No Brasil, as transformações sociais e o surgimento da doença foram observados a partir da década de quarenta, em um processo denominado transição epidemiológica, quando o avanço na tecnologia biomédica, as vacinas e os antibióticos tornaram possível prevenir e

tratar doenças infecciosas que dizimavam as populações, levando a um aumento da expectativa de vida, conforme relatam Silva e Souza (1998).

Em 2003, 69% dos óbitos com causa conhecida no Brasil foram causados pelos seguintes grupos de doenças: doenças cardiovasculares (32%), neoplasias (15%), doenças respiratórias (11%), doenças endócrinas/metabólicas (6%) e doenças digestivas (5%). Ressalta-se, também, que o Brasil tem a maior taxa de mortalidade por doença cerebrovascular entre os países americanos e que o impacto da mortalidade por doenças cardiovasculares atinge estratos populacionais mais jovens (em idade laboral) de modo mais intenso do que em países como os Estados Unidos, Canadá, Japão e os da Europa Ocidental. (SCHMID, 2011).

Das doenças cardiovasculares que acometem a população destacam-se: as doenças coronarianas (ou doença isquêmica do coração e infarto), o acidente vascular encefálico, a hipertensão, a insuficiência cardíaca e a doença reumática cardíaca, é o que aponta a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003). Na maior parte dos casos têm etiologia conhecida, sendo causadas por fatores de risco como: sedentarismo, diabetes, estresse, alimentação e outros bem definidos (BRASIL, 2009). Destas mortes um terço ocorre em adultos, na faixa etária compreendida entre 35 e 64 anos (RUAS; PAINI; ZAGO, 2010).

Assim, as doenças cardiovasculares representam elevados custos sociais e econômicos para o país, pois atingem um grande contingente populacional em uma faixa etária em que a maioria dos indivíduos são economicamente ativos (SIMÃO *et al*, 2002). As doenças cardiovasculares geram o maior custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde nacional. Em 2007, 12,7% das hospitalizações não relacionadas a gestações e 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares (SCHMID, 2011).

Atualmente a prevenção de doenças cardiovasculares é uma prioridade em termos de saúde pública, principalmente naqueles indivíduos considerados de alto risco cardiovascular (GATTI *et al*, 2008). A atenção primária contribui para a prevenção e controle de doenças cardiovasculares através da prevenção primária dos fatores de risco (promoção da atividade física, fatores comportamentais, dieta e ações de desencorajamento no início do tabagismo), da prevenção secundária através da gestão de fatores de risco e da coordenação dos cuidados e medicamentos obtidos através de especialistas e hospitais. Por exemplo, o controle da diabetes na atenção primária requer o monitoramento regular da glicose no sangue, o fornecimento de medicamentos para reduzir a glicose, o controle efetivo dos fatores de risco cardiovascular e a coordenação com outros níveis de atenção e com os medicamentos

prescritos. O controle da hipertensão exige: o monitoramento da pressão arterial, prescrição e adesão ao tratamento de medicamentos anti-hipertensivos; a coordenação com outros cuidados e com medicamentos; bem como as mudanças de estilo de vida, como por exemplo deixar o tabagismo, fazer dieta e exercício, uma vez que as doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de morte nos países em desenvolvimento.

No Brasil, o grande impacto destas doenças nos custos à saúde apresentam grande importância no planejamento do SUS. Apesar disso, existem poucos estudos avaliando o perfil das doenças crônicas no Município do Rio de Janeiro (MRJ) e no Brasil. Estudo ecológico avaliou a associação entre a mortalidade por doença isquêmica coronariana (DIC) em idosos que residiam no RJ no ano de 2000, com análise espacial da distribuição da taxa de mortalidade padronizada por sexo e faixa etária (PERISSE; MEDRONHO; ESCOSTEGUY, 2010). Para fins deste estudo, idosos foram considerados indivíduos > 60 anos. Os dados de mortalidade foram obtidos a partir do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Foram considerados os óbitos de idosos residentes no Município do Rio de Janeiro que tinham como causa básica a doença isquêmica do coração.

Início nesta seção, conceitos de doenças cardiovasculares como: hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, doença arterial crônica e acidente vascular encefálico.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é conceituada como uma doença crônica não transmissível, definida como a elevação anormal da pressão arterial do indivíduo em repouso. Trata-se de uma patologia cujo controle é o principal mecanismo de reduzir o impacto na população. Diversos fatores estão envolvidos no tratamento da HAS e no sucesso terapêutico: adesão ao tratamento, seguimento ambulatorial, mudança de estilo de vida, herança genética, entre outros, inclusive com projetos e programas específicos do MS como a academia para a população e um sistema de cadastramento do paciente portador de HAS e diabetes (HIPERDIA) com o objetivo de gerar informações e otimizar o tratamento desta patologia. A ação destes fatores acumulativos causa modificações tanto bioquímicas quanto celulares, lesando irreversivelmente tecidos e órgãos lentamente, comprometendo suas funções e o surgimento aparente da doença. Dentre os fatores de risco comportamentais, destacam-se o tabagismo, a alimentação inadequada e o sedentarismo,

A insuficiência cardíaca (IC) é a consequência da maioria das cardiopatias, caracterizada pela falência em diferentes graus da função cardíaca. Dentre as principais causas estão: doença isquêmica do coração, valvopatias, HAS, doença de Chagas. O seu caráter crônico e complexo demanda recursos diagnósticos avançados para o adequado

estadiamento e consequente aplicação do tratamento adequado e manutenção do paciente compensado em nível ambulatorial, sem necessidade de internação.

A doença arterial crônica, como angina ou *angina pectoris*, caracteriza-se por dor ou desconforto na região torácica e adjacências, com características próprias, e que tem origem em alterações cardiológicas como a doença coronariana, miocardiopatias ou HAS não controlada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2004). Diversas condições não cardiológicas podem causar dor torácica como, por exemplo, doenças do esôfago, estômago, pulmonar ou muscular. É uma síndrome clínica que alerta sobre a descompensação cardiológica e risco de infarto ou outras consequências. Seu diagnóstico diferencial é inicialmente clínico, porém demanda exames complementares como eletrocardiograma (ECG) e exames laboratoriais para diferenciar-se de um infarto agudo do miocárdio.

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo ecológico, considerando como unidade de análise o município do Rio de Janeiro, adotando-se o período entre janeiro de 2008 a dezembro de 2013.

De acordo com Medronho (2006. p.191) os estudos ecológicos são frequentemente realizados combinando-se bases de dados referentes a grandes populações. Procuram avaliar como os contextos sociais e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais. Em função disto, são geralmente estudos mais baratos e mais rápidos do que estudos envolvendo o indivíduo como unidade de análise, ou um grupo de pessoas.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Município do Rio de Janeiro é a segunda metrópole do País, está situada no Sudeste do Brasil com pontos extremos de 22° 45' 05" de latitude Norte, 23° 04' 10" de latitude Sul, 43° 06' 30" de longitude Leste e 43° 47' 40" de longitude Oeste, com uma área de 1.200,78 km² e população estimada de 6.429.923 habitantes em 2013 (IBGE). Dividida em quatro regiões geográficas comumente conhecidas como: Centro, Zona Norte, Zona Sul e Zona Oeste.

A administração municipal, necessitando de uma divisão setorial para coordenação e planejamento, estabelece em 1981 sua base estrutural, codificação institucional das Áreas de Planejamento, conhecidas por "AP", das Regiões Administrativas, conhecidas por "RA", e dos bairros, criando assim 6 APs em 24 RAs e 153 bairros. No decorrer do tempo existiram diversas atualizações e correções dessas divisões. A última atualização estabelece 10 APs; 33 RAs e 161 bairros, com a criação de alguns bairros como: Jacarezinho, Complexo do Alemão, Rocinha, Parque Colúmbia, Maré, Vasco da Gama, Gericinó e Lapa.

arterial (I10, I11), angina pectoris (I20), insuficiência cardíaca congestiva (I50, J81) e doenças cerebrovasculares (I63 a I67, I69, G45 e G46).

As variáveis: idade, sexo, bairro de residência, AP de residência, cobertura da ESF, cobertura populacional da ESF e número de habitantes por AP também foram utilizadas.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A população do estudo foi constituída de internções nos hospitais federais, estaduais e municipais do município do Rio de Janeiro, por problemas cardiovasculares sensíveis à atenção primária. Critérios de inclusão no estudo: internções com a faixa etária acima de 40 anos, dos sexos masculino e feminino, moradores do município do Rio de Janeiro. Critério de exclusão: As internções hospitalares (AIHs) não autorizadas.

3.5 COLETA DE DADOS

Foram coletados indicadores de saúde e informações demográficas de bancos de dados secundários. As bases de dados referentes às internções, com a identificação do sexo, idade, diagnóstico primário, código do município, CNES do estabelecimento de saúde, bairro de residência e ano de internção foram disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Ana Nery.

Os demais dados foram obtidos por meio de pesquisas realizadas via internet ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2008 a 2020.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para tabulação do banco de dados das CCSAP foram utilizados os aplicativos: Excel, TabWin e o *software* SPSS versão 21.

Os dados das AIHs foram exportados e tabulados em uma planilha eletrônica do Excel. Na variável CNES foi identificado o nome do estabelecimento de saúde. Na variável

bairro foi corrigida a ortografia, quando encontrado nome de rua foi localizado o bairro em busca pelo CEP, os bairros em branco ou que constavam nomes próprios foram descartados.

O TabWin é capaz de manipular um grande volume de registros com rapidez, além de trabalhar diretamente com o formato de base de dados comprimido (.dbc) do DATASUS, uma grande vantagem, considerando o tamanho dessas bases. O aplicativo permite ainda a união das bases de dados da AIH, distribuídas em arquivos com as internações agrupadas por mês e ano de competência, (i.e, de faturamento da AIH) segundo a data de internação do paciente. Foi criado um arquivo de definições (.def) e arquivos de mapas dos bairros do Rio de Janeiro para realizar o geoprocessamento. No TabWin foram geradas as frequências e os mapas das internações.

Na análise da taxa de internação segundo os grupos diagnósticos das CCSAP foi utilizado o coeficiente da correlação de Spearman (SPEARMAN, 1904) e o nível de significância adotado de 5% com intervalor de confiança de 95%.

A taxa de hospitalização por CCSAP foi calculada pela fórmula: (n° de hospitalizações por CCSAP em determinado local e período/população no mesmo local e período) x 100.000.

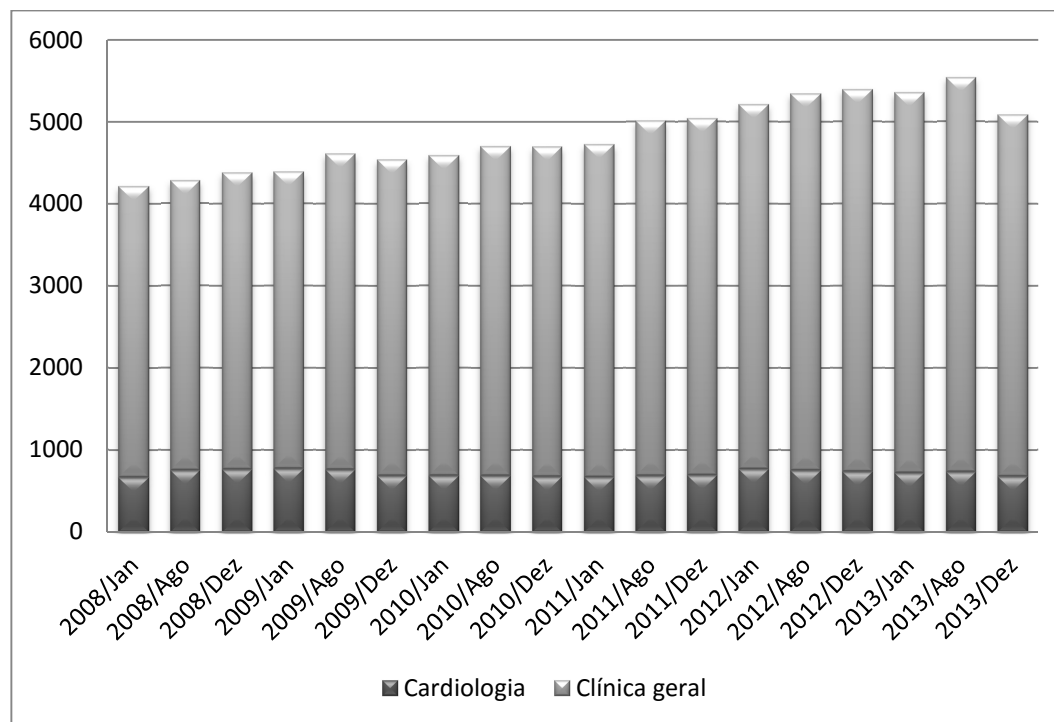
Para cálculo da cobertura populacional potencial pela ESF foi utilizada a fórmula: (cobertura da ESF em determinado local e período x população total no mesmo local e período x 100.000, conforme diretrizes do Ministério da Saúde).

Para avaliar se a cobertura da ESF tem associação com o número de ICCSAP no período de 2010 a 2013 foi utilizada a regressão linear múltipla.

3.7 VIÉS DA PESQUISA

O número de leitos disponíveis no município do Rio de Janeiro no período pode ser considerado um viés da pesquisa. Para controlar esse viés, o Gráfico 1 representa o número de leitos oferecidos à população por ano de competência encontrado no site do CNES.

Gráfico 1 – Número de leitos disponíveis no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Elaborado pela autora, 2014.

Também foi considerado como possível viés de pesquisa as diferenças físicas, urbanísticas, sociais e demográficas apresentadas na divisão administrativa do município em bairros, estruturada nas áreas de planejamento.

A AP 1, formada por 16 bairros e 6 Regiões Administrativas, com 4,6% da população carioca - 297.976 habitantes, segundo o Censo 2010 - e 2,8% do território (34,39 km²), corresponde à região mais antiga e central da cidade. Atrai diariamente quase um milhão de pessoas que trabalham nesta região, principalmente no setor de serviços.

Dados demográficos da AP 1.1 de 2013: a razão de sexos foi de 84 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 7,7%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 15,7% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 13,1%. A proporção da população em idade ativa era de 77% e a razão de dependência, 56,3%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 57,5%,

A AP 2, formada por 25 bairros, distribuídos por 6 Regiões Administrativas, representa 17% dos cariocas - 1.009.170 habitantes, segundo o Censo 2010 - e ocupa 8,2%

do território - 100,43 km², sendo a AP 2.1 zona sul, e a AP 2.2 zona norte. A população tem se mantido estável. Os dados apontam uma perda de população da ordem de 2,3% entre 1970 e 2010. Por região administrativa (RA), o padrão demográfico não é homogêneo - Copacabana sofreu significativa redução, enquanto Vila Isabel cresceu. A Rocinha merece destaque por seu expressivo crescimento no período 1991 a 2010. A AP 2 está classificada como de alto desenvolvimento humano (censo 2000/IBGE). Em contrapartida, a quarta região menos desenvolvida do município encontra-se nessa área: a RA da Rocinha.

AP 2.1 - Nesta região composta por apenas quatro RAs (Botafogo, Copacabana, Lagoa e Rocinha) se instalou a população com maior poder aquisitivo. É onde se concentra a maior proporção de idosos da cidade, ou seja, pelo menos um em cada cinco moradores já ingressou na terceira idade. O IDH encontra na AP 2.1 seus três melhores resultados da cidade, a exceção por conta da favela Rocinha.

Alguns indicadores demográficos de 2013: a razão de sexos foi de 82 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 8,2%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 14,6% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 11,1%. A proporção da população em idade ativa era de 76,6% e a razão de dependência, 52,6%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 47,6%.

AP 2.2 - Se caracteriza por um perfil muito próximo ao encontrado na AP 2.1, tanto em termos socioeconômicos como no perfil urbano. Esta AP se compõe de apenas duas RAs (Tijuca e Vila Isabel), e seu território com 55 km² se limita ao Sul e a Oeste pelo maciço da Tijuca. A Leste faz fronteira com a AP 1.0 e ao Norte, com a AP 3. A participação do grupo etário idoso aqui também é alta, o segundo maior da cidade. Os resultados do IDH confirmam a afirmativa anterior, com as RAs da Tijuca e Vila Isabel ocupando respectivamente o quarto e sexto melhores resultados da cidade.

A AP 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas, que correspondem a 16,6% do território municipal - 203,47 km² - e a 40,2% do total da população residente no Rio de Janeiro - 2.399.159 habitantes, segundo o Censo 2010. Sua densidade líquida é de 11.567 habitantes por km². De cada cinco cariocas, dois moram na AP 3 - o maior contingente populacional do município (40,2%). E, de cada dois moradores de favela, um está na AP 3 (49,9% da cidade). Durante muito tempo, as amplas possibilidades de expansão horizontal comandaram a ocupação da AP 3, gerando um espaço com pouca identidade. Nos últimos anos, a estrutura urbana da AP 3 apresenta-se em processo de mudanças. A

inauguração da Linha Amarela, em 1997, tornou possível a abertura de novas articulações e acessos no conjunto de bairros diretamente afetados, bem como a conexão, com maior rapidez, entre as AP 3 e 4. Por outro lado, aconteceu a segmentação de bairros cortados pela via expressa.

A AP 3.1 parte do subúrbio da antiga estrada de ferro da Central do Brasil. A AP 1, e as subdivisões das APs 2 e 3 ocupam uma área territorial menor e apresentam alta densidade populacional e uma maior oferta de serviços de infraestrutura básica.

Dados demográficos da AP 3.1 de 2013: a razão de sexos foi de 83 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 7%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 16,2% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 12,5%. A proporção da população em idade ativa era de 76,6% e a razão de dependência, 56,1%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 53,5%.

Alguns indicadores demográficos da AP 3.3 de 2013: a razão de sexos foi de 76 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 6,8%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 15,5% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 16,7%. A proporção da população em idade ativa era de 78,5% e a razão de dependência, 61,6%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 77,7%.

A AP 4 é formada por 19 bairros distribuídos por três Regiões Administrativas. No conjunto da cidade, a AP 4.1 corresponde a 24% da área - 293,79 km² - e 11,6% da população carioca - 982.035 habitantes. Os dados demográficos indicam que a população da AP cresceu no período 1991/2013, o equivalente a um aumento absoluto de moradores. A RA que mais contribuiu para a obtenção deste resultado foi a da Barra da Tijuca. Nesta, um verdadeiro “boom” vem sendo verificado no período. O desenvolvimento acelerado que vem ocorrendo na AP 4.1 é indicado por sua participação, na variação verificada no total de domicílios da cidade, entre 1991 e 2013. A velocidade da urbanização encontra um ponto de inflexão, na medida em que não se faz presente na preservação das excepcionais condições naturais da área, sobretudo o sistema lagunar. Das três regiões administrativas que compõem a AP 4.1, temos o seguinte quadro, da posição no ranking municipal de cada uma: Barra da Tijuca, seguida por Jacarepaguá e Cidade de Deus, que está entre as sete últimas.

Alguns indicadores demográficos de 2013: a razão de sexos foi de 87 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 9,6%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 16,7% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 7,9%. A proporção da população em idade ativa era de 73,6% e a razão de dependência, 52,1%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 29,9%.

AP 5 é formada por 21 bairros e 5 regiões administrativas. Corresponde a 48,4% do território do Município - 592,45km² - e abriga cerca de 26,6% da população carioca - 1.704.772 habitantes, segundo o Censo 2010. Sua densidade líquida é de 2.627 habitantes por km². A Zona Oeste, como é conhecida, foi tratada como última fronteira da urbanização do Rio de Janeiro. Nela, foram mantidos, durante muito tempo, os usos agrícolas e as extensas propriedades, que foram se extinguindo com a pressão da urbanização, a partir da década de 1960. Como local de moradia para um pouco mais de um quarto da população da cidade, a AP 5 apresenta 11,6% desse contingente morando em ocupações irregulares, loteamentos irregulares ou clandestinos e favelas. Considerando a presença de vazios urbanos passíveis de urbanização, os recursos ambientais, a implantação de grandes empreendimentos e a interação com municípios limítrofes, a AP 5 revela-se como uma possibilidade de expansão da cidade de forma ordenada e equilibrada ambientalmente, sendo, assim, um desafio e uma responsabilidade. Interferem na estruturação urbana do entorno onde estão situados o Complexo Penitenciário de Bangu e as áreas de destino final do lixo da cidade em Gericinó. Em 2010, das cinco regiões administrativas que compõem a AP 5, apenas uma estava entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento: Realengo. As demais regiões encontravam-se como a seguir: Campo Grande, Bangu, Santa Cruz e Guaratiba.

Alguns indicadores demográficos da AP 5.1 de 2013: a razão de sexos foi de 81 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 7,3%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 15,2% do total da população feminina; população idosa (mais de 60 anos), 14,3%. A proporção da população em idade ativa era de 77,6% e a razão de dependência, 57,9%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 64,3%.

Alguns dados demográficos da AP 5.2 de 2013: a razão de sexos foi de 86 homens para cada grupo de 100 mulheres, a proporção de crianças com menos de 5 anos de idade era de 7,5%; mulheres adolescentes (de 10 a 19 anos) representavam 16,3% do total da população

feminina; população idosa (mais de 60 anos), 12,1%. A proporção da população em idade ativa era de 76,3% e a razão de dependência, 55,7%. O índice de envelhecimento, representado pela razão entre a população de 60 anos ou mais sobre a população de menos de 15 anos, nesta AP era de 51,3%

As APs 5.1, 5.2 e 5.3 correspondem à Zona Oeste da cidade e ocupam a maior área territorial do município, cujos bairros possuem baixa densidade populacional e infraestrutura básica precária ou ausente.

3.8 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi aprovado em 24/06/21014 no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, respeitando-se todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, sob o protocolo 31157014.1.0000.5238.

Ao término da pesquisa, os resultados serão devolvidos às instituições envolvidas e divulgados publicamente nos meios acadêmicos, cumprindo o papel social da pesquisa.

4 RESULTADOS

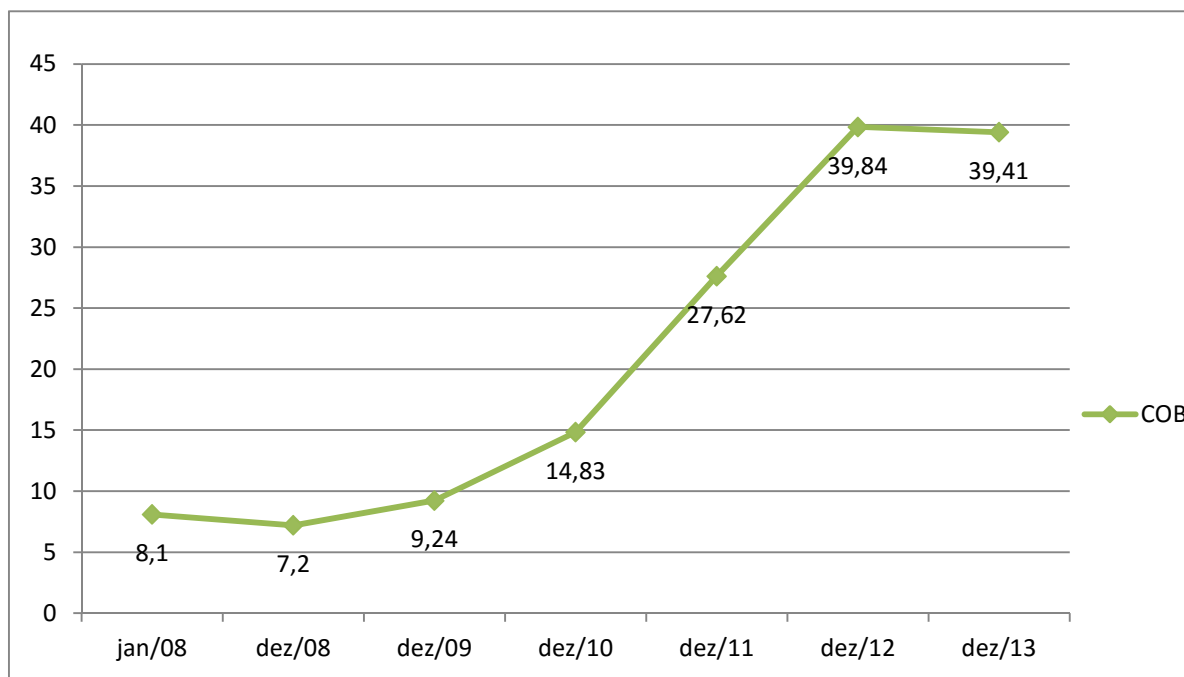
4.1 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Rio de Janeiro é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se na porção Leste da região Sudeste. Segundo dados do IBGE/Censo 2010, o Rio de Janeiro é o terceiro estado mais populoso do Brasil com 15.180.636 habitantes, tendo o Município 6.429.923 habitantes.

Através dos dados coletados no Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica será apresentada a cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.

O Gráfico 2 repretenta como aconteceu a evolução da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro a cada ano, saindo de uma cobertura de 8,1% em dezembro de 2008 para 39,41% em dezembro de 2013, segundo o Ministério da Saúde e o Departamento de Atenção Básica. O município cria neste período as Clínicas da Família, que são unidades de saúde estruturalmente sofisticadas, equipadas adequadamente, desde insumos tradicionais a inovações tecnológicas, possibilitando o aumento no número de profissionais capacitados para formação das equipes de atendimento.

Gráfico 2 – Evolução da Cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.



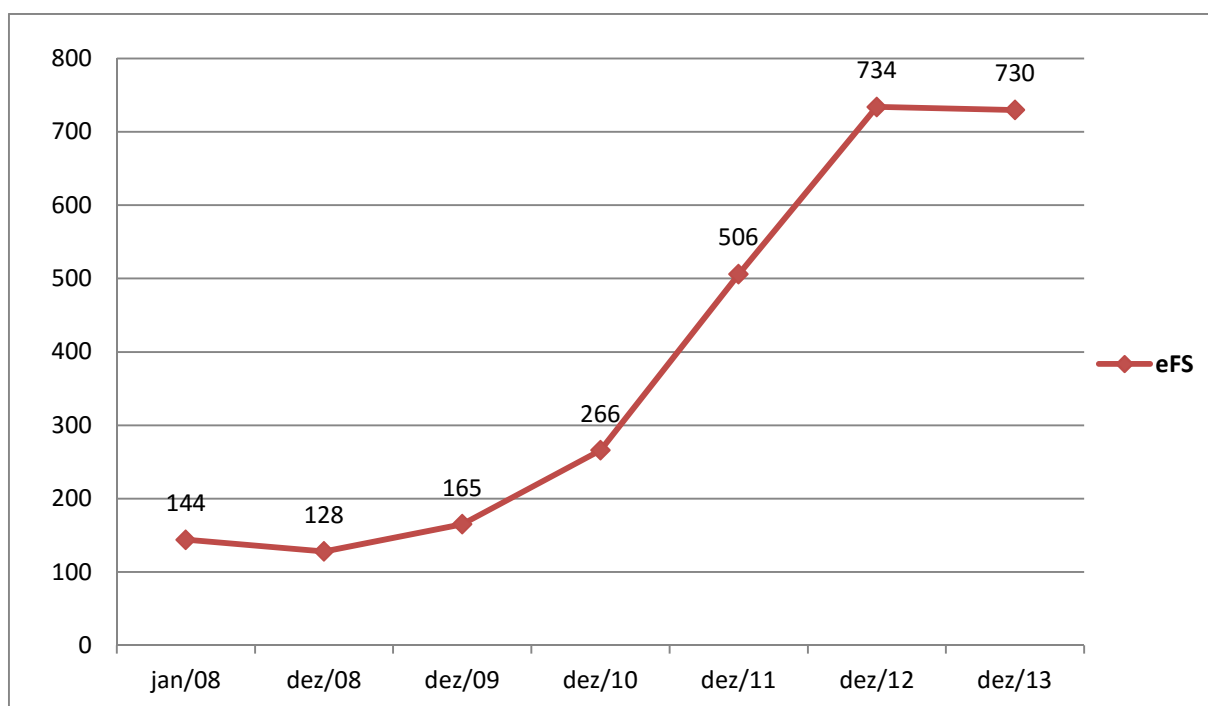
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria da Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica – DAB, Elaborado pela autora, 2014.

O Gráfico 3 mostra o aumento do número de equipes de ESF, no município do Rio de Janeiro.

O número de equipes completas tem um grande aumento entre dezembro de 2010 até dezembro de 2013. Em dezembro de 2010 tem 266 equipes habilitadas e em dezembro de 2013 tem 734 equipes habilitadas.

O município tem um aumento de 507% no número de equipes da ESF de janeiro de 2008 a dezembro de 2013. Contribuiu para esse aumento no número de profissionais a forma e valor de contratação e a incorporação da residência médica para garantir a oferta de profissionais para trabalhar nas Clínicas da Família.

Gráfico 3 – Evolução do número de equipes da ESF para o município do Rio de Janeiro de janeiro de 2008 a dezembro de 2013.



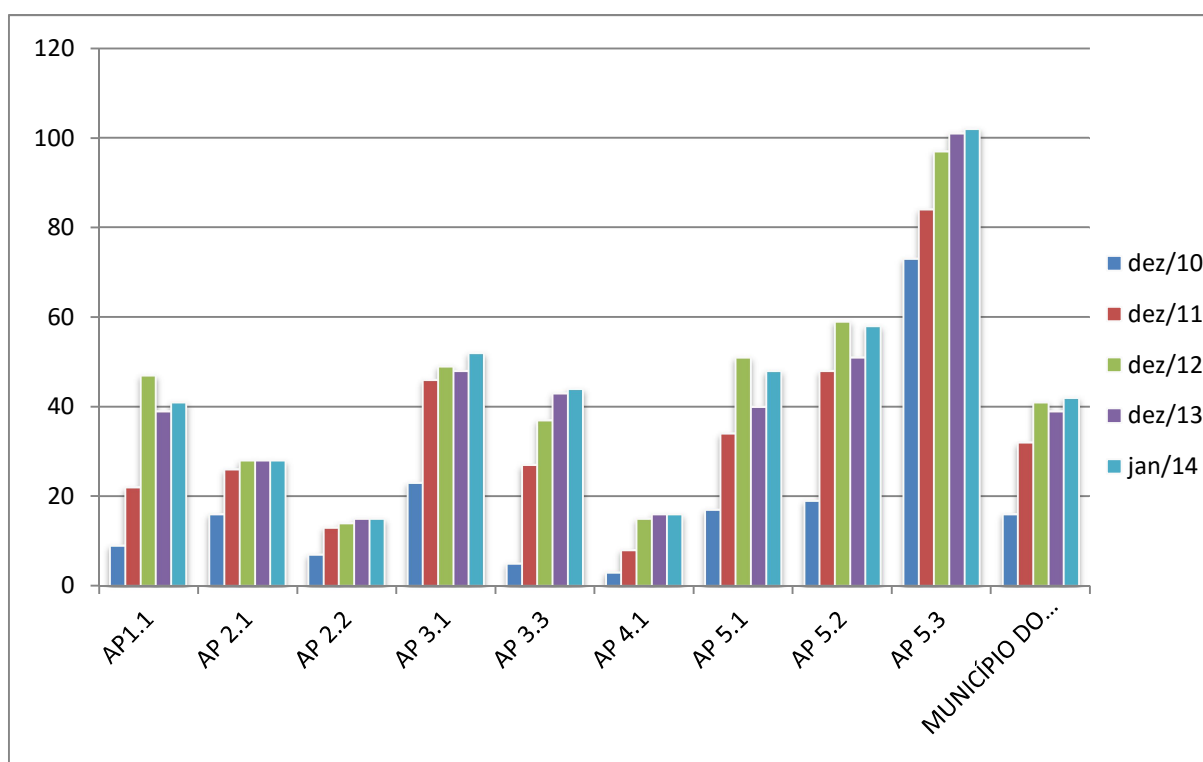
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Elaborado pela autora, 2014.

O Rio de Janeiro iniciou uma reestruturação da Rede de Atenção Primária em Saúde em 2008, que passa a entender a cidade como um conjunto de territórios integrados e personalizados de assistência.

As APs passam a configurar uma unidade intermediária e mediadora entre o nível central e as unidades prestadoras de serviços do SUS em seu território. Objetiva promover a articulação entre os serviços de saúde, e entre estes e a população, viabilizando o comando único da gestão municipal e o estreitamento dos vínculos, com um desenho de rede projetado regionalmente, buscando superar a fragmentação dos cuidados em saúde (BRASIL, 2005).

O gráfico 4 apresenta a evolução da cobertura da população da ESF nas áreas de planejamento tendo as APs 1.1, 3.1, 3.2 e 5.2 a maior expansão. A AP 5.3 já tinha uma grande cobertura em 2013 e passou de 100%.

Gráfico 4 – Expansão da ESF relacionada à cobertura populacional por Área de Planejamento no município do Rio de Janeiro, janeiro/2010 a dezembro/2013.



Fonte: SMSRJ - Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – Elaborado pela autora, 2014.

4.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

O SIH/SUS disponibilizado pela secretaria municipal de Saúde do período 2008-2013 registrou 823.091 hospitalizações de residentes no município do Rio de Janeiro. Desse total

as internações por CSAP foram 136.400 e sua participação caiu de 21.605 em 2008 para 20.781 em 2013.

Tabela 3 – Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 100 mil habitantes) e coeficiente de correlação de Spearman, Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013.

ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Rô	Valor p
	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx	Tx		
Doenças preveníveis para imunizações e condições sensíveis	17.45	20.05	14.60	13.45	17.65	13.41	-0.543	0.266
Gastroenterites infecciosas e complicações	8.95	8.02	8.62	9.02	7.25	6.28	-0.600	0.208
Anemia	2.36	2.40	2.34	2.80	1.20	1.39	-0.543	0.266
Deficiências nutricionais	5.93	8.59	9.59	8.42	8.18	9.33	0.314	0.544
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1.30	1.46	1.33	1.63	1.23	1.31	-0.143	0.787
Pneumonias bacterianas	16.91	23.52	32.81	29.52	23.51	20.80	0.029	0.957
Asma	4.37	4.56	3.64	3.21	2.83	2.75	-0.943	0.005
Doenças pulmonares	15.32	18.18	14.79	11.69	9.52	9.51	-0.943	0.005
Hipertensão	24.77	25.40	21.72	25.82	16.16	15.07	-0.600	0.208
Angina	25.06	22.43	26.70	19.48	23.38	19.97	-0.486	0.329
Insuficiência cardíaca	61.84	68.11	62.10	57.61	52.06	47.63	-0.829	0.042
Doenças cerebrovasculares	82.23	83.82	83.74	79.36	73.44	77.63	-0.771	0.072
Diabetes mellitus	29.61	34.69	36.77	31.83	25.41	26.29	-0.543	0.266
Epilepsias	4.24	5.32	5.50	5.82	6.01	4.65	0.429	0.397
Infecção no rim e trato urinário	20.39	23.92	26.57	23.40	20.55	22.41	-0.029	0.957
Infecção da pele e tecido subcutâneo	21.09	30.53	34.30	31.20	30.02	30.53	0.203	0.700
Doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos	2.23	2.63	2.75	2.58	2.69	2.63	0.377	0.461
Úlcera gastrointestinal	7.84	11.23	15.61	13.99	12.89	13.38	0.486	0.329
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0.18	0.19	0.32	0.17	0.27	0.22	0.314	0.544
Geral ICSAP	352.06	395.05	403.80	371.00	334.24	325.20	-0.600	0.208

A correlação de Spearman foi estatisticamente significativa ($p < 0.05$) apenas para os diagnósticos de **asma, doenças pulmonares e insuficiência cardíaca**. Estes três diagnósticos apresentaram correlação negativa elevada, logo, os mesmos foram reduzindo de 2008 até 2013. As demais correlações não apresentaram significância, devido às grandes alterações no

decorrer dos anos com aumento e redução das internações, sendo assim, não ocorreu um padrão para que o teste se mostrasse significativo.

Observamos também grupos de doenças que apresentaram aumento nas internações apesar de não ter correlação significativa. Pneumonia bacteriana, epilepsia, infecção da pele e tecido subcutâneo, doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos, úlcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal.

As internações por doenças do aparelho circulatório têm o maior número de internações com 68.479, sendo 11.899 em 2008 com redução em 2013 para 10.244.

Tabela 4 – Número e proporção das Internações por Condições Cardiovasculares Sensíveis à Atenção Primária segundo sexo e grupo de causas no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.

Características	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	n/%					
Sexo						
Masculino	6433 (54,06)	6701(54,45)	6497(54,06)	6108(53,02)	5613(53,51)	5443(53,13)
Feminino	5466 (45,94)	5606(45,55)	5522(45,94)	5412(46,98)	4877(46,49)	4801(46,87)
Hipertensão						
Masculino	730(48,03)	686(43,83)	610(45,39)	713(43,69)	489(47,61)	454(47,14)
Feminino	790(51,97)	879(56,17)	734(54,61)	919(56,31)	538(52,39)	509(52,86)
Angina						
Masculino	897(58,32)	772(55,86)	975(59,02)	728(59,14)	904(60,83)	759(59,48)
Feminino	641(41,68)	610(44,14)	677(40,98)	503(40,86)	582(39,17)	517(40,52)
Insuficiência cardíaca						
Masculino	2024(53,33)	2288(54,53)	2101(54,69)	1991(54,68)	1810(54,7)	1635(53,71)
Feminino	1771(46,67)	1908(45,47)	1741(45,31)	1650(45,32)	1499(45,3)	1409(46,29)
Doenças cerebrovasculares						
Masculino	2782(55,13)	2955(57,22)	2811(54,26)	2676(53,35)	2410(51,63)	2595(52,31)
Feminino	2264(44,87)	2209(42,78)	2370(45,74)	2340(46,65)	2258(48,37)	2366(47,69)

Observa-se um predomínio do sexo masculino para o conjunto das quatro patologias (53,72%); feminino, 46,28%. Porém, quando se analisa cada uma delas, nota-se o predomínio feminino para a hipertensão arterial (54,27%), e o predomínio do sexo masculino para a angina (58,79%), insuficiência cardíaca (54,29%) e doenças cerebrovasculares (54,03%).

Tabela 5 – Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 10 mil habitantes) do grupo de causas cardiovasculares nas APs segundo o coeficiente de correlação de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013.

Grupo de causas CCSAP	APs	2008 Tx	2009 Tx	2010 Tx	2011 Tx	2012 Tx	2013 Tx	Rô	Valor p
Hipertensão	AP 1.1	3.32	3.01	2.92	4.66	2.37	1.7	-0.657	0.156
	AP 2.1	0.85	1.02	1.66	1.43	1.04	0.42	-0.086	0.872
	AP 2.2	1	1.43	1.56	1.59	0.72	0.99	-0.371	0.468
	AP 3.1	3.08	3	1.89	3.27	1.6	1.75	-0.6	0.208
	AP 3.2	1.29	1.36	1.56	1.26	1.16	1.01	-0.771	0.072
	AP 3.3	2.17	2.48	1.92	2.82	1.74	1.37	-0.6	0.208
	AP 4.1	2.07	1.97	1.94	1.59	1.2	0.97	-0.99	< 0.001
	AP 5.1	2.27	1.97	1.37	2.15	1.53	2.65	0.143	0.787
	AP 5.2	1.89	2.12	1.1	1.11	0.83	1.12	-0.543	0.266
	AP 5.3	2.5	2.12	1.85	0.71	0.51	0.43	-0.987	< 0.001
Angina	AP 1.1	5.06	4.44	3.32	3.79	2.81	2.78	-0.943	< 0.01
	AP 2.1	1.4	1.18	1.44	0.86	1.41	0.98	-0.257	0.623
	AP 2.2	1.56	1.18	2.26	1.37	1.23	1.65	0.143	0.787
	AP 3.1	1.99	2.32	2.04	1.85	2.13	1.95	-0.314	0.544
	AP 3.2	2.54	2.41	2.67	1.77	2.29	1.93	-0.657	0.156
	AP 3.3	2.79	2.21	2.89	2.15	2.71	2.05	-0.6	0.208
	AP 4.1	1.26	1.34	1.29	1.1	1.12	1	-0.771	0.072
	AP 5.1	1.17	1.26	1.89	1.25	1.64	1.08	-0.143	0.787
	AP 5.2	1.39	1.02	1.64	1.22	1.4	1.35	0.086	0.872
	AP 5.3	1.52	0.84	0.92	0.9	1.18	1.26	0.086	0.872
Insuficiência cardíaca	AP 1.1	9.23	8.64	8.76	9.09	8.48	6.58	-0.771	0.072
	AP 2.1	3.69	3.66	3.97	3.18	2.33	1.32	-0.829	0.042
	AP 2.2	2.53	2.83	3.42	3.29	2.88	2.4	-0.086	0.872
	AP 3.1	5.95	6.25	5.02	4.83	4.05	4.18	-0.886	0.019
	AP 3.2	4.93	5.33	5.58	4.72	3.84	2.9	-0.771	0.072
	AP 3.3	8.32	9.24	6.52	6.9	6.7	5.66	-0.771	0.072
	AP 4.1	4.81	4.97	4.67	3.63	3.27	2.18	-0.943	< 0.01
	AP 5.1	3.52	3.54	4.19	4.49	4.08	6.34	0.829	0.042
	AP 5.2	3.52	3.59	3.31	3.44	3.23	3.46	-0.543	0.266
	AP 5.3	5.37	7.18	4.42	2.79	2.33	2.63	-0.886	0.019

Tabela 6 – Taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (por 10 mil habitantes) do grupo de causas cardiovasculares nas APs segundo o coeficiente de correlação de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2008-2013.

Grupo de causas CSAP	APs	2008 Tx	2009 Tx	2010 Tx	2011 Tx	2012 Tx	2013 Tx	Rô	Valor p
Doença cerebrovascular	AP 1.1	8.97	9.02	10.1	11.51	8.48	7.8	-0.429	0.397
	AP 2.1	3.27	3.99	3.76	3.81	3.52	2.34	-0.371	0.468
	AP 2.2	3	3.6	3.75	3.88	4.72	4.61	0.943	< 0.01
	AP 3.1	9.97	10.64	8.88	8.64	6.73	7.11	-0.886	0.019
	AP 3.2	6.57	5.33	6.53	6.09	6.37	6.04	-0.371	0.468
	AP 3.3	9.44	10.71	9.09	9.7	8.76	8.28	-0.714	0.111
	AP 4.1	10.85	8.28	7.04	6.72	6.16	4.24	-0.992	< 0.001
	AP 5.1	4.71	6.28	9.03	8.55	7.68	11.84	0.771	0.072
	AP 5.2	6.02	5.14	5.35	5.22	4.91	6.68	0.029	0.957
AP 5.3	6.03	6.06	6.59	4.67	6.12	10.17	0.543	0.266	
Internações cardiovasculares	AP 1.1	26.13	25.11	25.1	35.54	25.67	22.14	-0.371	0.468
	AP 2.1	9.11	9.7	10.83	10.55	8.76	5.49	-0.486	0.329
	AP 2.2	8.07	9.04	10.83	11.8	10.79	11.14	0.714	0.111
	AP 3.1	17.75	22.21	17.83	21.34	16.67	17.37	-0.543	0.266
	AP 3.2	18.15	14.75	16.95	16	15.69	13.38	-0.657	0.156
	AP 3.3	20.79	24.64	20.42	25.41	22.95	20	-0.257	0.623
	AP 4.1	17.98	16.55	14.93	14.93	13.1	9.36	-0.986	< 0.001
	AP 5.1	11.4	13.05	16.48	19.69	17.45	26.06	0.943	< 0.01
	AP 5.2	11.66	11.87	11.4	13.21	12.49	14.78	0.771	0.072
AP 5.3	15.22	16.2	13.78	10.96	12.21	16.83	-0.029	0.957	

No grupo de causa hipertensão as APs 4.1 e 5.3 apresentaram significância estatística, ou seja, p valor < 0.05 . Com rô acima de - 0.70, alta correlação negativa, significando redução no número de internações por hipertensão neste intervalo de tempo. Nas outras APs, apesar da redução, não ocorreu significância estatística.

Quanto ao grupo de causa angina, a AP 1.1 foi a única que apresentou significância estatística. Com rô acima de - 0.70, alta correlação negativa, significando redução no número

de internações por angina neste intervalo de tempo. Nas APs 1.1, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.1 e 5.1 não ocorreu significância estatística apesar da redução. Nas APs 5.2 e 5.3 ocorreu um aumento nas internações, mas não teve significância estatística.

No grupo de causa insuficiência cardíaca as APs 2.1, 3.1 e 5.3 apresentaram significância estatística, com r acima de -0.70 , alta correlação negativa, significando redução no número de internações neste intervalo de tempo. A AP 5.1 teve r acima de 0.70 , alta correlação positiva, significando aumento no número de internações. Nas outras APs, apesar da redução, não apresentam significância estatística.

O grupo de causa doenças cerebrovasculares na AP 4.1 teve significância estatística, com r acima de -0.70 , alta correlação negativa, significando redução no número de internação neste intervalo de tempo. A AP 5.1 teve r acima de 0.70 , alta correlação positiva, significando aumento no número de internações.

Quando reunimos os grupos de doenças cardiovasculares a AP 4.1 tem alta correlação negativa, redução no número de internações, e a AP 5.1 tem alta correlação positiva, aumento no número de internações. Nas APs 1.1, 2.1, 3.1, 3.2, 3.3 e 5.3 ocorrem correlação negativa, redução nas internações, mas não têm significância estatística. As APs 2.2 e 5.2 tiveram correlação positiva, aumento nas internações, sem significância estatística. A AP 5.2, apesar de não ter significância, tem o percentual bem próximo da relevância, demonstrando um grande aumento no número de internações.

Vale resaltar que tivemos APs com aumento no número de internações de doenças cardiovasculares, que são: 5.1 com hipertensão, APs 2.2, 5.2 e 5.3 com angina, APs 5.1, 5.2 e 5.3 com doenças cerebrovasculares.

As APs 5.1, 5.2, 5.3 são regiões tem uma grande cobertura, mas tem infraestrutura básica precária ou ausente. Apesar de nos últimos anos ter melhorado qualitativamente a infraestrutura de atendimento a saúde primária e secundária.

Tabela 7 – Taxa de internação do grupo de hipertensão (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013	Rô	Valor p
AP 1.1	87	139	70	50		
Cobertura 1.1	15	31	47	47	-0.738	0.262
AP 2.1	106	91	67	27		
Cobertura 2.1	18	26	28	28	-0.949	0.049
AP 2.2	58	59	27	37		
Cobertura 2.2	11	13	17	15	-0.800	0.200
AP 3.1	168	290	143	157		
Cobertura 3.1	37	51	53	53	-0.738	0.262
AP 3.2	89	72	67	58		
Cobertura 3.2	6	42	48	48	-0.949	0.049
AP 3.3	181	266	167	131		
Cobertura 3.3	23	31	41	45	-0.800	0.200
AP 4.1	176	145	110	89		
Cobertura 4.1	3	11	15	20	-0.999	< 0.001
AP 5.1	92	144	104	180		
Cobertura 5.1	27	48	54	54	0.632	0.368
AP 5.2	73	74	56	75		
Cobertura 5.2	32	49	59	59	0.105	0.895
AP 5.3	68	26	19	16		
Cobertura 5.3	88	93	97	101	-0.999	< 0.001
Total do município	1344	1632	1027	963		
Cobertura total do município	25	38	44	45	-0.800	0.200

Nota-se a correlação entre a cobertura e a redução das internações do grupo de hipertensão nas APs 2.1, 3.2, 4.1 e 5.3 nos anos de 2010 a 2013, sendo r maior que 0.70 (-0.70), uma alta correlação.

Nas APs 5.1 e 5.2 não teve correlação significativa, apesar do aumento das internações do grupo de hipertensão. A cobertura dessas APs tem um grande aumento nos anos de 2010 a 2013.

Tabela 8 – Taxa de internação por grupo de angina (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013	Rô	Valor p
AP 1.1	99	113	83	82		
Cobertura 1.1	15	31	47	47	-0.738	0.262
AP 2.1	92	55	91	63		
Cobertura 2.1	18	26	28	28	-0.316	0.684
AP 2.2	84	51	46	62		
Cobertura 2.2	11	13	17	15	-0.800	0.200
AP 3.1	181	164	191	175		
Cobertura 3.1	37	51	53	53	0.211	0.789
AP 3.2	152	101	132	111		
Cobertura 3.2	6	42	48	48	-0.316	0.684
AP 3.3	272	203	260	197		
Cobertura 3.3	23	31	41	45	-0.800	0.200
AP 4.1	117	100	103	92		
Cobertura 4.1	3	11	15	20	-0.800	0.200
AP 5.1	127	84	111	73		
Cobertura 5.1	27	48	54	54	-0.632	0.368
AP 5.2	109	81	94	91		
Cobertura 5.2	32	49	59	59	-0.316	0.684
AP 5.3	34	33	44	47		
Cobertura 5.3	88	93	97	101	0.800	0.200
Total do município	1652	1231	1486	1276		
Cobertura total do município	25	38	44	45	-0.400	0.600

Observa-se que no grupo de angina não foi encontrada correlação significativa quanto a redução das internações nos anos de 2010 a 2013.

Nas APs 1.1, 2.1, 2.2, 3.2, 3.3, 4.1, 5.1 e 5.2 não teve correlação significativa apesar da redução das internações do grupo de angina. Nas APs 3.1 e 5.3 nota-se que não ocorreu aumento no número de internações, mas não teve correlação significativa.

O diagnóstico de angina requer uma avaliação detalhada de exames, uma análise dos sinais e sintomas e uma pesquisa das comorbidades que essa patologia envolve. Esses fatores pode levar a um subdiagnóstico de angina na Atenção Primária à Saúde.

Tabela 9 – Taxa de internação por grupo de insuficiência cardíaca (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013	Rô	Valor p
AP 1.1	261	271	250	194		
Cobertura 1.1	15	31	47	47	-0.738	0.262
AP 2.1	253	203	150	85		
Cobertura 2.1	18	26	28	28	-0.949	0.049
AP 2.2	127	122	108	90		
Cobertura 2.2	11	13	17	15	-0.800	0.200
AP 3.1	445	428	363	375		
Cobertura 3.1	37	51	53	53	-0.949	0.049
AP 3.2	318	269	221	167		
Cobertura 3.2	6	42	48	48	-0.949	0.049
AP 3.3	615	650	643	543		
Cobertura 3.3	23	31	41	45	-0.400	0.600
AP 4.1	425	330	301	200		
Cobertura 4.1	3	11	15	20	-0.999	< 0.001
AP 5.1	281	301	277	430		
Cobertura 5.1	27	48	54	54	0.105	0.895
AP 5.2	220	229	217	233		
Cobertura 5.2	32	49	59	59	0.105	0.895
AP 5.3	163	103	87	98		
Cobertura 5.3	88	93	97	101	-0.800	0.200
Total do município	3842	3641	3309	3044		
Cobertura total do município	25	38	44	45	-0.999	< 0.001

Nota-se a correlação entre a cobertura e a redução da internação do grupo de insuficiência cardíaca nas APs 2.1, 3.1, 3.2 e 4.1 no município do Rio de Janeiro nos anos de 2010 a 2013, sendo r maior que 0.70 (-0.70), uma alta correlação.

Nas APs 5.1 e 5.2 não teve correlação significativa, apesar do aumento das internações do grupo de insuficiência cardíaca. Essas APs tem um resultado semelhante para o grupo da hipertensão.

O grupo de insuficiência cardíaca confirma sua redução do número de interações no município do Rio de Janeiro apresentando uma redução significativa em 04 APs e 04 correlações negativas sem significância.

Tabela 10 – Taxa de internação por grupo de doenças cerebrovasculares (por 10 mil habitantes) das APs correlacionada com a cobertura da ESF segundo o coeficiente de Spearman. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

	2010	2011	2012	2013	Rô	Valor p
AP 1.1	301	343	250	230		
Cobertura 1.1	15	31	47	47	-0.738	0.262
AP 2.1	240	243	227	151		
Cobertura 2.1	18	26	28	28	-0.738	0.262
AP 2.2	139	144	177	173		
Cobertura 2.2	11	13	17	15	- 0.999	< 0.001
AP 3.1	787	766	603	637		
Cobertura 3.1	37	51	53	53	-0.949	0.049
AP 3.2	372	347	367	348		
Cobertura 3.2	6	42	48	48	-0.316	0.684
AP 3.3	857	914	840	794		
Cobertura 3.3	23	31	41	45	-0.800	0.200
AP 4.1	640	611	566	390		
Cobertura 4.1	3	11	15	20	-0.999	< 0.001
AP 5.1	606	574	521	803		
Cobertura 5.1	27	48	54	54	-0.105	0.895
AP 5.2	356	347	330	449		
Cobertura 5.2	32	49	59	59	-0.105	0.895
AP 5.3	243	172	228	379		
Cobertura 5.3	88	93	97	101	0.400	0.600
Total do município	5181	5016	4668	4961		
Cobertura total do município	25	38	44	45	-0.800	0.200

Verifica-se a correlação entre a cobertura e a redução da internação do grupo de doenças cerebrovasculares nas APs 2.2, 3.1 e 4.1 nos anos de 2010 a 2013 sendo rô maior que 0.70 (-0.70), uma alta correlação.

Na AP 5.3 não teve correlação apesar do aumento das internações do grupo de doenças cerebrovasculares.

Tabela 11 – Taxa de 5 por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária (por 100 mil habitantes) correlacionadas com a ESF nas APs por regressão linear múltipla. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

Área de planejamento	Variável dependente	Variáveis independentes	β	Valor p	Intervalo de confiança de 95% para β	
					Limite inferior	Limite superior
AP 1.1	Taxa de ICCSAP	Constante	20.944	< 0.001	17.066	24.823
		Cob	0.025	0.817	-0.191	0.241
		2011	7.317	< 0.001	4.086	10.547
		2012	-0.676	0.826	-6.839	5.487
		2013	-3.630	0.321	-10.922	3.663
AP 2.1	Taxa de ICCSAP	Constante	9.831	< 0.001	4.691	14.970
		Cob	-0.044	0.781	-0.358	0.271
		2011	-0.131	0.908	-2.406	2.143
		2012	-1.286	0.510	-5.186	2.615
		2013	-4.037	0.043	-7.932	-0.141
AP 2.2	Taxa de ICCSAP	Constante	6.655	0.031	0.654	12.656
		Cob	0.212	0.430	-0.324	0.747
		2011	0.256	0.808	-1.857	2.370
		2012	-0.937	0.524	-3.876	2.002
		2013	-0.710	0.636	-3.718	2.297
AP 3.1	Taxa de ICCSAP	Constante	16.350	< 0.001	8.682	24.018
		Cob	-0.059	0.673	-0.340	0.221
		2011	3.993	0.163	-1.686	9.672
		2012	0.735	0.845	-6.781	8.251
		2013	1.246	0.743	-6.357	8.849
AP 3.2	Taxa de ICCSAP	Constante	14.129	< 0.001	12.782	15.476
		Cob	-0.033	0.546	-0.141	0.076
		2011	-0.215	0.863	-2.704	2.275
		2012	0.482	0.851	-4.674	5.638
		2013	-1.391	0.613	-6.891	4.110

Nota 1: Cob* - Cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Nota 2: ICSAP* - Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária.

Tabela 12 – Taxa de internação por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária (por 100 mil habitantes) correlacionadas com a cobertura da Estratégia Saúde da Família

(ESF) nas Áreas de Planejamento por regressão linear múltipla. Rio de Janeiro, Brasil, 2010-2013.

Área de planejamento	Variável dependente	Variáveis independentes	β	Valor p	Intervalo de confiança de 95.0% para β	
					Limite inferior	Limite superior
AP 3.3	Taxa de ICCSAP	Constante	16.689	< 0.001	14.919	18.459
		Cob	0.057	0.033	0.005	0.110
		2011	1.017	0.485	-1.893	3.928
		2012	0.556	0.663	-1.996	3.107
		2013	-2.366	0.084	-5.063	0.331
AP 4.1	Taxa de ICCSAP	Constante	13.160	< 0.001	11.476	14.843
		Cob	-0.255	0.133	-0.590	0.080
		2011	1.128	0.262	-0.873	3.129
		2012	1.435	0.475	-2.577	5.447
		2013	-1.209	0.601	-5.832	3.415
AP 5.1	Taxa de ICCSAP	Constante	14.376	< 0.001	8.803	19.950
		Cob	-0.032	0.797	-0.285	0.220
		2011	2.861	0.140	-0.976	6.697
		2012	1.898	0.641	-6.241	10.036
		2013	9.095	0.046	0.178	18.012
AP 5.2	Taxa de ICCSAP	Constante	8.845	< 0.001	4.881	12.809
		Cob	0.036	0.610	-0.106	0.179
		2011	0.281	0.847	-2.642	3.204
		2012	-2.275	0.698	-14.037	9.486
		2013	1.320	0.603	-3.756	6.397
AP 5.3	Taxa de ICCSAP	Constante	16.506	< 0.001	2.831	30.181
		Cob	-0.091	0.491	-0.357	0.174
		2011	0.671	0.901	-10.136	11.479
		2012	2.526	0.688	-10.092	15.144
		2013	6.527	0.323	-6.629	19.682
MUNICÍPIO	Taxa de ICCSAP	Constante	904.079	< 0.001	707.334	1.100.823
		Cob Geral	5.903	0.283	-5.036	16.842
		2011	28.634	0.715	-128.424	185.691
		2012	-140.065	0.307	-413.414	133.284
		2013	-171.034	0.257	-471.572	129.504

Nota 1: Cob* - Cobertura da Estratégia Saúde da Família.

Nota 2: ICSAP* - Internações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária.

Foi feita análise sobre se a cobertura da ESF tem relação de causa e efeito com a taxa de ICSAP no período de 2010 a 2013, quando se utilizou a regressão linear múltipla. O ano de 2010 serviu como referência para a estimação dos coeficientes, por isso não é apresentado na tabela.

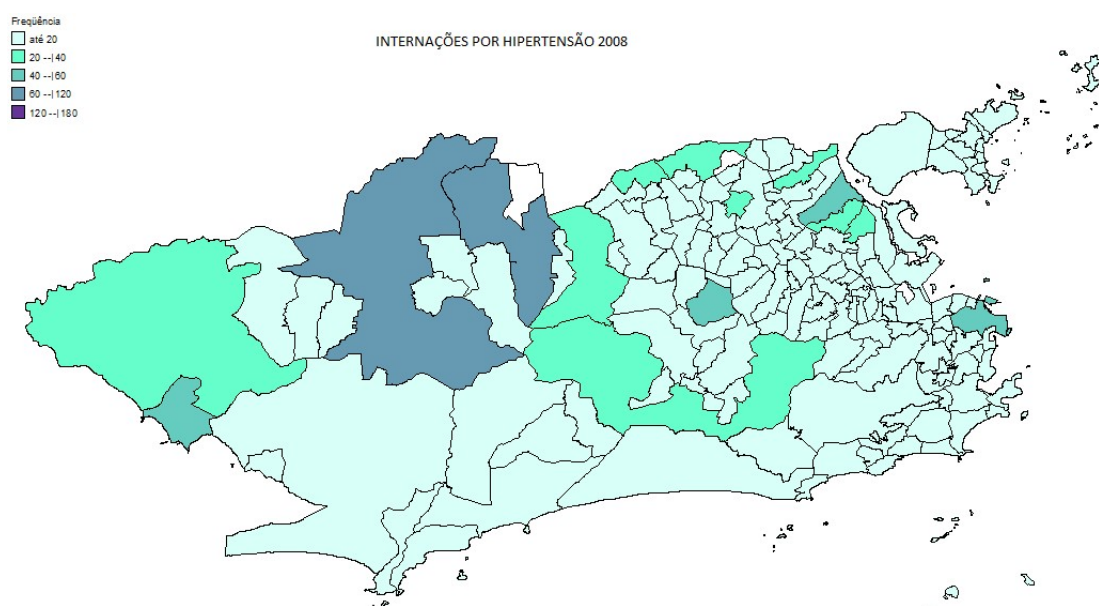
As áreas de planejamento 1.1, 2.1, 3.3 e 5.1 apresentaram significância. Assim, para a AP 1.1 o ano de 2011 aumenta em média a porcentagem de ICSAP em 7% relativa ao ano de 2010. Nos anos de 2012 e 2013 não teve correlação significativa quando comparado ao ano de 2010.

A AP 2.1 teve o ano de 2013 com influência para um decréscimo na porcentagem de ICSAP e em média reduz em 4% quando comparada ao ano de 2010. Para cada 1% em média de aumento na cobertura da ESF da área AP 3.3 a ICSAP aumenta em 9%.

Quando se avaliou a AP 5.1 o modelo reportou que o ano de 2013 aumenta em média 9% o número de ICSAP em comparação ao de 2010.

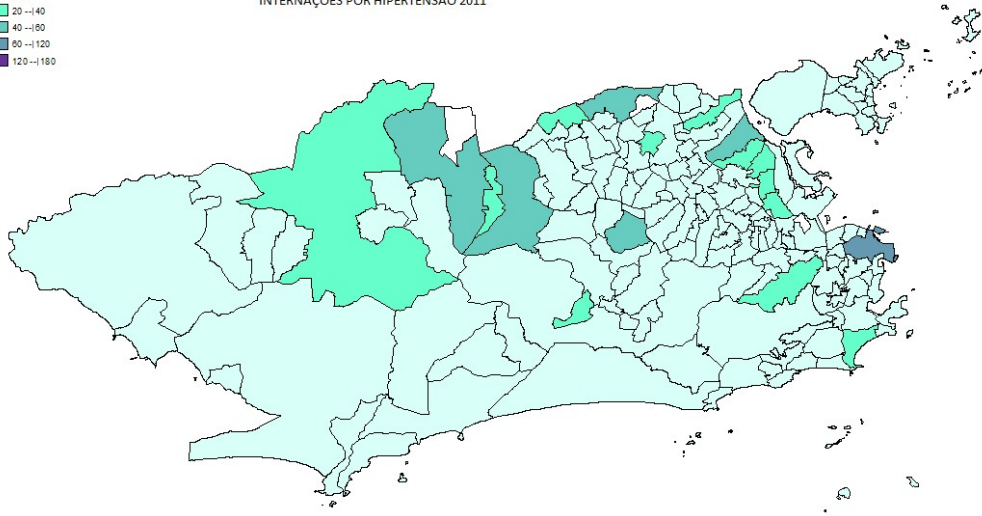
As demais áreas de planejamento não apresentaram significância, portanto, para o modelo de regressão não há relação entre a cobertura da ESF com as ICCSAP, apesar de redução quando comparado ao ano de 2010 nas seguintes APs: 1.1, 2.1, 2.1, 3.2, 3.3 e 4.1.

FIGURA 2 – Distribuição das internações por hipertensão no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.

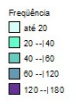
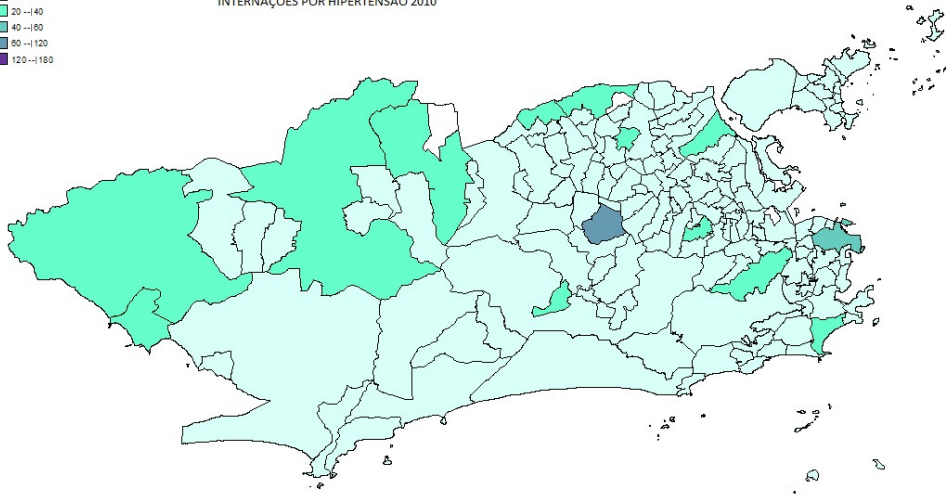




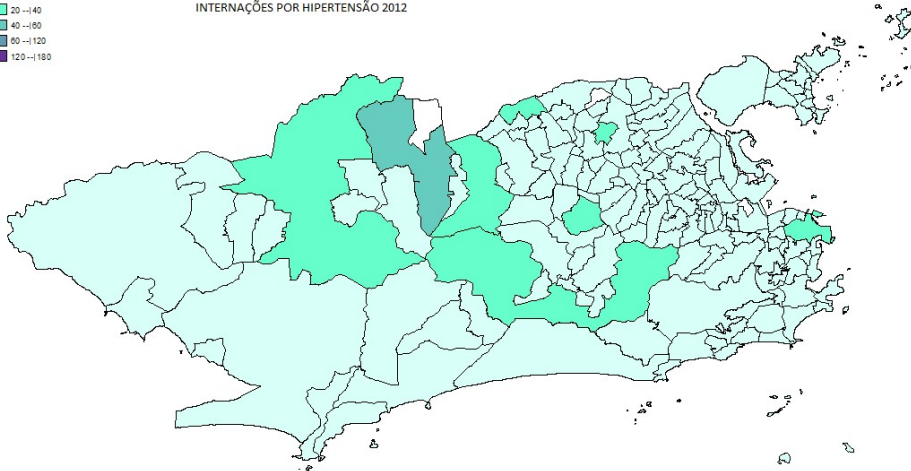
INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO 2011

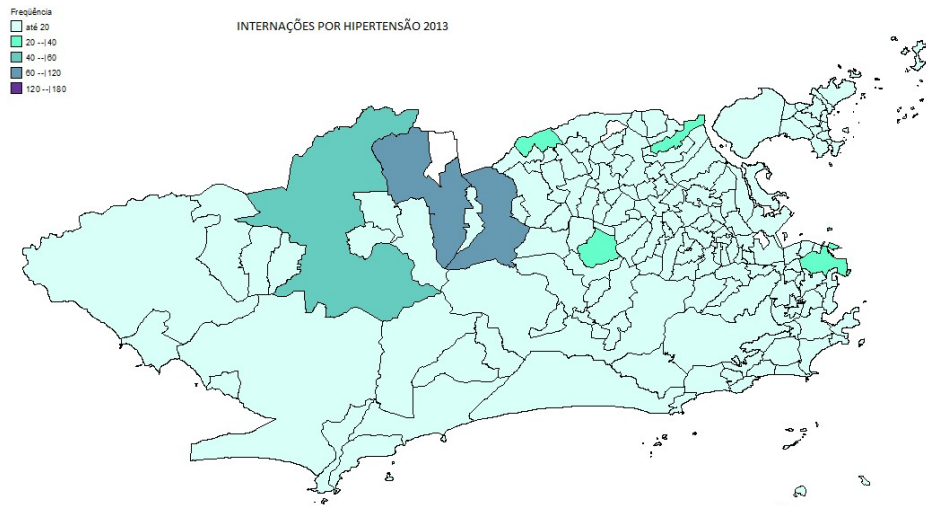


INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO 2010



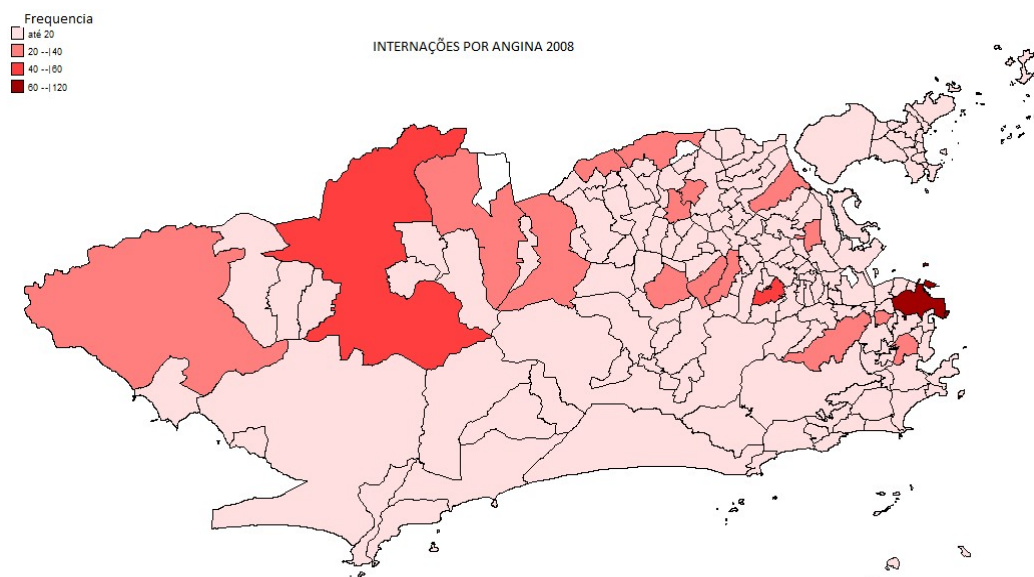
INTERNAÇÕES POR HIPERTENSÃO 2012

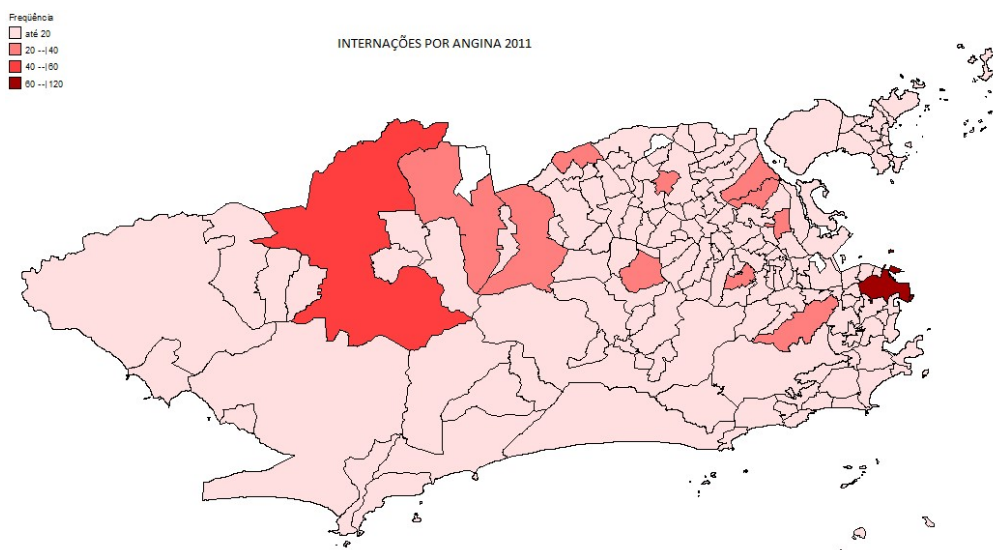
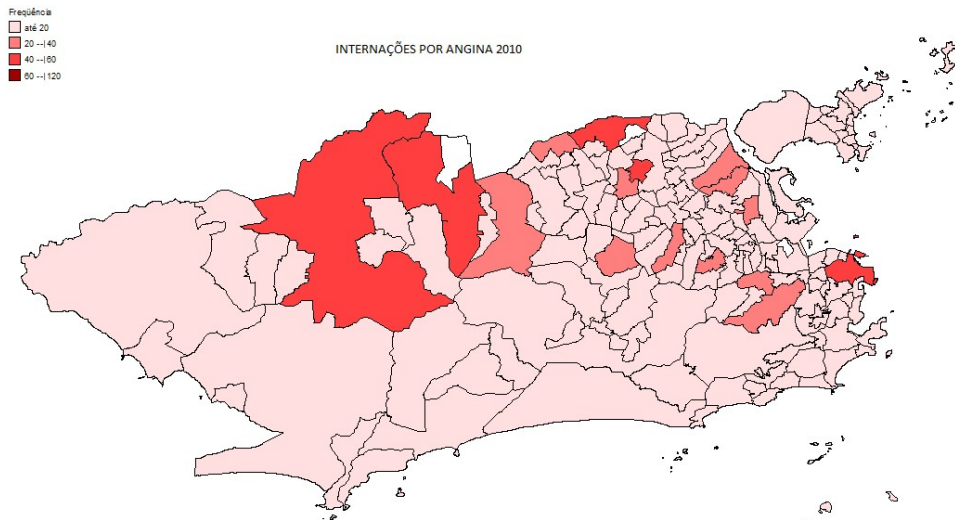
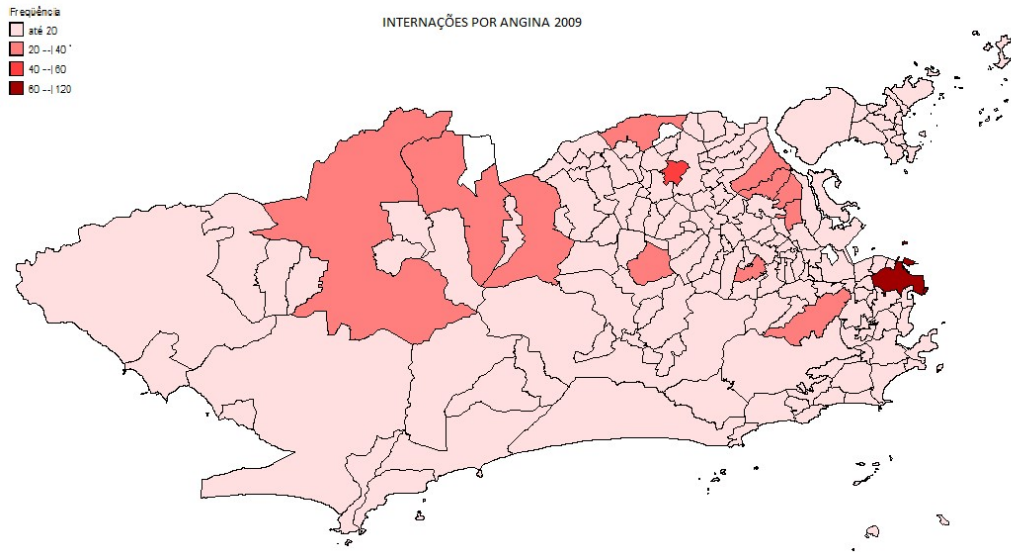


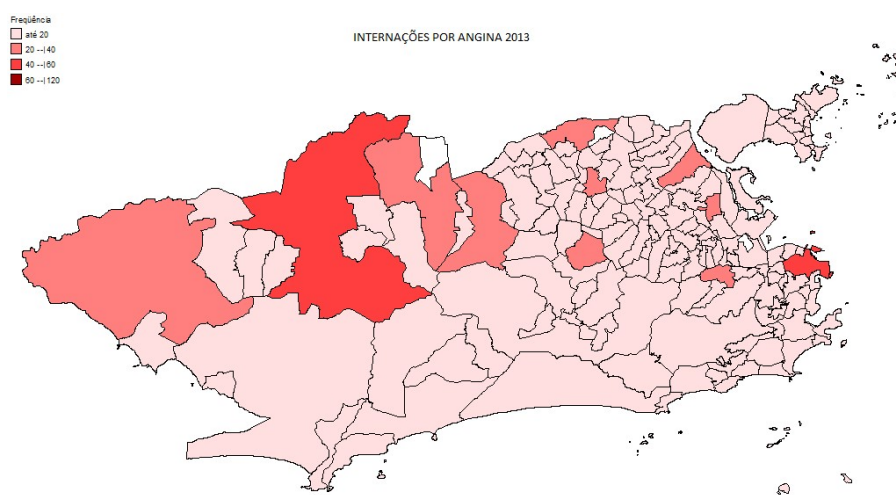
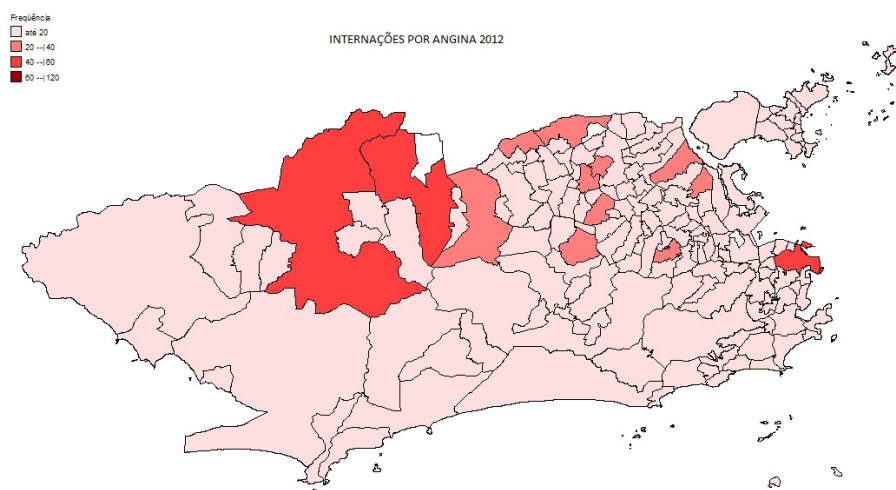


Observa-se nos mapas uma variação em 14 bairros nas internações por hipertensão. Um grande número de internações no bairro Bangu (entre 60-120) em 2008, com uma pequena redução (entre 40-60) em 2013; em Campo Grande (entre 60-120) em 2008, com uma acentuada redução (entre 20-40) em 2013; no Centro (entre 40-60) em 2008, com uma redução (entre 20-40) em 2013; na Penha (entre 40-60) em 2008, com uma acentuada redução (até 20) em 2013; em Sepetiba (entre 40-60) em 2008, com uma acentuada redução (até 20) em 2013; Olaria (20-40) em 2008, com uma redução (até 20) em 2013; Realengo (entre 20-40) em 2008, com um aumento (entre 60-120) em 2013.

FIGURA 3 – Distribuição das internações por angina no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.

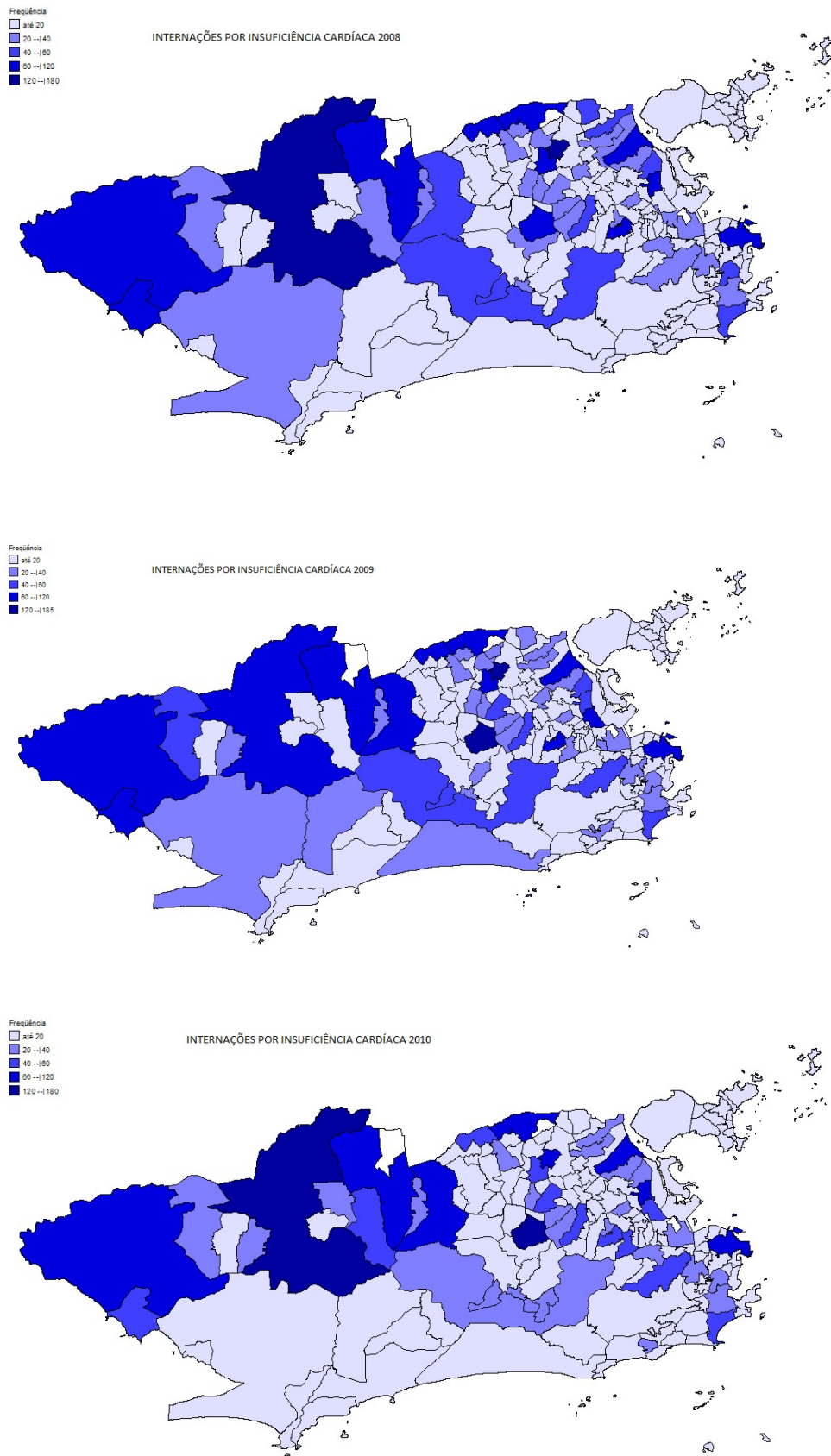


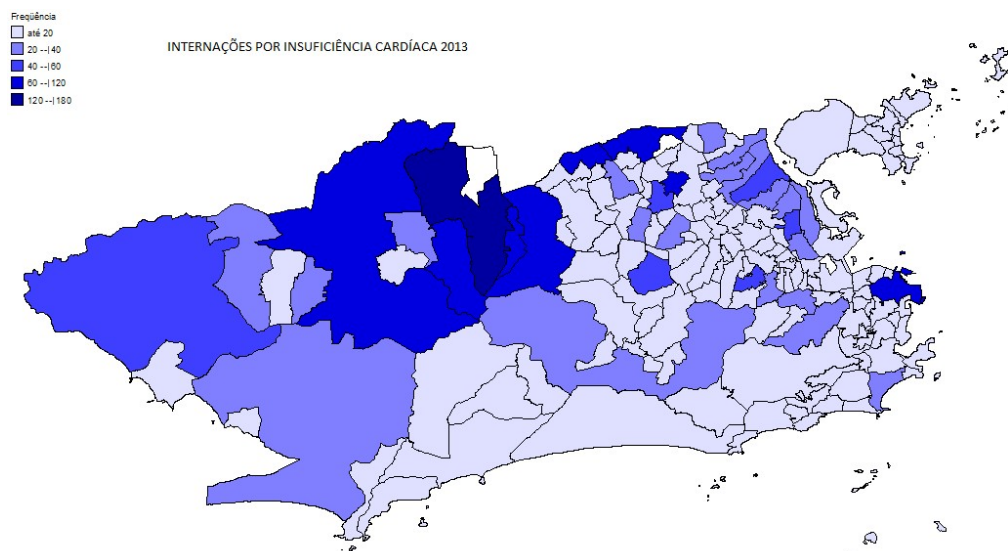
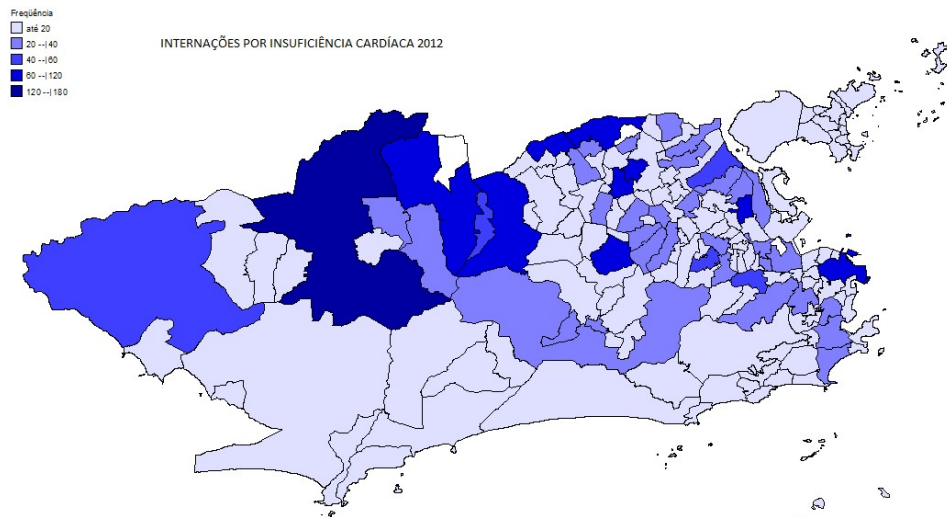
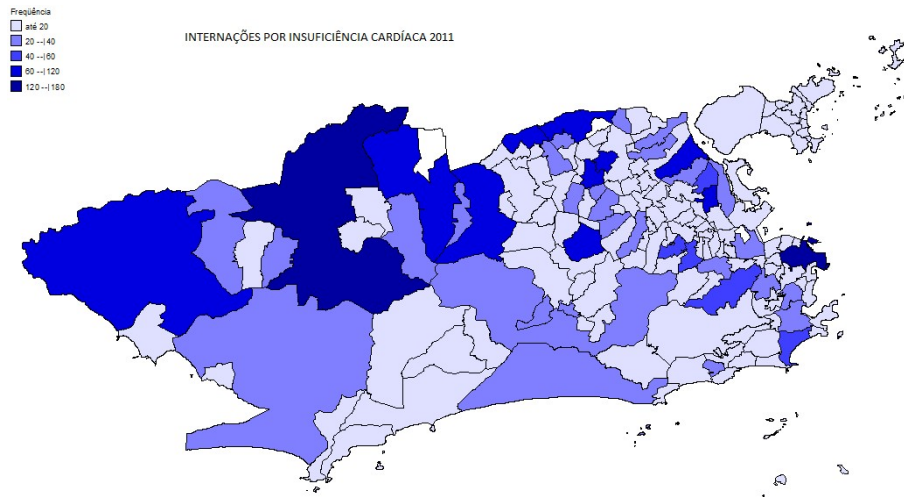




Apresentam-se nos mapas as internações por angina. Um grande número de internações no bairro Centro (entre 60-120) em 2008 com uma pequena redução (entre 40-60) em 2013; em Campo Grande (entre 40-60) em 2008 mantendo o mesmo padrão (entre 40-60) em 2013; no Méier (entre 40-60) em 2008 com uma redução (até 20) em 2013; Piedade (entre 20-40) em 2008 com uma acentuada redução (até 20) em 2013; Anchieta (20-40) em 2008 com uma redução para (até 20) em 2013; Realengo, Bangu, Bonsucesso, Pavuna, Praça Seca, Rocha Miranda, Santa Cruz e Tijuca (entre 20-40) em 2008 e permaneceu com os mesmos números (entre 20-40) em 2013; e Vila Isabel (até 20) em 2008 com um aumento (entre 20-40) em 2013.

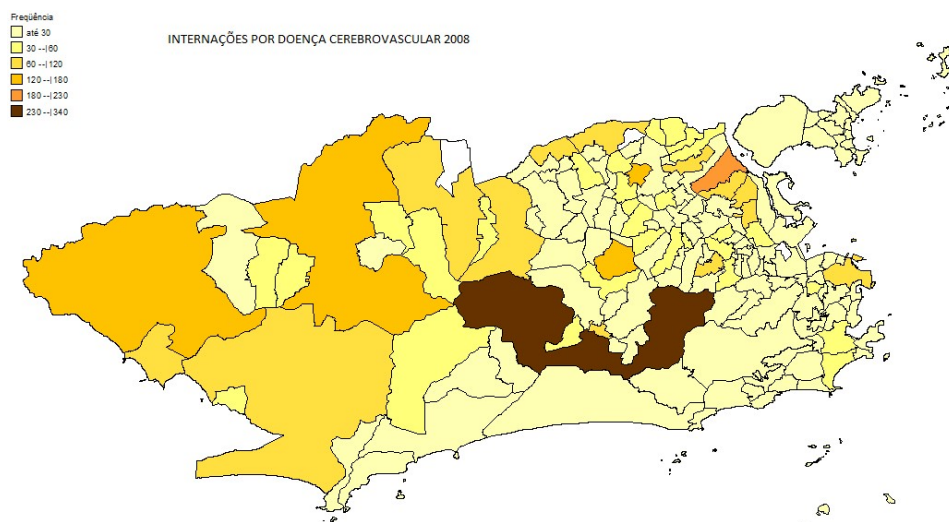
FIGURA 4 – Distribuição das internações por insuficiência cardíaca no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.

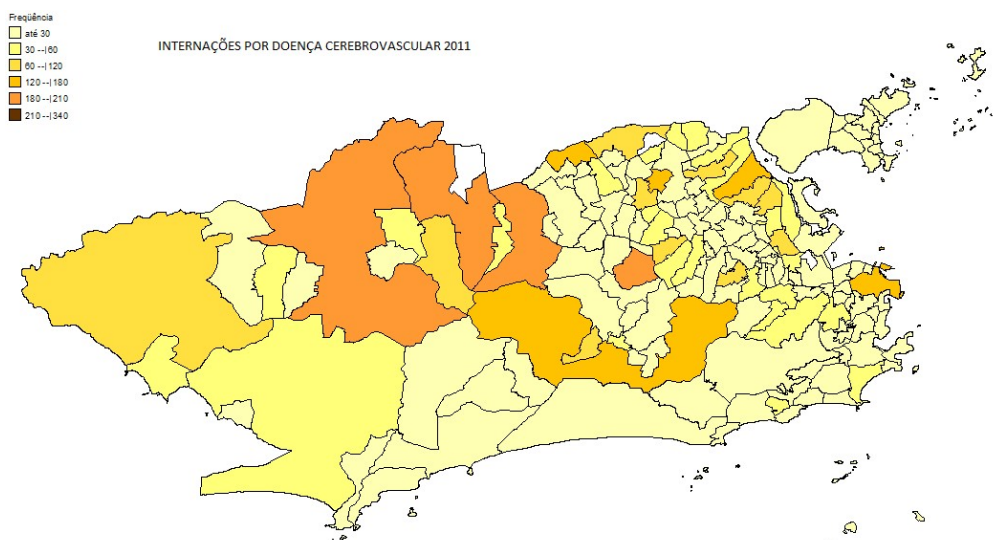
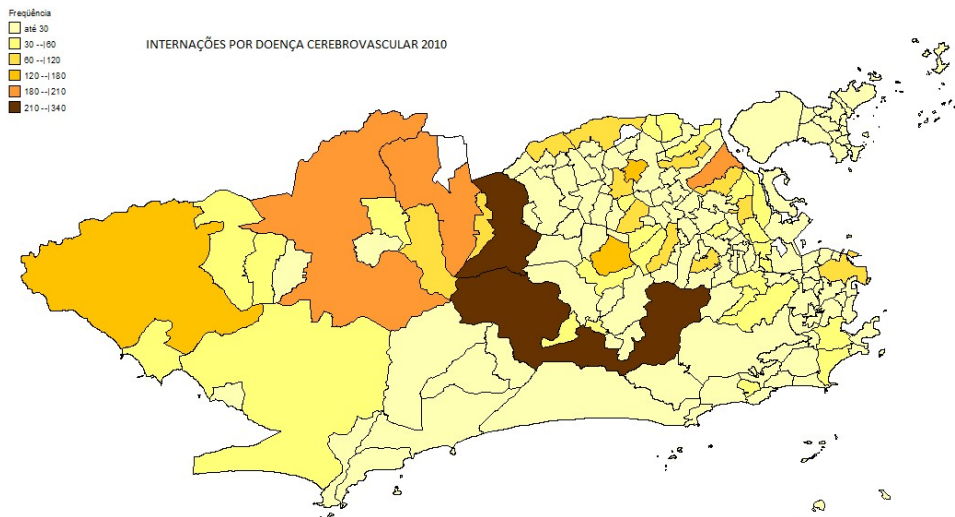
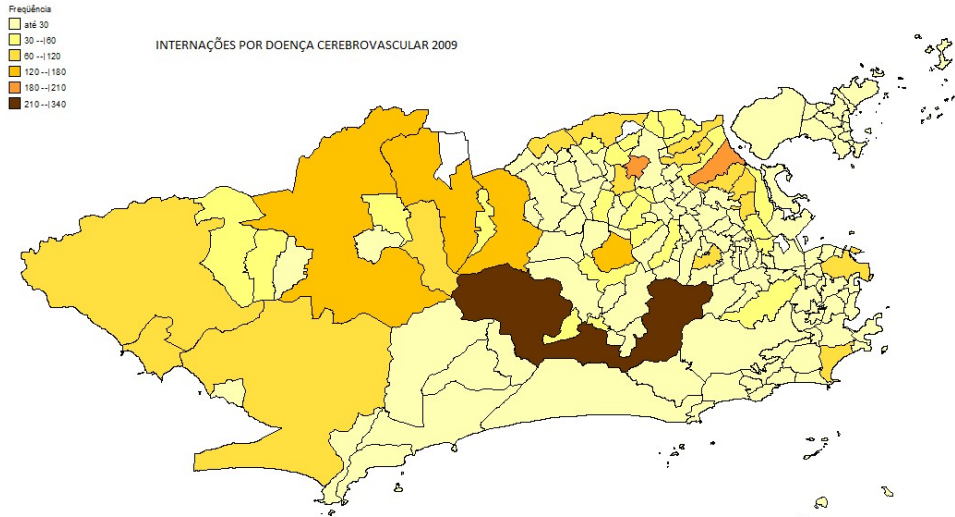


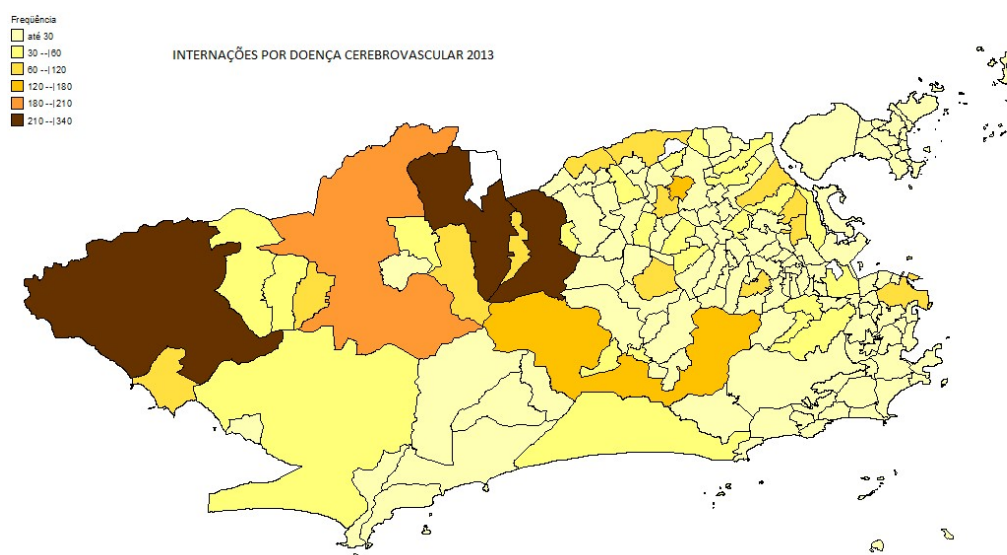
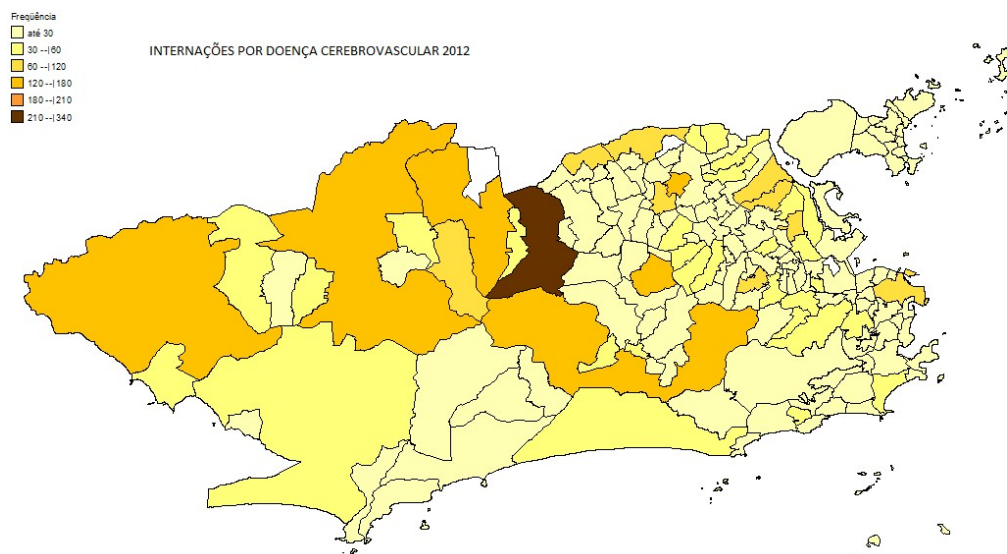


Observa-se nos mapas uma variação em 36 bairros nas internações por insuficiência cardíaca. Um grande número de internações no bairro Bangu (entre 60-120) em 2008 com um aumento (entre 120-180) em 2013; em Campo Grande (entre 120-180) em 2008 com redução (entre 60-120) em 2013; no Centro e Anchieta (entre 60-120) em 2008 sem mudança em 2013; Colégio (entre 120-180) em 2008 com redução (entre 60-120) em 2013; Irajá (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; Penha (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; Praça Seca (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; Rocha Miranda (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; Taquara (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; em Sepetiba (entre 60-60) em 2008 com uma acentuada redução (até 20) em 2013; Cordovil, Curicica, Penha Circular e Vigário Geral (20-40) em 2008 com uma redução para (até 20) em 2013; Realengo (entre 40-60) em 2008 com um aumento (entre 120-180) em 2013.

FIGURA 5 – Distribuição das internações por doença cerebrovascular no município do Rio de Janeiro de 2008 a 2013.







Observa-se nos mapas o Centro (entre 60-120) em 2008 e sem mudança em 2013 e uma variação em 39 bairros nas internações por doença cerebrovascular. Um grande número de internações no bairro Bangu (entre 60-120) em 2008 com um aumento (entre 210-340) em 2013; em Campo Grande (entre 120-180) em 2008 com aumento (entre 180-210) em 2013; Pavuna (entre 60-120) em 2008 sem mudança em 2013; Inhoaíba (entre 30-60) com aumento (entre 60-120); Senador Camará (entre 30-60) com aumento (entre 60-120); Colégio (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 30-60) em 2013; Irajá (entre 60-120) em 2008 sem mudança em 2013; Jacarepaguá (entre 210-340) em 2008 com redução (entre 120-180) em 2013; Penha (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 60-120) em 2013; Praça Seca (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 40-60) em 2013; Rocha Miranda (entre 60-120) em 2008 com aumento (entre 60-120) em 2013; Taquara (entre 60-120) em 2008 com redução (entre 30-60) em 2013; Cidade de

Deus (entre 60-120) em 2008 com uma acentuada redução (até 30) em 2013; Cordovil, Curicica, Penha Circular, Brás de Pina, Guaratiba, Inhaúma, Manguinhos e Vigário Geral (entre 30-60) em 2008 com uma redução para (até 30) em 2013; Realengo (entre 60-120) em 2008 com um aumento (entre 210-340) em 2013.

5 DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos, a AP foi gradualmente se fortalecendo como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Para Macinko, Starfield e Shy (2003), APS deve ser a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde, oferecer atendimento integral em aspectos amplos (não apenas assistência a doença), atender todas as condições de saúde do indivíduo salvo em caso de situações raras ou incomuns, coordenar e integrar os outros níveis de atenção. APS compreende ainda: “... a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde” (MACINKO et al, 2006, p.686).

De acordo com dados do DATASUS/DAB a expansão da cobertura da ESF no Brasil até dezembro de 2013 está presente em 5346 municípios com uma cobertura populacional no mesmo período de 56,4% da população brasileira, o que reflete a dificuldade de expansão. Essa dificuldade é mais evidenciada quando se observa as regiões do país: no ano de 2013 a região Sudeste apresentava a menor cobertura da ESF 44,34% da população, região Norte com 52,72%, a região Sul com 56,51%, região Centro-Oeste com 55,73%, e a região Nordeste com 75,76% apresentava a maior cobertura.

A dimensão e complexidade das diferentes regiões do Brasil dificultam o sucesso da implantação de normas de caráter generalizado, que não consideram as especificidades de cada local do país.

No município do Rio de Janeiro a dificuldade de expansão segue a tendência das grandes cidades, porém com uma grande evolução quando se compara os dados DATASUS/DAB: em 2008 apenas 8,1% dos moradores contavam com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, em 2013 essa cobertura chega a 39,41%. Com a expansão da cobertura da ESF amplia-se o número de eSFs para 730 e a criação das clínicas da família, gerando grandes transformações no município do Rio de Janeiro.

Machado *et al* levantaram a problemática da insuficiente cobertura populacional da ESF nos grandes centros urbanos do país. Os autores consideram que o próprio perfil epidemiológico destes grandes centros, como por exemplo a violência urbana e as emergências, direciona a demanda da saúde para fragmentação e especialização do atendimento. Tal fato pode ser considerado uma explicação para a dificuldade da expansão da cobertura da ESF nos grandes centros urbanos.

Neste cenário, o monitoramento da situação da saúde da população se torna indispensável para implantação e implementação de políticas públicas de saúde.

Medir a capacidade de resolução, funcionamento e acesso oportuno do modelo vigente da AP imprime a necessidade de uma fonte de dados de fácil acesso, segura e abrangente. A utilização do indicador ICSAP, por meio dos dados disponíveis no SIH-SUS, torna-se uma valiosa ferramenta, com base em dados secundários, capaz de demonstrar o desempenho do sistema de saúde.

Embora haja o uso crescente dos dados disponíveis no SIH-SUS, deve ser ressaltado que o uso dessas internações apresenta algumas limitações como a confiabilidade e a qualidade nos registros da AIH, já que o SIH/SUS tem como objetivo principal o repasse financeiro para ressarcimento dos custos da internação. Assim, destacam-se aspectos que afetam a qualidade das informações registradas como:

- o sistema não identifica reinternações e transferências de outros hospitais, levando a duplas contagens de um mesmo paciente;
- consideradas as limitações em relação ao número de AIH passíveis de apresentação pelo estado e aquelas estipuladas em relação ao seu teto financeiro (quantitativo equivalente a 9% de população residente ao ano e valor máximo a ser gasto por estado), os gestores estaduais e municipais optam, na maioria das vezes, por cobrar aqueles procedimentos mais caros, arcando com os custos dos mais baratos;
- o quantitativo de documentos e o perfil de gastos dependem da capacidade instalada e do perfil da rede de serviços existente no local, na medida em que é impossível pagar procedimentos para a realização dos quais não existe serviço disponível;
- o sistema registra apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, o que corresponde a 70% das internações ocorridas no país; e
- possibilidade de sub-registro por parte daqueles hospitais que trabalham com orçamento global, situação essa agravada pela política do Ministério da Saúde de indução à “contratualização” de hospitais de ensino, filantrópicos e de pequeno porte, que passaram a ter o valor anual a eles destinado definido por sua inserção na rede de serviços e desempenho em relação a metas estipuladas (LEVIN, 2006).

Contudo, o viés que esse problema pode gerar deve ser não-direcional na medida em que, ocorrendo, não há razão para se esperar que ocorresse de modo diferente para usuários e não usuários da ESF. Do mesmo modo, o erro ocorreria sempre no sentido de ocultar uma CSAP, registrando-a como não CSAP.

O Ministério da Saúde tem buscado avanços na auditoria no SUS. A prática regular, com especial atenção sobre alguns diagnósticos, o sexo e a idade do paciente tem reduzido bastante esse problema na última década (NETEL, 2013).

Nos estudos encontrados sobre a confiabilidade da AIH, a conclusão é que ela é maior que a esperada (MATHIAS; SOBOLL, 1998).

No decorrer da análise a principal limitação encontrada no banco de dados foi: inconsistência de informação na variável bairro e na variável município, com 9960 casos.

Na variável bairro foi observado prováveis erros de digitação como:

- número de CEP;
- número de casa;
- erro de escrita do nome do bairro;
- nome de rua;
- nome de comunidades que são conhecidas no município como bairro pela população;
- nome de bairros que não existem;
- nome próprio; e
- variável em branco.

Na variável município, é encontrado o número correspondente ao município do Rio de Janeiro, 330455, mas o bairro não pertence ao município. Encontrado código de outros municípios como: Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Niterói, Mesquita, Tinguá, Austin, Pendotiba, Japeri, Cabo Frio, Rio das Ostras, Magé, Fervedouro (MG), Araras e outros.

Uma importante limitação para o estudo é a falta de dado sobre a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família do Município do Rio de Janeiro dividido por APs pelo MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Este dado foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que tem dados a partir de 2010.

Essa pesquisa permitiu conhecer o cenário e a capacidade de resolução da ESF, tendo como instrumento as ICSAP, em especial as ICCSAP. Notou-se uma grande variação na cobertura e nas internações no período de 2008-2013. Ocorre uma pequena redução no

número das ICSAP (21605) em 2008 para 20781 em 2013. Percebe-se uma grande diferença no município, que está dividido nas APs no mesmo intervalo de tempo: áreas chegando a 100% da cobertura e áreas com 28% de cobertura. Verifica-se que as áreas que tiveram a maior evolução na cobertura foram aquelas com a menor infraestrutura de saúde.

A literatura nacional tem enfatizado a existência da relação entre a cobertura da APS e municípios que têm a maior cobertura da ESF terem menor taxa de internações hospitalares e municípios com menor cobertura terem altas taxas de internação. Estudo realizado em Campo Grande apresentou queda no número de ICSAP em 2000 com 46.053 para 40.655 em 2009 (CAMPOS *et al*, 2012). Pazo *et al*, (2012) no Espírito Santo mostraram declínio de 14,1 para 11,4 entre 2005 e 2009.

O município do Rio de Janeiro registrou tendência de redução no número de internações, mas apenas os grupos da asma, doenças pulmonares e insuficiência cardíaca apresentaram redução significativa. Esta distribuição é semelhante à encontrada por Pazo *et al* (2012) no estado do Espírito Santo com redução no grupo de doenças pulmonares e asma. Mendonça (2014) em Pernambuco percebe que a redução ocorreu com o grupo de gastroenterites infecciosas, deficiências nutricionais, asma, insuficiência cardíaca, pneumonias bacterianas, hipertensão e epilepsias. O estudo de Ferreira *et al* (2014) apontou que, no período de 2008 a 2010, houve pequeno crescimento dos coeficientes de ICSAP na RS de São José do Rio Preto, SP.

Taxas menores de hospitalização por condições sensíveis à APS estão relacionadas à qualidade dos serviços de APS em grande parte dos estudos. Nedel *et al* constataram 42,8% de internações por condições sensíveis à APS dos moradores de áreas de ESF contra 61,3% nos não ESF no município de Bagé, RS. Estudo realizado em Montes Claros, MG, mostrou risco duplicado de probabilidade de internação por condição sensível ao cuidado primário, quando o controle regular de saúde é realizado fora da ESF.

Chama atenção que analisando os dados observa-se que as taxas de CSAP nos seis anos pesquisados no grupo de doenças cardiovasculares e diabetes mellitus têm os maiores números das ICSAP; o grupo de doenças cerebrovasculares (22,02%), insuficiência cardíaca (16%), angina (6,28%), e hipertensão (5,9%), ou seja: 50,20% dos grupos dessas ICSAP. Dado esse muito parecido com o encontrado no estudo realizado em São José do Rio Preto, SP; e em municípios goianos. Utilizando condições específicas (acidente cerebrovascular e infarto agudo do miocárdio), estudo realizado no Sul de Santa Catarina mostrou que municípios com PSF adequado têm menores taxas, comprovando assim a necessidade de estudos para avaliar esse grupo de CSAP.

Observa-se que nas CCSAP no município do Rio de Janeiro as taxas de ICCSAP por sexo e idade apresentam redução, sendo que o grupo de hipertensão tem no sexo feminino o maior número de internação. Quanto à idade o grupo de hipertensão tem a faixa etária acima de 60 anos em 2011 com aumento nas internações. O grupo de angina tem a faixa etária acima de 55 anos em 2012 com aumento nas internações. Resultado similar ao encontrado por Batista *et al* em 2012. Rehem (2012) em São Paulo destaca a hipertensão arterial como a terceira causa de ICSAP, acometendo mais mulheres que homens. Neste grupo, também, a população acima de 65 anos foi expressiva.

Esse estudo analisou as CCSAP no município do Rio de Janeiro através da sua divisão setorial em áreas de planejamento e apresentou através do geoprocessamento os bairros com o maior número de moradores internados por CCSAP. Quando observamos as taxas de internações nas APs verificamos que registraram tendência de redução da ocorrência das internações por CCSAP; o tamanho dessa redução, porém, variou. Isso não pode ser explicado apenas pela expansão da cobertura nas APs, uma vez que o maior coeficiente de internação ocorreu nas APs 5.1, 5.2 e 5.3, que apresentam altas coberturas desse nível de atenção (54%, 59% e 101%, respectivamente), mas que não refletiram na redução no número de ICCSAP. A revisão do IDH permitiu verificar que as APs 3.1, 5.1, 5.2 e 5.3 estão entre as APs que têm as maiores taxas de analfabetismo e mortalidade infantil e as piores infraestruturas na assistência de saúde, com falta de material, falta de equipe de saúde e dificuldade de acesso no estado.

Segundo Boing AF *et al* (2012) as menores taxas de internações por CSAP estão associadas com maior disponibilidade de médicos generalistas por habitantes, melhor avaliação do serviço por parte do usuário, continuidade da assistência com o mesmo médico de família, maior número de consultas preventivas e regiões com centros de saúde.

Reduções significativas em diferentes países são relatadas independentemente da relação utilizada, como no presente estudo. Em Cingapura, Niti & Ng descreveram queda de 9,1% de 1991 a 1998. No Canadá, Sanchez *et al* reportaram decréscimo de 22% entre os biênios 2001-2002 e 2006-2007. As mesmas tendências foram observadas na Itália entre 1997-2000 e Estados Unidos entre 1997-2007 nos grupos de doenças.

As APs que apresentaram redução nas internações por CCSAP foram 2.1, 3.2, 4.1 e 5.3 para hipertensão. Para o grupo de insuficiência cardíaca foram as APs 2.1, 3.1, 3.2 e 4.1. O grupo das doenças cerebrovasculares foram as APs 2.2, 3.1 e 4.1. Essas APs têm uma grande disponibilidade de leitos, número mediano de eSF e localização em áreas com boas condições socioeconômicas e infraestrutura.

Mendes (2011) refere que o acesso aos serviços de saúde opera em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade da utilização; a severidade percebida da condição, que gera a necessidade de busca; a efetividade; e a distância. As condições sendo iguais, quanto maior o custo de oportunidade, menor a severidade da condição, menor a percepção da efetividade e maior a distância, menor será o acesso aos serviços de saúde.

Mendes (2011) ainda afirma que o trabalho deve ser articulado pelas necessidades de saúde da população, que se expressam, em boa parte, em situações demográficas e epidemiológicas singulares.

6 CONCLUSÃO

A saúde é constituída por redes de atenção, cuja finalidade principal é ordenar a oferta de cuidados em saúde e funcionar de forma integrada e complementar, garantindo assim o direito universal expresso na Constituição Federal Brasileira: acesso universal, integral e progressivo dentro deste sistema. Para que estas redes funcionem de maneira adequada, precisam estar embasadas em elementos constitutivos fundamentais como: a população, objeto principal de todas as ações de saúde e a sua razão de ser; a estrutura operacional, que dá forma aos locais de atenção e aos processos de apoio ao fluxo dos usuários em seu interior; e o modelo de atenção, que organiza o funcionamento das redes e as relações entre os seus componentes. O modelo de atenção deve ser centrado na Atenção Primária à Saúde como diz a Conferência de Alma-Ata, em 1978: “os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais... (os cuidados de saúde)são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde” (OPAS/OMS, 1978, pg 5-6).

O presente estudo pretende contribuir com a evolução do modelo de Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, que tem a ESF como ênfase neste modelo de atenção a saúde.

O processo de reestruturação da APS no município do Rio de Janeiro, em seus diversos âmbitos, mostra que a cobertura pela ESF por si só não garante qualidade da atenção à saúde prestada à população. Ampliar a cobertura aliando melhoria da infraestrutura da assistência à saúde, condições para atraírem profissionais de saúde de qualidade, qualificação dos profissionais, melhoria do acesso ao serviço de saúde, melhoria no acesso e oferta de exames diagnósticos, saneamento básico e educação é uma intervenção efetiva dos programas de saúde, muito importante para a efetividade da ESF.

A diversidade e complexidade da situação de saúde entre as APs que compõem o município abre campo para novas pesquisas, mais abrangentes e diversificadas, considerando a distribuição das ICSAP por bairros. Os resultados mostram que bairros que tiveram a associação da expansão da ESF, a expansão de unidade de clínica da família e o aumento do número de profissionais proporcionando maior número de acompanhamento ao paciente e implementação dos programas nacionais de saúde observam a diminuição do número de internações. Os resultados apresentados podem auxiliar na avaliação e proposição de ações que visem à melhoria contínua desses serviços, objetivando o mais alto grau de qualidade, e, assim, impactar nas condições de saúde da população.

Outros estudos são necessários para estabelecer o impacto de serviços de APS/ESF nas taxas de internação por CCSAP, incluindo análises pormenorizadas por meio da avaliação de componentes de qualidade, dentre eles: IDH de cada AP, número de leitos disponíveis nas AP e o papel da APS/ESF no sistema de saúde (robustez, coordenação de cuidado, ordenação da atenção).

6.1 RECOMENDAÇÕES

1. Ampliar o processo de reforma em direção às Clínicas da Família.
2. Intensificar o aumento da cobertura da ESF, preferencialmente por meio da criação de novas Clínicas da Família.
3. Diminuir progressivamente território das unidades dos modelos B e C, com criação contígua de unidades do modelo A.
4. Manter incentivo à inovação em APS, aumentando as ações, os programas e a infraestrutura tecnológica na ESF.
5. Manter e reforçar iniciativas de educação continuada e captação de bons profissionais, especialmente os enfermeiros, médicos, professores de educação física, nutricionistas e comunidade.
6. Valorizar o papel da enfermeira, para ampliar o número de atendimento da população adscrita e educação em saúde, principalmente na agenda de pacientes cardiopatas, diabéticos e hipertensos.
7. Incorporar aos indicadores de desempenho algumas prioridades em saúde, como hipertensão, diabetes e insuficiência cardíaca.
8. Incorporar os indicadores de desempenho para adesão ao tratamento medicamentoso e alimentar.
9. Realizar qualificação dos profissionais que realizam as AIHs.
10. Aprimorar a ficha de AIH com criação de código de bairros, a obrigatoriedade no campo bairro e a correlação código bairro com código município.
11. Aprimorar o programa do SIH-SUS.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. S. **A “Saúde da Família” no Sistema Único de saúde: um novo paradigma?** 175 f. 1998. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Ciências na Área de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.
- AGUIAR, J. M. M. **O Programa Saúde da Família no Brasil.** A resolutividade do PSF no município de Volta Redonda (RJ). Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- AGUIAR, R. T. **A construção internacional do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.** 2007. 136f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2007.
- _____. **A universidade e as políticas de educação permanente para a estratégia saúde da família: um estudo de caso.** 2010. 216 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Educação, Minas Gerais, 2010.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações 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.** 2009, vol.25, n.6, pp. 1337-1349.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia da família. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. organizadores. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; 2007.
- ANSARI Z.; LADITKA J.N.; LADITKA S.B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**, [Los Angeles], 2006; vol. 63, n. 6, pp. 719-741.
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, jan. 2009.
- BATISTA, Sandro Rogério Rodrigues; JARDIM, Paulo César Brandão Veiga; SOUSA, Ana Luiza Lima and SALGADO, Cláudia Maria. **Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos.** Rev. Saúde Pública [online]. 2012, vol.46, n.1, pp. 34-42. Epub Jan 06, 2012. ISSN 0034-8910.
- BARATA, R.B. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA L, et al. organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 173:175, 2008.

BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BEZERRA FILHO, J. G. et al. Spatial distribution of the infant mortality rate and its principal determinants in the State of Ceará, Brazil, 2000-2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1173-1185, maio 2007.

BILLINGS J. et al. **Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City**. Health Affairs, Millwood, 1993; 12:162-73. Disponível em: <<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/12/1/162>>. Acesso em: 03 set. 2013.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde (SAS)/Coordenação de Saúde da Comunidade (CIS), Ministério da Saúde; 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999, 40p.

_____. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001a, 126p.

_____. Conferência Nacional de Saúde, 11º, 2000, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2001b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso**: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Abrindo a Porta para a Dona Saúde Entrar** – Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial. Brasília, 2003. 19p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003a. 248 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 2003c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS; 2004a.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de Agente Comunitário de Saúde**. Área profissional saúde. Brasília: MS/MEC; 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006**. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2006a. 26p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o Pacto pela Saúde**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 48 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 mar. 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretoria de Articulação de Redes de Atenção**. Redes Regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde – Teias. A Estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes. Documento Base. Versão 01 de outubro de 2009. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/documento_redes_versao_out2010.pdf>
Acesso em julho de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados**: relatório das atividades: Recife- PE, 13 a 15 de dezembro 2007 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 208 p. – (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed., Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008b. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 3.ed – Brasília : Ministério da Saúde, 2008c. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família) 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 140 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 256 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS; v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2011a. 291 p. Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: jun. 2013.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/sistemas/pmaq/documentos.php>> Acesso em: 12 de jul 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** . Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011d. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. Brasília, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 1 agosto. 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos.** Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** [Página da Internet]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** IBGE. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 1 agosto 2013b.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006–2009.** Disponível em: <http://portal.saudeporasd.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30864&janela=1> Acesso em: 12 de novembro de 2013.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.9, p. 2005-2008, set. 2006.

BOING A. F.; VICENZI, R. B. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2012, vol. 46, n. 2, pp. 359-66. Epub Jan 06, 2013.

BROOK, R. H.; LOHR, K. Efficacy, Effectiveness, Variations and Quality: Boundary-Crossing Research, **Med. Care** vol. 23, n. 5, pp. 710-22, 1985.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CAMPOS, Amanda Zandonadi de and THEME-FILHA, Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2012, vol. 28, n.5, pp. 845-855.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança** [Tese de Doutorado]. Campinas: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2002.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURINI, B. Controle social em saúde. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L (org). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 93-109, 2001.

CARVALHO, B. G.; MARTIN, G. B.; CORDONI JR., L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JR., L (Orgs). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: EDUEL, Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 27-59, 2001.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 12, p. 385-405, 2005.

_____. A reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1614-1619, jul, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, cap. 2, p.29-48, 1997

CUNHA, E. M. **Regra e realidade na constituição do SUS municipal: implementação da NOB 96 em Duque de Caxias**. 2001.144f. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2001.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, **Publicación Científica** nº 93, 1964.

DEBONO, L.; RENAUD, G. La médecine des Zemstvos. **Santé publique** 2000, volume 12, n.4, pp. 457-469. Disponível em: <<http://sfsp.unice.fr/publications/2000/numero4/article3.pdf>>. Acesso em: 18 de junho de 2013.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank quarterly**, 2005, v.83, n.4, 2005, p.691-729. Reprinted from the Milbank Memorial fund quarterly, v.44, n.3, PT. 2, 1966.

_____. Volume, quality, and the regionalization of health care services. **Med Care**, 1984. Vol. 22, n. 2, pp. 95-7.

_____. The Quality of Care – How Can It Be Assessed? **JAMA**, 260, n.12, p. 1743 – 1748, 1998.

_____. La calidad de la atención médica. México. **La Prensa Médica Mexicana**. 1984.

DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**.1990; 114:115-8.

DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; SCHMIDT, M. I. **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2010 e tendências de 1991 a 2010**. In: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011. Brasília, DF; 2012. p. 95-103.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; STEVENS, A.; LUFT, V.; ISER, B. P. M. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco**. In: Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília, DF; 2010. p.111-36.

REIS, Eduardo J. F. B. dos et al . Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Out. 2015.

ELIAS E.; MAGAJEWSKI F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [São Paulo], 2008; vol. 11, n. 4, pp. 633-647. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-90X2008000400011&script=sci_arttext>. Acesso em 1 set. 2013.

FEKETE, M. C. Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde. In: SANTANA, J. P. (org.) **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997 p. 114-120.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, J. R. A promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS. In: BUSS, P. M et al. **Promoção da saúde e a saúde pública**, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, julho de 1998.

FERNANDES, V. B. L. et al. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública** [online], [São Paulo], 2009, vol.43, n.6, pp. 928-936. Epub 18-Dez-2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>> . Acesso em: 5 out. 2013.

FREITAS, F.P; PINTO, I.C. Percepcao da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica - SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem** julho-agosto; v.13, n.4, p.547-554, 2005.

FIGUIERÓ, A. C.; THULER, L.C.; DIAS, A. L. F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: HARTZ, Z. M. A; FELISBERTO, E; SILVA, L. M.V. (orgs). **Meta avaliação da atenção básica à saúde: Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 47-70, 2008.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. Risk factors for fetal mortality in a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: a case-control study. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 2, p. 240-252, fev. 2010.

GILL J. M., MAINOUS A. G. 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. **Archives of Family Medicine**, Chicago, 1998; vol. 7, n. 4, pp. 352-357. Disponível em: <<http://archfami.ama-assn.org/cgi/content/full/7/4/352>>. Acesso em: 30 set. 2013.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.22, v.6, p.1171-1181, 2006

GIUFFRIDA, A.; GRAVELLE, H.; ROLAND, M. (1999). Measuring quality with routine data : avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. **British Medical Journal**, York, 1999 jul. 10;319, 94-98. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28159/pdf/94.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2013.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations : Evidence from Brazil. **Journal of Ambulatory Care Manage**, Filadélfia, 2009, vol. 32, No. 2, pp.115–122.

GIOVANELLA, L. et al. **Estudos de Caso sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Grandes Centros Urbanos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n.2, p.341- 353, 1999.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.2, p.331-36, 2004.

HARZHEIM, E. Atenção Primária à Saúde e as redes integradas de atenção à saúde. in: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 37- 43, 2011.

IBGE. Sinopse do **Censo Demográfico 2010**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Brasília, 2011.

JESUS, RENIANI VARGAS LAMI. **A expansão da estratégia saúde da família na cidade do Rio de Janeiro 2009-2012: estudo de caso na área programática 5.3.** Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

KALE, P. L.; COSTA, A. J. Maternal deaths in the city of Rio de Janeiro, Brazil, 2000- 2003. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 27, n. 6, p. 794-801, dez. 2009.

LAMAS, A. R. **Fatores de risco modificáveis para a doença arterial coronariana prevalentes nos trabalhadores de enfermagem.** Dissertação de Mestrado – UFRJ. Rio de Janeiro, 2010. p. 67.

LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 4, p. 449-460, 2004.

LEAL, M. do C. et al. Factors associated with perinatal morbidity and mortality in a sample of public and private maternity centers in the City of Rio de Janeiro, 1999- 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S20-S33, 2004.

MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health services research**, v. 38, n. 3, p. 831-865, jun. 2003.

MAFRA, Fábio. **O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil.** Brasília, 2010. Dissertação de Mestrado. Acessado em agosto de 2013.

MARTINS, José Antônio Ferreira and FRANCO, Selma Cristina. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. **Saúde debate** [online]. 2013, vol.37, n.98, pp. 388-399. ISSN 0103-1104

MARQUIS BL, Huston CJ. **Administração e liderança em enfermagem.** 4a ed. Porto Alegre (RS): Ateneu; 2005.

MARQUES, A. P.; Andrade, C. L. T.; Romero, D. E. M.; Almeida, W. S. **Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de Janeiro: estudo do impacto da atenção primária na morbidade hospitalar de idosos.** Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MATHIAS, T. A.; SOBOLL, M. L. Confiabilidade de diagnósticos nos formulários de autorização de internação hospitalar. **Rev Saude Publica** 1998, vol. 32, n. 6, pp. 26-32.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília, DF: OPAS; 2012
Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf> Acesso em: 11 jan 2012.

MELO, Enirtes Caetano Prates. **Infarto agudo do miocárdio no Município do Rio de Janeiro: qualidade dos dados, sobrevida e distribuição espacial.** (tese de doutorado), Rio de Janeiro, 2004.

MENDES EV. “Agora Mais Que Nunca”. **Uma Revisão Bibliográfica Sobre Atenção Primária À Saúde.** Oficinas de Planificação da Atenção Primária À Saúde nos Estados. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS 20 anos. Brasília: CONASS; 2009. p. 49.

MENDONCA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. 2014, vol.23, n.3, pp. 463-474. ISSN 1679-4974

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente organizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) In: CECILIO, L.C.O, organizador. **Inventando a mudança na saúde.** 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; p. 117-60, 1997.

MEDRONHO, RA; Carvalho, DM; Bloch, KV; Roner, LB; Werneck V, Guilherme L. **Epidemiologia.** São Paulo: Editora Atheneu; 2006 pg 191 .

MONTENEGRO, E. Panorama regional dos desafios para uma APS renovada e coordenadora de redes de atenção nas Américas. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras.** / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p.37- 43, 2011.

NEDEL, F.B. **Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa de Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul; Tese de doutorado.** – Pelotas : UFPel, 2009. Acesso em setembro de 2013

O GLOBO. **Eleições 2008.** [Página da Internet]. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/pais/eleicoes2008/mat/2008/10/28/paes_anuncia_que_hans_dohmann_o_novo_secretario_de_saude_do_rio-586154140.asp> Acesso em junho de 2013.

OLIVEIRA, M.M.C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J. **Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde em Porto Alegre: uma comparação entre os diferentes serviços.** 118 f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In MINISTÉRIO DA SAÚDE; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p 19-30.

_____. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais do que nunca.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 3 jul. 2012.

_____. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

_____. **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, Organização Mundial da Saúde. **Doenças Crônicas e Degenerativas e Obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde,** Brasília-DF, 2003, pp. 53-55.

_____. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OPAS. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

_____. **Redes Integradas de Servicios de Salud.** 2008.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011a.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela PS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 113 p.: il. 2011b.

PAIM J, TEIXEIRA CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, 40(N Esp), pp. 73-8, 2006.

PAIM, J. S. Políticas de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, MZ, FILHO, NA. **Epidemiologia & Saúde.** Rio de Janeiro, Editora Medsi, 6 ed., 2003. P. 587-603

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Correa. (Org) **Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde –** contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

PATTON, M. Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. Newbury Park: SAGE, 1997.

PAPPAS, G, HADDEN W.C., KOZAK, L.J.: Potentially Avoidable Hospitalizations: Inequalities in Rates between US Socioeconomic Groups. **Amer. Journal of Public Health**, 1997 v. 84, n. 5 p. 811-817

PARADA R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, 2001

PASSOS JP. **A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde da cidade do Rio de Janeiro** [tese de doutorado]. São Paulo. Universidade de São Paulo; 2004.

PEDROSA, I. C. F. **A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do município de Cuiabá - MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. 2011. 122f. Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. 2011.

PEIXOTO, Sandro Garcia Duarte Peixoto; ROCHA, Fabiana Fontes. **Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.sebh.ecn.br/seminario_6/sebh_artigo_Fabiana.pdf>. Acesso em: 26 nov 2013.

PEREIRA, I. B. (Org.); LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da Educação profissional em Saúde**. 2a. ed. RJ: EPSJV/FIOCRUZ, v. 1. 478 p. 2009.

PEREIRA, R. S. et al. Factors associated with exclusive breastfeeding: the role of primary health care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2343-2354, dez. 2010.

PERISSE, G.; MEDRONHO, R. A.; ESCOSTEGUY, C. C. Urban space and mortality from ischemic heart disease in the elderly in Rio de Janeiro. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 94, n. 4, p. 463-471, abr. 2010.

PEREZ ARIAS, Elsa B.; FELLER, Jorge J. El Control de los Sistemas de Atención Médica Conceptualización y Mecánica Operativa. **Medicina y Sociedad**, vol. 6, n. 6, pp. 239-246, 1983.

PICCINI, R. X. et al. Effectiveness of antenatal and well-baby care in primary health services from Brazilian South and Northeast regions. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 1, p. 75-82, mar. 2007.

PINTO, L. F. Clínicas da Família na Cidade do Rio de Janeiro: a expansão da atenção primária em saúde em questão. In: IX Congresso Nacional da Rede Unida, 2010, Porto Alegre/RS. **Anais do IX Congresso Nacional da Rede Unida**. Botucatu/SP: Fundação UNI/UNESP, 2010. v.1.

PAZO, Rosalva Grobério; FRAUCHES, Diana de Oliveira; MARIA, del Carmen Bisi Molina; CADE, Nágela Valadão. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2014, vol.30, n.9, pp. 1891-1902. ISSN 0102-311X

PORTAL G1. Eleições 2008 – Notícias. **Paes vence em 61,68% das zonas eleitorais do Rio e Gabeira, em 38,14%**. [Página da Internet]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Eleicoes2008/0,,MUL837800-15693,00.html>> Acesso em junho de 2013.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de junho de 2013.

REZENDE, M. C. et al. Factors leading to delay in obtaining definitive diagnosis of suspicious lesions. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 2, p. 75-81, fev. 2009.

RIBEIRO, C. M. R. et al. **Projeto de Avaliação Institucional da Universidade Federal de Goiás**. 2000.

RIZZA P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. **BMC Health Serv Res**. 2007; vol. 7, n. 134.

RUAS, A.; PAINI, J. F. P.; ZAGO, V. L. P., Detecção dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos profissionais caminhoneiros: prevenção, reflexão e conhecimento. **Perspectiva**, n. 125, v. 34, março/2010, pp. 147-158.

SANCHEZ M, Vellanky S, Herring J, Liang J, Jia H. Variations in Canadian rates of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Healthc Q**. vol. 11, n. 4, pp. 20-2, 2008.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil**: Uma aplicação a municípios catarinenses. 2007. 315 f. Tese de doutorado – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção à Saúde (SUBPAV). **Guia de Referência Rápida**. Carteira de Serviços. Relação de Serviços prestados na Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC, agosto de 2010.

_____. [Página da Internet]. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/>> Acesso em junho de 2013.

SENNA, M. C. M. **Equidade e política de saúde**: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(suplemento): 203-211, 2002

SHIMODA, M. et al. Orientação Familiar preventiva: aspectos genéticos das doenças cardiovasculares e perspectivas futuras. **Revista Sociedade Cardiologia Estado de São Paulo**, n. 6, 1996, pp. 623-632.

SILVA, M. A. D.; SOUZA A. C. M. R. Fatores de risco para infarto do miocárdio no Brasil: estudo FRICAS. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, v.74, 1998, pp. 667-675.

SIMÃO, M. et al. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. n. 2, v. 4, 2002, pp. 27-35.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. Saúde em Debate; 142. São Paulo: Hucitec, 2001.

SOUZA, M. F. M. et al. Epidemiologia das doenças do aparelho circulatório no Brasil: uma análise da tendência da mortalidade. **Revista Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**. n. 1, v. 16. jan/fev/març/2006. pp. 48-62.

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

_____. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde: UNESCO, 2004.

_____. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mar. 2013

SANTINO, Juliana Isabel Cardoso. **Atenção Primária à Saúde nas favelas cariocas**: uma análise da elaboração, formulação e implementação da Política Municipal de Saúde nas favelas do Rio de Janeiro, nos anos de 2009 – 2010. Dissertação de mestrado, Serviço de Gestão Acadêmica – ENSP, Rio de Janeiro, 2011.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.) **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, cap. 3, p.121-136, 2004.

TRAD, Leny Alves Bomfim; BASTOS, Ana Cecília de Souza; SANTANA, Edyara de Moraes; NUNES, Mônica Oliveira. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**. 2002, vol.7, n.3, pp. 581-589.

TURRINI, R. N. T. Resolutividade dos serviços de saúde e satisfação do cliente. In: CIANCIARULLO T. I. (Org.) **Saúde na família e na comunidade**. São Paulo: Robe, p.102-22, 2002.

UOL. **Eleições 2008** – Rio de Janeiro. [Página da Internet]. Disponível em: <http://eleicoes.uol.com.br/2008/rio-de-janeiro/eduardopaes_eleito.jhtm>. Acesso em: Acesso em: 26 junho 2013.

VAUGHAN, R. Evaluation and public health. **Am J Publ Health**, v.94, n.3, p.360, 2004.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005. Suplemento.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 5, pp. 2307-2316, 2010.

ANEXO A

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.

Diagnóstico CID 10	Códigos Selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; 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; A18; I00a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes <i>melitus</i>	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; 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; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.