

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

***AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELAS UNIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA AP 3.1 A PARTIR DO
INDICADOR DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO BÁSICA.***

Rio de Janeiro

2021

CAROLINA DA SILVA PEREIRA

***AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELAS UNIDADES DO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA AP 3.1 A PARTIR DO
INDICADOR DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO BÁSICA.***

Dissertação a ser apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA.

Orientadores: César Favoreto
Livia Maria Santiago

Rio de Janeiro
2021

Ficha Catalográfica

Pereira, Carolina da Silva.

Avaliação da atenção prestada pelas unidades do programa de residência em medicina de família e comunidade na AP 3.1 a partir do indicador de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica. / Carolina da Silva Pereira. – Rio de Janeiro: UFRJ, Faculdade de Medicina, Hospital Escola São Francisco de Assis, 2021.

60 f.: il.; 31 cm.

Orientador: César Favoreto e Livia Maria Santiago.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ FM, HESFA, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, 2021.

Referências: f.51-55.

1. Medicina de Família e Comunidade. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Internato e Residência. 5. Atenção Primária à Saúde – Tese. I. Favoreto, César. II. Santiago, Livia Maria. III. UFRJ, FM, HESFA, Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

CAROLINA DA SILVA PEREIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRESTADA PELAS UNIDADES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA AP 3.1 A PARTIR DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA.

Dissertação a ser apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, da Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA

Aprovada em : 22 de Fevereiro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Elyne Montenegro Engstrom

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Fundação Oswaldo Cruz

Prof. Dra. Maria Katia Gomes

Universidade Federal do Rio de Janeiro

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO PROGRAMA DE MESTRADO
PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



**ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Às 09:30hs do dia 22 de fevereiro de 2021 teve início a Banca de Defesa da Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, Área de Concentração: “Atenção Primária à Saúde”, na Linha de Pesquisa: Atenção Integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis. A dissertação com o título: "*Avaliação da atenção prestada pelas unidades do programa de residência em medicina de família e comunidade na AP 3.1 a partir do indicador de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica.*”, foi apresentada pela(o) candidata(o): **Carolina da Silva Pereira**, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **registro DRE n. 118010955** (SIGA). A defesa atendeu a Resolução CEPG N° 03/2019 e ocorreu segundo os termos definidos na “**Resolução CEPG n° 01, de 16/03/2020**”, que dispõe sobre as defesas de mestrado e doutorado no período de pandemia do COVID-19, “**art° 1°**”, () **item 2**, banca parcialmente remota, presidente da banca e candidato juntos; (x) **item 3**, banca totalmente remota, com concordância e gravação. A defesa foi apresentada à banca examinadora composta pelos Doutores: **Cesar Favoreto** (presidente); **Maria Katia Gomes** (1° examinador); **Elyne Engstrom** (2° examinador), em **sessão REMOTA**, () **PARCIAL** (x) **TOTAL** cujo acesso virtual foi provido pela Coordenação do Mestrado. A candidata expôs o material por cerca de trinta minutos. Em seguida, cada membro da banca de examinadores a arguiu, por 15 minutos, com igual tempo de defesa não superior a 30 minutos. Em sessão restrita, deliberou e atribuiu menção (x) **APROVADO** () **NÃO APROVADO** à defesa de dissertação de mestrado. A banca emitiu o seguinte parecer adicional:

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelo presidente da banca e pela(o) aluna(o) examinada(o).

Presidente/Orientador(a):
Cesar Augusto Orazem Favoreto

Aluno(a):
Carolina da Silva Pereira Padberg

HESFA - Endereço: Av. Presidente Vargas, n. 2863, Cidade Nova, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 20210-030 Telefones: (21) 3938 4403 / 3938 4407 / 3938 4436.

Epígrafe

“A persistência é o menor caminho do êxito”
(Charles Chaplin)

AGRADECIMENTOS

Emito os meus mais sinceros agradecimentos:

A minha mãe Mariane Pereira que nunca mediu esforços para me proporcionar os mais nobres ensinamentos , minha companheira de batalhas e meu exemplo de mulher;

Ao meu marido Kurt Padberg , pela paciência, compreensão e amor nos momentos de dificuldade;

A minha filha Cecília ser minha razão de viver e minha motivação para ser uma pessoa melhor;

A todos os meus familiares e amigos próximos que compreenderam minha ausência em alguns momentos de confraternização;

Aos meus orientadores César Favoreto e Livia Santiago pelos ensinamentos e pela confiança em meu desempenho durante este curso;

Aos amigos e professores do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da UFRJ pelos momentos de troca e por me fazerem acreditar em uma Atenção Primária à Saúde de excelência como base para a melhoria do SUS.

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde é meu campo de trabalho desde o início da minha trajetória profissional. Considerando que sempre atuei em unidades de atenção básica vinculadas a programas de ensino - estágio acadêmico e programas de residência -, pude observar o quanto uma atenção de qualidade pode beneficiar direta e indiretamente a saúde da população. No entanto, também pude notar o quanto a falta de experiência e a imaturidade profissional, podem abrir margens para falhas terapêuticas e no vínculo durante os atendimentos às condições de saúde, principalmente nas condições crônicas, além da dificuldade de realizar um cuidado longitudinal e coordenado dentro da rede devido a rotatividade de profissionais.

Como egressa do programa de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade-SMS-RJ (PRMFC-SMS-RJ) e atualmente, preceptora do mesmo, observei que a análise dos serviços de saúde e, principalmente, daqueles que são campo de ensino-aprendizado em atenção primária assume grande relevância, no intuito de orientar as políticas públicas e qualificar os serviços ofertados à população. Estes estudos englobam a identificação dos problemas de saúde de uma região, a avaliação de tendências ao longo do tempo e das possíveis disparidades entre ofertas de serviços e as necessidades de diferentes grupos populacionais, identificando iniquidades.

Este projeto para qualificação no mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde (APS) denominado “Avaliação da atenção prestada pelas unidades do Programa de Residência em medicina de família e comunidade na AP 3.1 a partir do indicador de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica”, foi uma forma de responder uma parte das dúvidas sobre : Qual o impacto do PRMFC-SMS-RJ nos indicadores de saúde da cidade? Será que as unidades de ensino do PRMFC-SMS-RJ estão conseguindo manejar melhor algumas situações de saúde do que as unidades onde predominam o modelo tradicional, médico centrado, com foco nas especialidades?

A partir de conversas com meus orientadores e considerando os diversos desses aspectos apresentados, surgiu a sugestão da análise que será realizada neste estudo.

PEREIRA, Carolina da Silva. *AValiação DA ATENÇÃO PRESTADA PELAS UNIDADES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NA AP 3.1 A PARTIR DO INDICADOR DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA*. Dissertação (Mestrado profissional em Atenção Primária à Saúde). Faculdade de Medicina UFRJ em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA, Rio de Janeiro, 2020.

RESUMO

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem como eixo estruturante a Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual constitui um modelo de cuidado centrado na família e operacionalizado no interior da comunidade. Para que se possa avaliar a efetividade da APS, têm sido propostos indicadores de acesso e de desempenho à atenção de qualidade. A lista de Internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constitui-se de um indicador hospitalar, que propõe o monitoramento e a avaliação indireta da acessibilidade e da efetividade da APS, por meio de um grupo de diagnósticos específicos. Este estudo objetivou avaliar a influência do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (PRMFC-SMS/RJ) da Área Programática (AP) 3.1 sobre este indicador. Metodologia: Trata-se de estudo ecológico quantitativo que analisou as Altas referenciadas (AR) de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), ocorridos no período de 2017 a 2019, na AP 3.1 no município do Rio de Janeiro e suas respectivas unidade básica de saúde (UBS) de referência. Na análise, foram avaliados os conjuntos de doenças, classificadas de acordo com a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Os dados referentes às AR foram obtidos a partir do Sistema de Altas Referenciadas, disponíveis pela SUBPAV. Resultados: Observou-se que, no período analisado, apesar da instabilidade política e socioeconômica, houve redução do número de AR por ICSAP em toda a AP, falando a favor da melhoria da qualidade do serviço prestado pela APS local, porém notou-se que as unidades sedes do PRMFC-SMS/RJ apresentaram mais AR por ICSAP, quando comparadas às outras unidades da mesma AP, levantando a hipótese de maior acesso de áreas antes desfavorecidas e da necessidade de mais estudos para avaliar qualidade da atenção prestada APS, o ensino em saúde e os benefícios para a saúde nacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Internação por condições sensíveis à APS. Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade.

PEREIRA, Carolina da Silva. **EVALUATION OF THE SERVICE PROVIDED BY THE UNITS OF THE RESIDENCE PROGRAM IN FAMILY AND COMMUNITY MEDICINE IN AP 3.1 BASED ON THE HOSPITALIZATIONS BY CONDITIONS SENSITIVE TO BASIC ATTENTION INDICATOR.** Dissertation (Professional Master's in Primary Health Care). UFRJ School of Medicine in partnership with São Francisco de Assis Health Care Institute / HESFA, Rio de Janeiro, 2020

ABSTRACT

In Brazil, Primary Health Care (PHC) has the Family Health Strategy (FHS) as its structuring axis, which constitutes a care model centered on the family and operationalized within the community. In order to assess the effectiveness of PHC, indicators of access and performance to quality care have been proposed. The Hospitalization list for conditions sensitive to primary care (HCSPHC) is a hospital indicator, which proposes the monitoring and indirect assessment of the accessibility and effectiveness of PHC through a group of specific diagnoses. This study aimed to evaluate the influence of the Residency Program in Family and Community Medicine of the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro (PRMFC-SMS / RJ) of AP 3.1 on this indicator. Methodology: This is a quantitative ecological study that analyzed the Referred Hospital's Admissions (RHA) for conditions sensitive to primary care (HCSPHC) between 2017 and 2019 that occurred in Program Area (PA) 3.1 in the city of Rio de Janeiro and their respective basic health unit (BHU) of reference. In the analysis, the sets of diseases were evaluated, classified according to the List of Conditions Sensitive to Primary Care. The data referring to the RHA were obtained from the System of High References, available by SUBPAV. Results: It was observed that in the analyzed period, despite the socio-economic political instability, there was a reduction in the number of RHA by HCSPHC throughout the PA, speaking in favor of improving the quality of the service provided by the local PHC, however it was noted that the Headquarters of the PRMFC-SMS / RJ presented more RHA per HCSPHC compared to other units of the same PA, raising the hypothesis of greater access to previously disadvantaged areas and the need for studies of the access quality of PHC care, health education, and national health benefits.

Key-words: Primary Health Care. Hospitalization for PHC specific conditions. Residency in Family and Community Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993.

Gráfico 1- Percentuais de internações na AP 3.1, Rio de Janeiro, entre os anos de 2017-2019.

Gráfico 2 -Evolução temporal de cobertura potencial equipe de estratégia de saúde da família (eSF) na AP3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008-2018

Gráfico 3-Série histórica anual do % de cobertura de equipe de estratégia de saúde da família (eSF) X % ICSAP/ Total de internações de residentes da AP3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008-2018

Gráfico 4- Altas Referenciadas por Internações por condições sensíveis à APS, segundo grupo de causa, AP 3.1, Rio de Janeiro, período 2017-2019.

Gráfico 5- Percentuais de ocorrência de altas referenciadas por internações por CSAP em unidades básicas com e sem PRMFC, AP 3.1, Rio de Janeiro, entre 2017-2019.

Quadro 1- Distribuição dos residentes no município. Novembro, 2015.

Quadro 2- Distribuição do número de equipes com residentes do PRMFC-SMS-Rio, segundo área de planejamento em saúde, Rio de Janeiro, 1º semestre 2015.

Quadro 3- Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, Rio de Janeiro.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Distribuição de altas referenciadas para a AP 3.1 por condição de sensibilidade à Atenção Primária, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Tabela 2- Condição das altas referenciadas nas unidades da AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Tabela 3- Distribuição das internações por Unidades de saúde com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Tabela 4- Altas referenciadas por condição e por tipo de unidade (com ou sem residência em MFC) na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Tabela 5 - Altas referenciadas por condição e por tipo de unidade (com ou sem residência em MFC) na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Tabela 6 – Relação de altas referenciadas por condição proporcionais ao tipo de unidade (com ou sem residência em MFC) na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS- Atenção Primária à Saúde

UFRJ- Universidade Federal do Rio de Janeiro

ICSAP- Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde

PRMFC-SMS/RJ- Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

PRM- Programas de Residência Médica

RCAPS- Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

PSF- Programa Saúde da Família

ESF- Estratégia Saúde da Família

EqSF- Equipes de Saúde da Família

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

RA- Regiões Administrativas

AP- Áreas de Planejamento

CAP- Coordenadoria de Atenção Primária

TEIAS- Territórios Integrados de Atenção à Saúde

ACS- Agentes comunitários de saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

UERJ- Universidade do Estado do Rio de Janeiro

AR- Altas referenciadas

NSAPS- Não sensível à atenção primária à saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	16
2. Referencial Teórico	18
2.1. Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro	18
2.2. Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro	20
2.3. Indicadores de avaliação	27
2.4. Sistema de Altas Referenciadas	30
3. Justificativa	31
4. Objetivos	32
4.1. Objetivo geral	32
4.2. Objetivos específicos	33
5. Procedimentos Metodológicos	32
5.1 Local de estudo	33
5.2 Período em análise	36
5.3 Método de análise dos dados	36
6. Considerações éticas	37
7. Resultados	37
7.1 Evolução das taxas de internação hospitalar	37
7.2 Comparativo Altas Referenciadas por ICSAPS nas unidades com e sem residência médica em medicina de família e comunidade	39

8- Limitações Do Estudo	45
9-Discussão	46
10-Conclusão	50
11-Referências bibliográficas	51

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), houve mudanças nas bases da gestão da saúde, a partir do processo de descentralização e regionalização. Neste sentido, se fez necessária a ampliação da responsabilidade dos municípios na garantia do acesso universal e da equidade. Assim, com o objetivo de implementar os princípios do SUS, buscou-se progressivamente a reorientação do modelo assistencial. Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) adotou o Programa Saúde da Família (PSF) e, em 1998, este programa se transformou na Estratégia Saúde da Família (ESF), buscando a organização da atenção à saúde a partir da Atenção Primária à Saúde (APS) (OPAS, 2013; BRASIL, 2012).

Para o Ministério de Saúde (2000), a ESF é tida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, por favorecer uma reestruturação do processo de trabalho, ampliar a resolutividade e impacto na saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, constituindo um modelo de APS centrado na família e operacionalizado no interior da comunidade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) , a ESF é considerada como porta de entrada preferencial do SUS, atuando no âmbito individual e coletivo, sendo capaz de abranger práticas de promoção, de proteção e de manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2008).

Segundo Cardoso et al. (2013), ao compararmos a ESF com o modelo das unidades de saúde tradicionais, verificamos a existência de aspectos que a tornam mais efetiva, como por exemplo: 1) delimitação do território com população adscrita e enfoque familiar, 2) melhor organização da demanda; 3) ênfase no processo de trabalho baseado na multidisciplinaridade, por meio de uma equipe multiprofissional.

Estudos já demonstraram que a ESF é capaz de gerar impactos positivos sobre a mortalidade infantil, a taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), sobre a qualidade do cuidado pré-natal e de puericultura, assim como no acesso dos usuários aos serviços de saúde, tendo a capacidade de solucionar cerca de 85% dos problemas de saúde mais comumente apresentados pela população e assegurando, quando necessário, o encaminhamento ao atendimento especializado (MACINKO et al., 2007; BARRETO, 2009; FACCHINI et al., 2008; ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; MENDES, 2012; SOUZA JUNIOR; MISMITO; ARRUDA, 2012). Entretanto, estes resultados são relativizados em função da heterogeneidade da qualidade da atenção prestada pela ESF nas diferentes

localidades do país, especialmente frente a doenças crônicas (FACCHINI et al., 2006; GIOVANELLA et al., 2009).

A saúde no Brasil encontra-se, em situação de dualidade, em que se observa um sistema formalmente universal, que se expandiu para ofertar cobertura para amplas parcelas populacionais, antes sem acesso, com oferta diversificada de serviços, ainda que insuficiente, convivendo, com esquemas privados de seguros para as classes médias e altas e profissionais desconhecedores dos atributos da APS, produzindo segmentação e lhe conferindo diferentes concepções de cuidado (OPAS, 2013).

A OPAS (2013) alertou que, para a consolidação do modelo proposto, seria necessário considerar a falta de recursos humanos bem preparados e de qualidade, para trabalhar na APS, em especial, de médicos de família e comunidade. Assim, a formação do médico capaz de atuar na APS brasileira está atrelada às mudanças dos currículos das universidades, para adequar o ensino às competências necessárias ao SUS e a APS. De acordo com Albuquerque (2008), o MS, por meio dos Polos de Educação Permanente, incentivou a oferta de cursos de especialização em saúde da família, visando melhorias para a assistência às comunidades, contudo, por se restringirem ao estudo teórico, distanciado da prática, os resultados não conseguiram provocar mudanças significativas para a reversão do modelo assistencial focado na doença e sem vínculos com a população assistida. Nesse contexto, os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade surgiram como proposta de qualificação teórico-prática para os profissionais.

A cidade do Rio de Janeiro desenvolveu, a partir de 2009, o projeto de qualificação dos médicos atuantes na APS, por meio de especialização na modalidade residência médica em medicina de família e comunidade (MFC). Tal residência é caracterizada pelo ensino teórico prático baseado nas reais necessidades da população. Este processo de aprendizagem compreende a integração ensino-serviço-comunidade, de modo a formar médicos capazes de prover um cuidado resolutivo e abrangente, de forma que a referência a outros níveis de atenção do sistema de saúde seja feita somente nos casos graves ou com complicações raras, sendo fundamental a avaliação do processo do ensino e do seu impacto na sociedade. (ELIAS et al., 2006; PICCINI et al., 2006).

Indicadores de saúde já vêm sendo utilizados internacionalmente, para avaliar a qualidade da APS. Dentre esses indicadores, destaca-se o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), o qual constitui-se de uma lista de agravos à saúde que, se tratados de forma apropriada e em tempo hábil, reduzem o risco de hospitalização, tanto por

prevenir o surgimento, quanto por manejar adequadamente a condição ou doença crônica (MARQUES et al., 2017; STARFIELD, 1994, TRAVASSOS et al., 2004).

Vários fatores podem influenciar o ICSAP, porém é a capacidade de prevenção de hospitalizações desnecessárias pelos serviços da APS que tem sido utilizada como a variável mais importante para avaliação da qualidade da assistência à saúde prestada. Estudos sobre internações por “condições sensíveis a cuidados ambulatoriais” demonstram como os sistemas de APS, que garantem o acesso e o primeiro atendimento, podem melhorar os resultados de saúde e beneficiar outros níveis de atenção à saúde. A disponibilidade de uma fonte regular, longitudinal e resolutiva de cuidado, gera menos hospitalizações e menor utilização de serviços de urgência (SOUZA, 2016).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro

Durante décadas, o município do Rio de Janeiro teve um sistema público de saúde baseado em um modelo de baixo investimento na APS. Apesar dos princípios constitucionais de 1988, a cidade apresentou entre as décadas de 1990 e de 2000, além de baixa ampliação dos serviços de atenção básica públicos, redução de sua oferta e financiamento público no limite estabelecido pela constituição (COSTA e PINTO, 2002; PINTO e SORANZ, 2004).

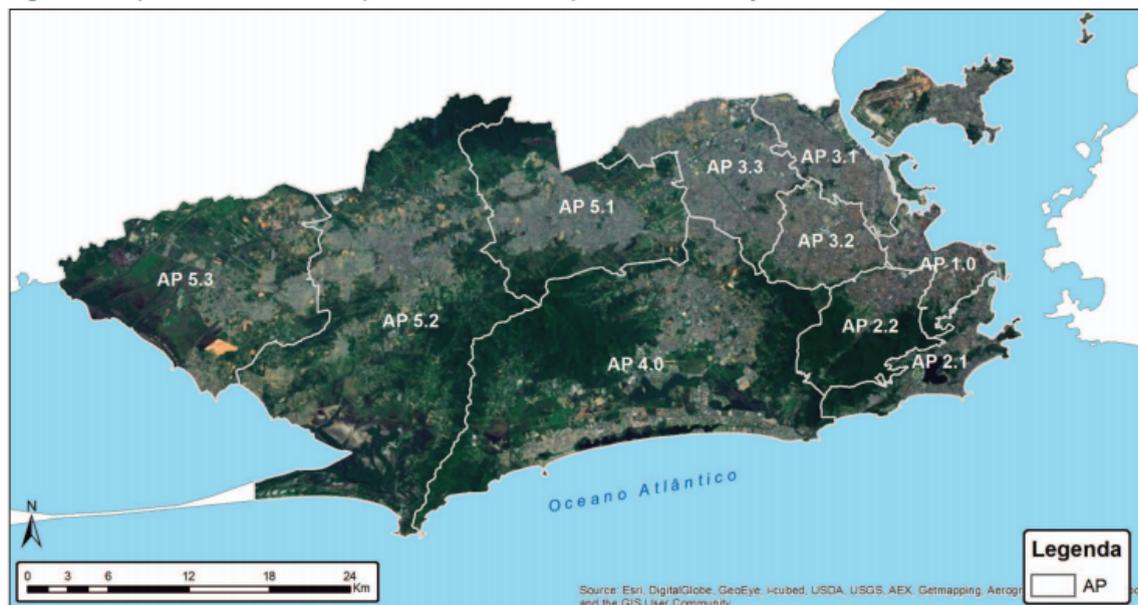
Para mudar este cenário, a APS enunciada pela PNAB do MS, formada pelas Equipes da ESF, foi a escolhida para ser a base da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) (SORANZ et al., 2016). Em 2009, ocorreu, então, o investimento da gestão municipal na expansão da APS, enfatizando a ESF como modelo de cuidado, partindo-se de uma cobertura de 3,7% para cerca de 47% no final de 2015, com um acréscimo absoluto de quase 640 equipes (BRASIL, 2012; OPAS, 2013; SUBPAV, 2016).

Por se tratar de uma cidade com grande heterogeneidade, o Rio de Janeiro apresenta diferentes níveis de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde (SMS, 2013).

Para fins de planejamento em saúde, é importante saber que o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I do Estado do Rio de Janeiro. A cidade é dividida em 33 Regiões Administrativas (RA), 160 bairros e em 10 Áreas de Planejamento (AP), assim distribuídas: 1.0 (Centro e adjacências), 2.1 (Zona Sul), 2.2 (Grande Tijuca), 3.1 (Região da

Leopoldina), 3.2 (Grande Méier), 3.3 (Região de Madureira e adjacências), 4.0 (Região de Jacarepaguá e adjacências), 5.1 (Região de Bangu e adjacências), 5.2 (Região de Campo Grande e adjacências), 5.3 (Região de Santa Cruz e adjacências), forma ilustra a figura 1.

Figura 1 – Mapa da divisão do município do Rio de Janeiro por Áreas de Planejamento em Saúde, 1993



Elaboração: S / SUBPAV / SAP

Fonte: IPP

Data: agosto de 2013

Segundo a SMS (2013), a dinâmica de ocupação da cidade e a rede de interações entre as Áreas de Planejamento, através das atividades econômicas, da circulação, da mobilidade e da distribuição dos equipamentos públicos e privados de saúde, educação e lazer, determinam as características de cada região e das formas de adoecimento e mortalidade.

Atento às necessidades e especificidades da população, o processo de expansão da ESF implicou num amplo debate sobre a territorialização da cidade em microrregiões de saúde, no âmbito das APs. Cada Coordenadoria de Atenção Primária (CAP) é responsável por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional, assim como das formas de organização da atenção à saúde no município (HARZHEIM et al., 2013; HARZHEIM et al., 2015).

Um exemplo desta organização foi a criação, em 2010, de uma carteira padronizada de serviços e ações, sendo adotada uma tipologia para diferenciar os locais que desenvolviam apenas o modelo de atenção associado à ESF, da seguinte forma:

- Unidades tipo A: Correspondem àquelas unidades onde todo o território é coberto por Equipes de Saúde da Família (podendo ser Clínica da Família ou Centro Municipal de Saúde).

- Unidades tipo B: São unidades mistas, onde somente parte do território é coberto pela ESF.
- Unidades tipo C: correspondem a unidades onde ainda não há equipe de saúde da família, mas trabalham com um território de referência bem definido (HARZHEIM et al., 2013; HARZHEIM et al., 2015).

O que todos esses modelos de unidade têm em comum é o trabalho com território adscrito, ou seja, a população residente na área de cobertura da ESF deve ser, prioritariamente, atendida pela mesma equipe de saúde da família ou unidade de referência, o que é determinado através de um conjunto de CEPs (SMS,2016).

As equipes da estratégia são constituídas multiprofissionalmente por: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 a 2 técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, técnico em saúde bucal (opcional), auxiliar em saúde bucal e auxiliar administrativo, atuantes em uma Clínica da Família. Algumas áreas contam, ainda, com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para apoio matricial e o processo de trabalho das equipes deve ser organizado de forma a haver integração, participação e senso de responsabilização de todos os profissionais (SMS,2016).

2.2. Residência de Medicina de Família e Comunidade do Município do Rio de Janeiro

O debate sobre a necessidade de mudanças na educação médica, principalmente no que se refere à aproximação das necessidades de saúde da população, não é novo. Segundo a Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências:

“A residência médica constitui modalidade de ensino de pós-graduação, destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional”

(Lei nº. 6.932, de 7 de julho de 1981).

Para Feuerwerker (1998), o treinamento de médicos especialistas, durante a residência, se dá pela imersão no cotidiano de serviços específicos, cuja metodologia de ensino é centrada na convivência e observação da prática de um médico supervisor mais experiente e especialista.

Apesar das atividades práticas estruturarem o processo de aprendizado, espera-se que ocorra uma relação intrínseca entre prática e teoria.

Com a expansão da ESF, tornou-se mais evidente a necessidade de se repensar os locais de treinamento, até então focado no modelo hospitalocêntrico, e desenvolver um conceito mais ampliado de saúde, promovendo a inclusão no processo de formação de elementos além do biológico na compreensão do processo saúde doença, associado à sensibilização e análise crítica socioepidemiológica da população, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS (MAGALHÃES et al., 2018; AMORETTI, 2005).

O desenvolvimento da formação de especialistas em APS, visando o aperfeiçoamento para suprir as carências da população no nível da APS, estão presentes no Brasil desde 1976, tendo como projetos pioneiros a residência de medicina geral e comunitária do Centro de Saúde Escola Murialdo, em Porto Alegre-RS; o Projeto Vitória de Santo Antão, em Santo Antão-PE; e o Serviço de Medicina Integral da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), no Rio de Janeiro-RJ (OLIVEIRA et al., 2014).

Em novembro de 1981, foi criada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária (SBMGC) e, apenas em 1986, o Conselho Federal de Medicina reconheceu a especialidade, tendo a SBMGC como sua representante. A partir de 1995, com a instituição do PSF, a especialidade recebeu um novo impulso e, em agosto de 2001, foi decidido o novo nome: Medicina de Família e Comunidade (MFC) (OLIVEIRA et al., 2014).

Com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2001, a atenção básica, especialmente a Saúde da Família, tornou-se o cenário privilegiado para a formação em saúde (MAGALHÃES et al., 2018). Em 2009, foi criado o Pró-Residência, objetivando apoiar a formação de especialistas em regiões e especialidades prioritárias para o SUS. Entre as especialidades e áreas de atuação preferenciais para a expansão encontra-se a MFC (ALESSIO, 2015).

A MFC é uma especialidade que se fundamenta em princípios que envolvem a atuação na APS, a atenção centrada na pessoa, a educação continuada, o humanismo e a formação de liderança (OLIVEIRA et al., 2014).

Para a Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), a MFC é uma disciplina acadêmica e científica. Embora existam diferenças no que tange a questões educacionais e culturais, especialmente ligadas ao enfoque no território e na atuação comunitária, as características, conhecimentos, atitudes e habilidades relacionadas a MFC ao redor do mundo permitem a identificação de elementos comuns (MAGALHÃES et al., 2018).

A WONCA (2002) define o médico de família como:

“Médico pessoal, sendo o responsável pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, valorizando o contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando a autonomia dos seus pacientes. Além disso, este profissional deve trabalhar em prol da promoção de saúde, prevenção de agravos e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, diretamente ou através de encaminhamentos a outros serviços”

(WONCA, 2002).

Segundo a OPAS (2013), as características da MFC envolvem: 1. Primeiro contato; 2. Segundo contato, referência interna em equipes de saúde multi e transdisciplinares; 3. Acessibilidade, continuidade e longitudinalidade; 4. Relação Médico - Paciente; 5. Gestão de recursos; 6. Modelo centrado na pessoa; 7. Tomada de decisões; 8. Características dos problemas de saúde; 9. Dimensão da abordagem de problemas; 10. Trabalho em equipe; e 11. Níveis de prevenção.

A necessidade de capacitação profissional na área da MFC e para suprir o trabalho especializado nessas novas unidades, levou a gestão municipal carioca à iniciativa de investir recursos municipais na formação destes novos profissionais. Foi incentivada a expansão das vagas de residência médica já existentes na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), por meio de investimento em complementação das bolsas dos residentes e da utilização das novas unidades de Clínica da Família como campo de aprendizado. Outra iniciativa foi a criação de um novo Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), ligado diretamente a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e tendo como áreas de atuação as unidades básicas municipais (IZECKSOHN, et al., 2017; JUSTINO et al., 2016).

A primeira turma do PRMFC -SMS/RJ, com 60 vagas, iniciou em 2012 (IZECKSOHN et al., 2017), visando melhorar a qualificação do médico atuante na APS e, também, ampliar a oferta desse especialista para atuar na ESF carioca (JUSTINO et al., 2016). No ano de 2016, as vagas totais em residência em MFC na cidade do Rio de Janeiro chegaram a 222. Atualmente, 38% das vagas de residência médica da prefeitura do Rio de Janeiro são em MFC, demonstrando o compromisso da gestão municipal com a equidade de distribuição destas vagas entre as diversas especialidades médicas, mais de acordo com as necessidades da população e menos com as demandas de mercado (IZECKSOHN et al., 2017; JUSTINO et al., 2016).

O PRMFC tem a duração de dois anos e, ao longo desse período, oferece uma série de competências visando desenvolver um profissional preparado para atuar na APS e que contribua na qualificação e expansão da APS no município (JUSTINO et al., 2016).

No início de 2015, o PRMFC-SMS/RJ contava com 63 preceptores, 98 residentes do 1º ano do programa (R1) e 46 residentes do 2º ano (R2), atuando em 20 unidades de saúde localizadas em diferentes regiões da cidade (JUSTINO et al., 2016).

Quadro 1- Distribuição dos Residentes no município. Novembro, 2015.

AP	Bairro	Nome de Unidade	Nº de Residentes
1.0	Gamboa	CF Nélio de Oliveira	4
2.1	Catete	CMS Manoel Jose Ferreira	8
	Botafogo	CF Santa Marta	6
	Copacabana	CMS João Barros Barreto	4
	Rocinha	CF Maria do Socorro	14
3.1	Penha	CF Felipe Cardoso	10
	Ilha do Governador	CF Assis Valente	10
	Penha Circular	CF Aloysio A Novis	8
	Alemão	CF Zilda Arns	6
3.2	Del Castilho	CF Barbara Starfield	6
	Jacarezinho	CF Anthidio Dias da Silveira	2
	Del Castilho	CF Sergio Nicolau Amin	6
3.3	Marechal Hermes	CF Dante Romano Junior	4
	Acari	CF Marcos Valadão	5
	Anchieta	CF Maria de Azevedo R. Pereira	1
4.0	Jacarepaguá	CF Padre José de Azevedo Tiúba	9
5.2	Paciência	CF Ilzo Motta de Mello	4
5.3	Guaratiba	CF Dalmir de Abreu Salgado	10
	Guaratiba	CF Alkindar Soares P.Filho	5
	Santíssimo	CF Sonia Maria F.Machado	4

As unidades que eram campo de atuação do PRMFC-SMS/RJ foram contempladas com materiais e equipamentos para aumentar a resolutividade e a capacitação dos médicos residentes como: para pequenos procedimentos e para inserção de DIU, oxímetro de pulso portátil, eletrocautério e criocautério. Outro diferencial destas unidades era a presença de matriciadores em dermatologia e em saúde mental, para melhor qualificar os residentes nestas áreas e, com isso, o aprimoramento da oferta de serviços, dando a população mais acesso a serviços diferenciados. (JUSTINO et al, 2016).

Quadro 2- Distribuição do número de equipes com residentes do PRMFC-SMS-Rio, segundo área de planejamento em saúde, Rio de Janeiro, 1º semestre 2015.

AP	Equipes Totais	Equipes com Residentes	% de Equipes com Residência
1.0 (zona central)	53	3	5,66
2.1(zona sul)	61	16	26,23
3.1 (zona norte)	153	22	14,38
3.2 (zona norte)	87	10	11,49
3.3(zona norte)	123	9	7,32
4.0(zona oeste)	44	4	9,09
5.2 (zona oeste)	125	11	8,80
5.3(zona oeste)	114	3	10,26
total:	760	78	10,26

Em 2015, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade publicou o Currículo Baseado em Competências para a MFC, para nortear a qualidade da formação. Com base no censo realizado entre os diferentes países da Região, foram definidas as características gerais, que deveriam ser garantidas no currículo dos programas de residências médica e de cursos de especialização das instituições educativas e de saúde, para formar médicos de família e comunidade, que são “modelo assistencial, orientação comunitária, docência e pesquisa e gestão de recursos” (JUSTINO et al., 2016).

Segundo a WONCA (2010), espera-se que o profissional formado seja:

- Profissional da saúde, capaz de avaliar o paciente de forma integral parte de uma família e uma comunidade, e proporcionar atenção clínica de alta qualidade, integral,

biopsicossocial, espiritual e personalize a atenção preventiva numa relação de longo prazo baseada na confiança.

- Criador de decisões, escolhendo a tecnologia adequada para o cuidado da pessoa, utilizando critérios éticos e de custo-eficácia.
- Comunicador, promovendo estilos de vidas saudáveis e empoderador de indivíduos e grupos para melhorar e proteger sua saúde.
- Líder da comunidade, conciliando as demandas de saúde dos indivíduos com a comunidade, estabelecendo um plano de ação para o benefício desta.
- Membro de uma equipe, trabalhando de forma harmoniosa com outros profissionais do setor saúde e de outros setores, com as pessoas, organizações, dentro ou fora do sistema sanitário, a fim de satisfazer as necessidades de saúde de seus pacientes e comunidades.

De acordo com o Art. 3º da Secretaria de Educação Superior Comissão Nacional de Residência Médica, a Medicina Geral de Família e Comunidade é uma especialidade clínica cujo profissional é capaz de :

I - Identificar as doenças e enfermidades desde seus momentos iniciais, ainda com manifestações indiferenciadas e atípicas;

II - Manejar condições crônicas e estáveis, com momentos de agudização e problemas que configurem situações de urgência e emergência, sendo capaz de resolver a maior parte dos problemas de saúde;

III – Comprometer-se com o cuidado integral às pessoas sob sua responsabilidade sanitária, não restringindo sua atuação à existência de uma doença, bem como não terminando sua responsabilidade com a resolução desta;

IV – Desenvolver a coordenação do cuidado do paciente independentemente do percurso deste pela rede de serviços de saúde, ou mesmo quando este é encaminhado a outro especialista.

Já o Art. 7º da Secretaria de Educação Superior Comissão Nacional de Residência Médica coloca como objetivos do PRMFC:

I - Formar Médicos de Família e Comunidade, tendo as pessoas e suas famílias como centro do cuidado;

II - Atuar de forma qualificada, voltada ao cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos;

III - Solucionar o maior número de problemas possíveis, com qualidade, por meio de uma prática integrada, contínua, em equipe multidisciplinar, inserida nas comunidades.

Dentre as áreas de Competências do Primeiro Ano de Residência, que constam no Art. 1 do referido documento, devem ser abordados, prioritariamente, os princípios teóricos da MFC, da APS e saúde coletiva; e, quanto aos práticos, a abordagem individual, familiar e comunitária, raciocínio clínico, habilidades de comunicação, habilidades frente à pesquisa médica, gestão em saúde, comunicação e docência, entre outros.

Já no segundo ano de formação, o Art. 16 desta secretaria diz que deverão ser abordadas as mesmas áreas de competência descritas em relação ao primeiro ano de residência, porém compreendendo nível de complexidade e profundidade na agregação de saberes relacionados e apontando, no sentido do desenvolvimento de competências desejáveis e avançadas, para a formação do médico de família e comunidade.

Prado Jr (2015) afirma que é possível perceber, desde o início do programa de residência, a ampliação ao acesso aos serviços de saúde, ofertando mais ações do que apenas as previstas na carteira de serviços da APS e estando mais disponíveis para resolver os problemas dos usuários. Quando comparadas as médias de atendimento de equipes com e sem residência, percebe-se que as equipes com residência médica atendem mais pacientes do que a média de atendimentos médicos no município e, em geral, apresentam melhor desempenho na avaliação dos atributos da APS (LEÃO, 2011).

Vale ressaltar que a complexidade da formação em cenários de APS exige habilidades específicas dos profissionais que orientam esses alunos na prática, chamados de preceptores. Se de antemão existe o desafio de formar profissionais médicos especialistas com olhar diferenciado sobre o cuidado, mais complexa é a formação de médicos especialistas imbuídos das atribuições de ensino e da construção de nexos entre teoria e prática (IZECKSOHN et al., 2017).

O modelo de preceptoria do PRMFC-SMS/RJ pressupõe que um preceptor seja a referência para no máximo quatro residentes (dois residentes de 1º ano e dois residentes de 2º ano) em duas equipes de ESF, assim, cada equipe conta com dois residentes: um de 1º ano (R1) e um de 2º ano (R2). As atividades principais do preceptor são prover suporte em forma de atendimento e discussão de casos, e a organização da equipe, além de apoiar os demais membros da equipe (agentes comunitários de saúde, enfermeiros e técnicos de enfermagem). Há também participação ativa na gestão, promovendo discussão e aperfeiçoamento dos processos de trabalho (SAMPAIO, 2014).

Os médicos residentes cumprem 50 horas de trabalho semanal na unidade de saúde, sendo 7 horas destinadas a atividades teóricas, entre elas, aulas e sessões clínicas. Os turnos de

atendimento contemplam momentos de atividades em grupo, visitas domiciliares, reuniões de equipe e, naturalmente, o atendimento em forma de consulta. A carga de trabalho a partir do 2º ano de formação é ainda composta com doze horas destinadas a plantões hospitalares ou estágios em unidades secundárias (SAMPAIO, 2014). Os preceptores, por sua vez, atuam na unidade 40h semanais, totalizando uma média de 140 horas semanais de atenção do profissional médico ao serviço e a melhoria deste nas equipes do PRMFC-SMS/RJ.

Apesar do reconhecimento da sua importância e competência em países desenvolvidos, a especialidade médica direcionada para os cuidados primários em saúde no Brasil ainda enfrenta desafios dentro do sistema de saúde nacional (IZECKSOHN et al., 2017). Os obstáculos para que o MFC ocupe o papel de protagonista na APS nestes países foi analisado pela Fundação Besrou, em 2015. Entre os citados estão a falta de organização e regulação dos sistemas de saúde a partir da APS, dificultando a coordenação do cuidado; fragmentação devido ao incentivo de busca por especialistas; sobrecarga de trabalho e fluxos dos serviços pouco organizados, favorecendo a rotatividade de profissionais.

Rodrigues (2010) afirma que médicos que já atuavam em áreas afeitas à APS são os que têm maior capacidade de se adaptar à ESF. Na relação entre fixação e área de especialização, o percentual de médicos que cursaram pós-graduação nas Clínicas Básicas ou em Saúde da Família tem menor *turnover* do que os médicos com pós-graduação em outras áreas. Apesar da rotação dos residentes a cada 2 anos, os preceptores tendem a se fixar numa mesma equipe por mais tempo, garantido a longitudinalidade do cuidado. Verifica-se, ainda, que profissionais com maior grau de satisfação em trabalhar como médicos da ESF têm maior fixação na rede, estimando-se uma permanência de 5 ou mais anos na ESF do município.

2.3. Indicador de Interações por condições sensíveis a APS (ICSAP)

O decreto presidencial nº 7.508/201, com a regulamentação da Lei nº 8.080/90, institui a organização da assistência à saúde de forma regionalizada, levando em consideração as particularidades dos territórios, buscando a melhoria do acesso à saúde, contemplando as diretrizes e os princípios do SUS.

A regulamentação desta Lei colaborou para a efetivação da APS, na medida em que a identifica como a ordenadora da rede de atenção à saúde do sistema público de saúde do país (MS, 2011). Do mesmo modo, o reconhecimento de sua importância no sistema de serviços de

saúde implica a necessidade de investimentos e de avaliações contínuas sobre seu grau de desempenho no atendimento de seus princípios e alcance de seus objetivos.

Para que se possa avaliar a efetividade da APS, têm sido propostos indicadores de acesso e de desempenho à atenção de qualidade. Embora os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) informem que, em 2010, o número de municípios atendidos tenha aumentado significativamente e a cobertura da população tenha ultrapassado o contingente de 100 milhões de pessoas, alguns desafios ainda permanecem (BRASIL, 2011).

Nas situações em que a AB e a rede de atenção à saúde não são resolutivas, a demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarrega o sistema e cria despesas evitáveis, devido às ICSAP. Essas, conhecidas internacionalmente como *Ambulatory Care-Sensitive Conditions* (ACSC), têm sido amplamente utilizada para análise da APS em países que possuem o seu sistema de saúde embasado pelos cuidados primários para avaliação de cobertura dos serviços ou sua resolutividade para algumas patologias sendo o acesso e a longitudinalidade os atributos da APS mais associados à sua redução. (MAGALHÃES et al., 2018; CAMINAL et al., 2004; ALFRADIQUE et al., 2009).

A análise dessas internações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade, mas também para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional. Como um instrumento de gestão do cuidado na APS, este indicador é útil para orientar o planejamento de saúde, a mobilização de apoio político, a avaliação do impacto das políticas, bem como a comparação de desempenho e a identificação de desigualdades entre regiões, comunidades e grupos populacionais (ALFRADIQUE et al., 2009).

O indicador de ICSAP é constituído de uma lista de agravos à saúde que, se tratados de forma apropriada e em tempo hábil, reduzem o risco de hospitalização, tanto por prevenir o surgimento, quanto por manejar adequadamente a condição ou doença crônica (GONÇALVES et al., 2016).

Não existe consenso na literatura acerca dos itens e condições que devem compor a lista de condições sensíveis à APS. Essas causas são constantemente mutáveis e afetadas pela capacidade de evitabilidade, que depende das evidências científicas disponíveis em dado período. Para tornar possível a avaliação da qualidade da APS no Brasil, o MS elaborou, em 2008, uma lista própria de ICSAP (BRASIL, 2008) (anexo 1).

De acordo com Gusso e colaboradores (2019), os estudos sobre ICSAP podem ser divididos em 2 grupos: aqueles que descrevem a tendência das condições, avaliando aumento

ou redução (estudos de séries temporais) e aqueles que investigam fatores associados a estas, identificando grupos vulneráveis e determinantes sociais (estudos ecológicos ou de coorte).

Apesar de ser utilizado internacionalmente, por se tratar de uma proporção de todas as internações clínicas realizadas na população, é válido salientar suas limitações e a necessidade de continuar produzindo discussão acerca da temática apresentada (DEININGER et al., 2015). Para que o ICSAP seja utilizado para melhoria da qualidade, deve se considerar os processos de trabalho nas equipes da estratégia e os fatores que podem influenciar o comportamento das ICSAP, como a permanência do mesmo médico na equipe por mais de 2 anos, número de consultas com o mesmo profissional e o tempo de espera para tal, priorização dos doentes com maior vulnerabilidade e risco, entre outros (MOBLEY et al., 2006; HANSEN et al., 2003).

Caminal (2007) alerta ainda sobre a existência de fatores relacionados ao processo de hospitalização que são alheios à intervenção da APS. A análise dessas internações, por exemplo, depende de dados administrativos (como as autorizações de internação hospitalar) e requer uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados hospitalares, podendo haver proporções sub ou superestimadas de internações clínicas. A utilização de dados secundários do SIH pode apresentar algumas limitações, a exemplo da confiabilidade do diagnóstico, da fidedignidade dos registros, autorização para internação pelo próprio paciente e da restrição às internações no SUS (MOURA, 2010; BOING, 2012; DEININGER et al., 2015).

Outra ressalva é que a presença de desigualdades socioeconômicas no Brasil, tanto entre regiões quanto entre indivíduos, gera efeitos sobre indicadores relacionados ao bem-estar social, a exemplo da saúde, causando iniquidades na cobertura e acesso aos serviços de saúde (PEREIRA et al., 2014).

Apesar da expansão do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a implementação das unidades e equipes da UBS não aconteceu de maneira homogênea nas diferentes regiões do país e na cidade do Rio de Janeiro, trazendo divergências entre as reduções das ICSAP nas unidades da federação (BOING et al., 2012; MOURA et al., 2010). Outros influenciadores do comportamento das ICSAP, em diferentes contextos, são o acesso e utilização dos serviços, a proximidade das UBS e acesso às unidades de pronto atendimento, relação médico por habitante e variabilidade de prática clínica (MAGALHÃES et al., 2018).

Segundo Gonçalves e colegas (2016), em locais em que a APS/ESF está fracamente implantada, sua presença é insuficiente para alterar o curso das internações hospitalares, principalmente, em populações de alta vulnerabilidade. De acordo com Magalhães (2018), a maior oportunidade para redução de admissões hospitalares desnecessárias está no manejo

proativo de pessoas em condições crônicas, em especial, aquelas com multimorbidades, o que demanda efetivas estratégias de coordenação de cuidado de forma a potencializar o trabalho das equipes de APS.

Ressalta-se a preocupação com a análise dos resultados do indicador de internações sensíveis à APS, pois não deve ser utilizado para gestão, sendo um nivelador de efetividade do sistema de saúde como um todo e não de prática clínica e de capacidade da equipe. Considerando-se que a hospitalização, quando ocorrida, foi verdadeiramente necessária (MAGALHÃES et al., 2018). Outra consideração importante sobre este indicador é que no caso da APS brasileira, em que a implantação de equipes completas de saúde da família, elevadas taxas de ICSAP podem sugerir maior acesso de uma população que não era acompanhada (MAGALHÃES et al., 2018). Em resumo, segundo Starfield (2002), este indicador pode ser utilizado como medida da efetividade da APS, podendo auxiliar na avaliação do equilíbrio entre melhorar a saúde e promover equidade.

No SUS a principal fonte de informação sobre internações atualmente é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que alimenta o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). A AIH habilita a internação de cada paciente e gera os 22 valores correspondentes para pagamento do prestador de serviços, seja ele público ou contratado.

A AIH deve ser devidamente preenchida no momento da entrada ou durante a internação, pois os dados nela descritos irão servir como informação na tomada de decisões no âmbito da epidemiologia da saúde pública. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) para as condições que compõem cada grupo é de suma importância para a correta classificação da causa ou do motivo da internação no preenchimento da AIH.

Sabe-se também que inconsistências no preenchimento dos dados podem trazer sérias consequências para o uso efetivo das informações. O uso de diretrizes norteadoras, como a obrigatoriedade de inserção do CID-10 na AIH, objetiva sanar inconsistências e garantir melhores resultados nas informações em saúde. No entanto, para este estudo foi utilizado o sistema de altas referências como dado para analisar as ICSAP na AP.

Cabe-se ressaltar que os partos não constituem como CSAP uma vez que representam um desfecho clínico natural da gestação.

2.4.Sistema de Altas Referenciadas

O Sistema de Altas Referenciadas (SISARE) consiste no processo de organização, planejamento e transferência do cuidado do usuário de uma Unidade de Saúde para outra, de forma responsável. Trata-se de um agrupamento de informações sobre internações seguidas de encaminhamento para UBS de referência para continuidade do cuidado ocorridas no âmbito do SUS no município do Rio de Janeiro . Toda UBS deve ter controle de todos os encaminhamentos realizados, bem como monitorar os internamentos de pessoas de sua área, para análise e avaliação, através da plataforma Subpav onde deve-se monitorar os relatórios emitidos pelo sistema de “alta referenciada”, preenchidos pelas unidades hospitalares com as informações de internação e alta.(SMS, 2016) O formulário conta com 5 módulos de preenchimento: dados do paciente, endereço, resumo de internação e recomendações pós alta, na tela de resumo de internação é possível marcar se a mulher é ou gestante e caso seja é necessário informar os dados da gestação, completando assim os 5 módulos existentes. (Subpav 2021)

Para se usar o formulário primeiramente deve-se colocar um CNS válido para que seja feita a busca do usuário. Upas e unidades hospitalares podem usar o sistema, com algumas diferenças. Unidades hospitalares que usam o sistema de censo hospitalar devem registrar alta pelo Censo e depois dar a alta médica pelo SISARE, e após colocar o CNS no formulário o sistema irá fazer a busca do paciente que teve alta no Censo. Já as Upas e Unidades que não usam o censo ao colocarem o CNS o sistema vai fazer a busca dos dados diretamente no CADWEB. Os Dados buscados são: Nome, Telefones, CPF, Data de Nascimento, Sexo e Endereço. (Subpav 2021)

Na tela de endereços é possível referenciar o paciente para a unidade de atenção primária. O referenciamento é feito integrado com o sistema de onde ser atendido da SUBPAV em conjunto com a api do IPP . É possível também marcar o paciente como não munícipe e com isso não torna obrigatório referenciar o paciente para alguma unidade de atenção primária. Pessoas em situação de rua tem sua alta referência encaminhada via email para a unidade de consultório na rua, caso o território tenha esse tipo de equipe.(Subpav 2021)

O SISARE por ser utilizado também para a análise direta da performance assistencial das unidades e equipes de saúde sob a responsabilidade do contrato de gestão , mas especificamente sobre a Coordenação do Cuidado na APS, tendo como indicador a Proporção de usuários atendidos pós-alta para condições selecionadas , usando se como cálculo : (Contagem de DATA FEEDBACK = 183/Contagem de DATA ALTA = 329)*100.

3. JUSTIFICATIVA

Devido ao panorama atual da Medicina da Família e Comunidade no país e à alta competitividade das demais especialidades médicas, se faz necessário avaliar se o Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro/RJ (PRMFC-SMS/RJ) é capaz de trazer benefícios para a comunidade através do ensino e formação de profissionais resolutivos, podendo ajudar a gerar um sistema de saúde eficiente e equitativo.

Assim, avaliar os desfechos produzidos na atenção às populações atendidas pelas unidades que são campo de práticas do PRMFC-SMS/RJ na AP 3.1, por meio do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), é importante para se analisar a relevância assistencial das ações implementadas a partir deste programa para a população local, assim como, indiretamente, refletir sobre os próprios processos formativos em curso na residência.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral

Avaliar a influência da residência em saúde da família no indicador de ICSAP, no período de 2017 a 2019.

4.2. Objetivos específicos

- A. Avaliar a tendência de ICSAP registradas no período no período de janeiro de 2017 a dezembro de 2019, através da identificação dos códigos internacionais de doença (CID) registrados nas altas referências (AR) para a AP 3.1.
- B. Comparar o comportamento das AR por ICSAP nas unidades que sediam o PRMFC-SMS/RJ, com aquelas sem o programa, na AP 3.1 durante o período de análise.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Pensando-se em aperfeiçoar e promover melhorias na APS, no que se refere à prestação de serviços, qualidade da gestão e do cuidado e na necessidade de compreender os

processos implantados na APS, com vistas à garantia de sua efetividade e resolutividade, optou-se por desenvolver um estudo ecológico, longitudinal, retrospectivo, de caráter quantitativo, realizado com dados secundários.

A pesquisa visou avaliar as repercussões da integração serviço-ensino para a comunidade, por meio da análise e comparação entre internações por condições sensíveis à APS (ICSAP) das unidades que detém o PRMFC-SMS/RJ e aquelas sem residência.

Os marcos teóricos conceituais escolhidos para guiar o objeto do estudo foram: a APS, como ordenadora dentro do sistema de saúde e o centro de comunicação das RAS.

Para a realização desta dissertação, foram levantadas as informações referentes às ICSAP, obtidas a partir de um arquivo gerado para definição e tabulação (DEF), no painel de sistema de AR na área da AP 3.1, disponível na plataforma SUBPAV, sendo selecionadas as internações hospitalares por local de residência, com data de alta entre os anos de 2017-2019. Foram excluídas das análises as policlínicas por não conterem equipes da ESF.

A seleção das ICSAP foi feita com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008), composta por 19 grupos diagnósticos divididos em 120 categorias da CID-10 com três dígitos e em 15 subcategorias com quatro dígitos.

5.1. Local de estudo:

Para este estudo foi escolhida a área de planejamento (AP) 3, mais especificamente a área Programática 3.1. A AP 3 possui 80 bairros distribuídos em 13 Regiões Administrativas (RA), representando 16,6% do território, com o maior contingente populacional do município, cerca de 2.353.590 habitantes (40,2% do total da população carioca) e densidade líquida de 11.567 habitantes por km². Estima-se que em 2000, aproximadamente 544.737 pessoas da AP.3 viviam em favelas (BRASIL, 2000, Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1, 2009).

Segundo a coordenadoria da AP 3.1 (2009), a AP 3.1 teve como vetor indutor do crescimento o eixo da Estrada de Ferro da Leopoldina sendo composta de seis RA: Ramos, Penha, Vigário Geral, Ilha do Governador, Complexo do Alemão e Complexo da Maré.

A grosso modo, estas RA apresentam carência de áreas verdes e a existência de áreas críticas de segurança, relacionada aos corredores próximos a complexos, grandes favelas e imensas áreas de invasão. Essas áreas são marcadas também por falta de manutenção do espaço

público, com degradação de terrenos e áreas públicas, por falta de implantação de projetos de manutenção e áreas remanescentes de obras viárias inconclusas e a mercê de ocupação irregular (Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1).

Das seis regiões que compõem a AP 3.1, três estão entre as regiões consideradas de alto índice de desenvolvimento humano (IDH) no município: Ilha do Governador (0,862), Ramos (0,828) e Penha (0,805). Em contrapartida, dois territórios encontram-se entre os piores índices, o Complexo da Maré (0,719) e o Complexo do Alemão (0,709) (Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1, 2009).

Apesar da variação de IDH, a longevidade é considerada média/alta em torno de 70,82 anos,(censo 2010/IBGE) , entretanto, apesar da expectativa média de vida, esta AP tem a estrutura populacional relativamente mais jovem entre as AP 3, o que pode explicar as taxas mais baixas para as Doenças Cardiovasculares e Neoplasias e maiores taxas de doenças infecciosas e relacionadas à violência e ocupação e maior ocupação feminina, conforme ilustra a tabela 3 . (Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1).

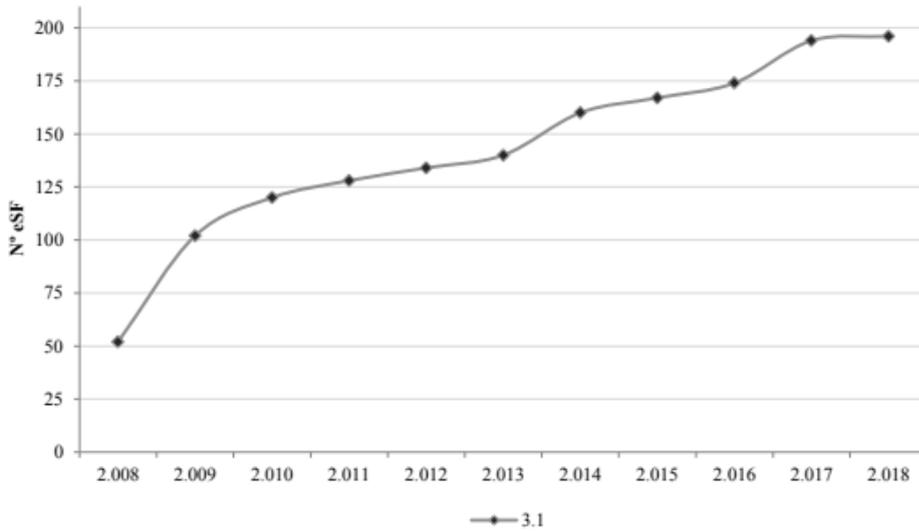
Com relação à cobertura em saúde, a AP 3.1 é composta por 23 Clínicas da Família, 18 CMS e 02 SMS. (Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1-2016).

Quadro 3- Regiões Administrativas (RA) da AP 3.1, Rio de Janeiro.

Regiões Administrativas (RA)	População Masculina	População Feminina	População Total
X Ramos	71 153	82 024	153 177
XI Penha	88 609	97 107	185 716
XX Ilha do Governador	99 965	112 609	212 574
XXIX Complexo do Alemão	33 800	35 343	69 143
XXX Maré	63 743	66 027	129 770
XXXI Vigário Geral	65 007	71 164	136 171
Total	422 277	464 274	886 551

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2010

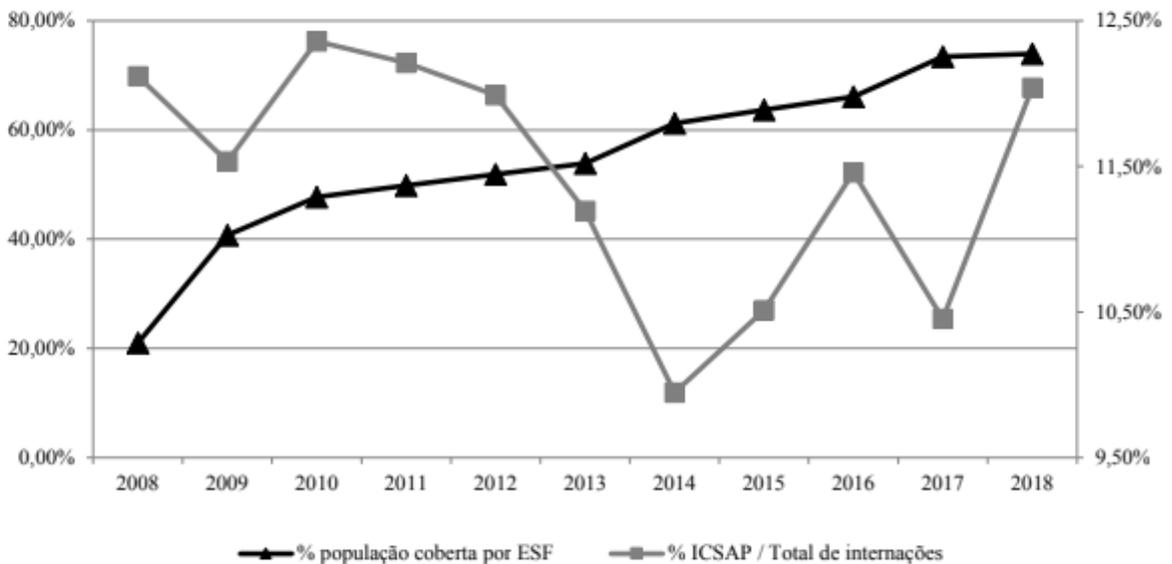
Gráfico 2 .Evolução temporal de cobertura potencial equipe de estratégia de saúde da família (eSF) na AP3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008-2018



Fonte: Caldas 2020,

Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, a cada ano de análise.

Gráfico 3 .Série histórica anual do % de cobertura de equipe de estratégia de saúde da família (eSF) X % ICSAP/ Total de internações de residentes da AP3.1 do Município do Rio de Janeiro, 2008-2018



Fonte: Caldas 2020, a partir do número de equipes tipo eSF implantadas.

Nota: Considerou-se que uma eSF possui uma média de 3.450 pessoas cadastradas. Considerou-se a proporção ICSAP em relação ao total de internações hospitalares dos residentes da AP 3.1 do município do Rio de Janeiro. Para os dados populacionais, foi considerada a estimativa anual do IPP por AP do município do Rio de Janeiro, estimativa populacional para o meio do ano, a cada ano de análise.

5.2. Período em análise:

O critério utilizado para definir o ano final do período analisado foi a disponibilidade da maior quantidade de dados recentes, durante o desenvolvimento da pesquisa, sendo, portanto, a partir de 2017. Já o intervalo para pesquisa foi determinado levando-se em consideração o tempo para formação e conclusão da especialidade em saúde da família, 2 anos e o período da alta hospitalar, ocasião com melhor definição do diagnóstico, uma vez que a propedêutica e o tratamento já haviam sido realizados.

5.3. Método de análise dos dados:

Inicialmente, foram construídas séries das AR na AP 3.1, alojadas em tabelas por cortes de tempo (2017, 2018 e 2019) e posteriormente, foram selecionadas apenas as AR por ICSAP conforme o CID codificado durante a internação, sendo realizadas análises de tendência da cobertura, segundo grupos de causas sensíveis.

Tendo em vista o objetivo geral do trabalho de analisar a relação existente entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família nas unidades com e sem o PRMFC-SMS/RJ e as AR por ICSAP, foi se calculadas as razões de prevalência das altas referenciadas por ISCAP, por tipo de unidade de saúde. Para a estimativa das prevalências de ICSAP nas unidades de saúde **com** a presença do PRMFC-SMS/RJ, foi utilizado o cálculo: Número de ICSAP no ano em unidades com PRMFC-SMS/RJ, dividido pelo total de internações dessas unidades no ano.

A análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva. Foi utilizado o software livre *RStudio* (versão 1.2.5019) e *MedCalc statistical* para processamento dos dados, produção dos gráficos e tabelas, para exposição e interpretação dos resultados.

Exemplo: Prevalência de ICSAP nas unidades com PRMFC-SMS/RJ em 2017

P= nº ICSAP nas unidades com PRMFC-SMS/RJ em 2017

nº total de internações nas unidades com_PRMFC-SMS/RJ em 2017

Seguindo a mesma lógica, para a estimativa das prevalências de ICSAP nas unidades de saúde **sem** a presença da Residência, foi utilizado o cálculo: Número de ICSAP no ano em unidades sem_PRMFC-SMS/RJ, dividido pelo total de internações dessas unidades no ano.

Exemplo: Prevalência de ICSAP nas unidades sem PRMFC-SMS/RJ em 2017

P= nº ICSAP nas unidades sem PRMFC-SMS/RJ em 2017

nº total de internações nas unidades sem PRMFC-SMS/RJ em 2017

Além disso, foram, também, realizados testes de Qui-quadrado (X^2), para verificar a associação entre as variáveis tipo de unidade (Unidades de saúde com PRMFC-SMS/RJ e ou sem Residência) e tipo de internação (Condições Sensíveis à APS ou não Sensíveis), considerando-se como diferença estatisticamente significativa quando a probabilidade foi menor do que 0,05 ($p < 0,05$).

6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A estruturação e o planejamento deste projeto cumprem as normas dispostas na Resolução nº 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa/ Ministério da Saúde. Esta dissertação teve aprovação do Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, CAAE nº 23746919.6.0000.5238.

7. RESULTADOS

7.1. Evolução das taxas de internação hospitalar:

O número absoluto de internações oscilou no período analisado (2017 a 2019). Em 2017 foram realizadas 10010 internações, 11057 em 2018 e em 2019 reduziu para 10.313.

A proporção de internações por condições sensíveis à APS em relação ao total de internações no período estudado estava dentro do parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde para avaliar a efetividade da AB, que é de 28% (BRASIL, 2017). Na AP 3,1, o ano 2017

o percentual de ICSAP foi de 15,3%, com redução em 2018 e em 2019, 14,0% e 11,7%, respectivamente, conforme ilustra a tabela 1.

Tabela 1- Distribuição de altas referenciadas para a AP 3.1 por condição de sensibilidade à Atenção Primária, 2017-2019.

	2017	2018	2019
Total de internações	10010	11057	10313
Internações por condições NSAP	8483 (84,7%)	9510 (86,0%)	9100 (88,2%)
ICSAP	1527 (15,3%)	1547 (14,0%)	1213 (11,7%)

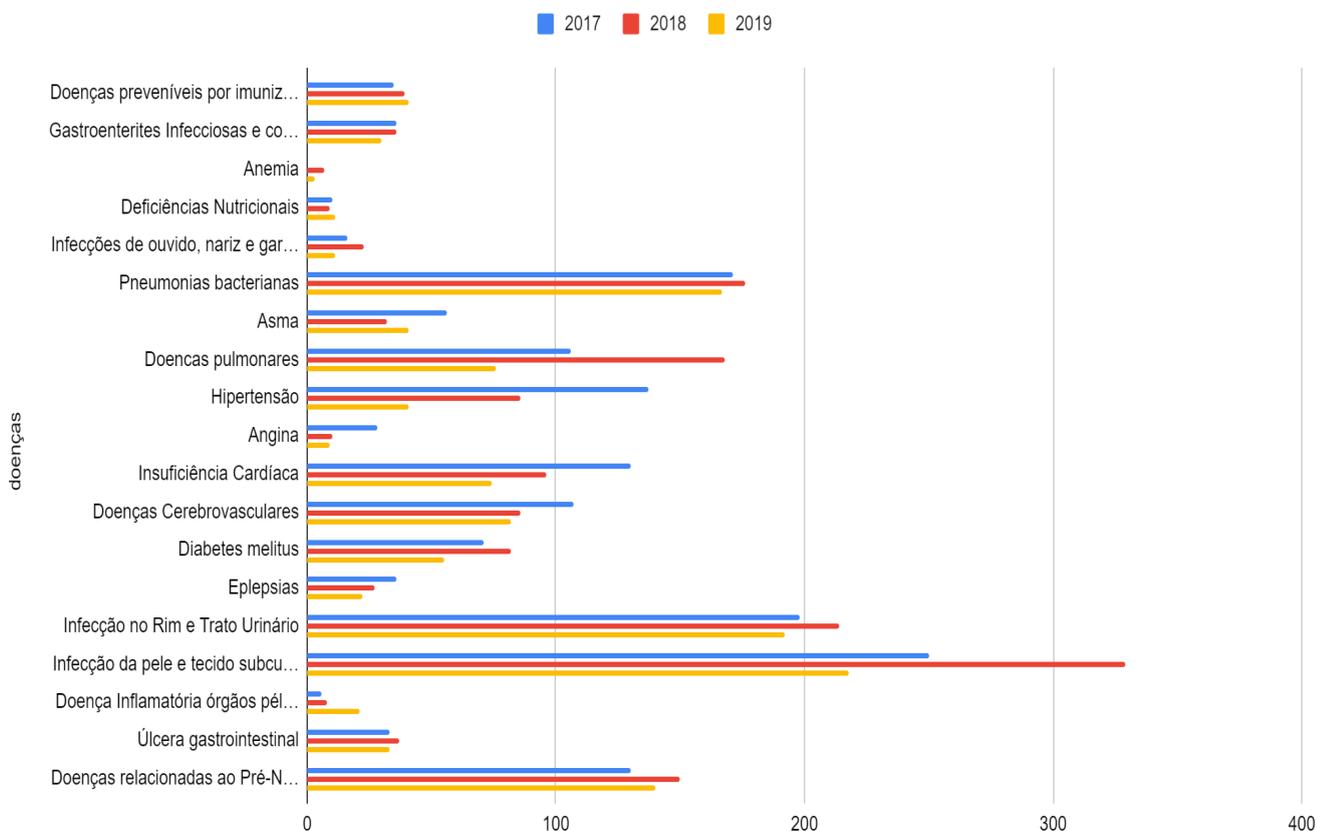
* Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

Da análise da variação percentual entre as causas de ICSAP, no intervalo analisado, destaca-se a redução no número de eventos em 16 dos 19 grupos de causas de internações sensíveis, e observa-se maior declínio no grupo da Hipertensão e da Insuficiência cardíaca (Gráfico 1).

Em relação à participação de cada grupo no total de causas sensíveis, observa-se que de 2017 a 2019 os três grupos com maior participação, Pneumonias Bacterianas, Infecção do trato urinário e Infecção de pele, permaneceram os mesmos, apenas com pequenas oscilações. No entanto, nos três casos há uma oscilação com aumento de casos em 2018, seguida de redução em 2019. O inverso foi observado no grupo das doenças nutricionais e asma, ocorrendo queda do número das AR por esses CIDs em 2018, seguido de crescimento em 2019.

Um resultado não esperado foi a elevação de 1% e 0,7%, respectivamente a 2017 e 2019, no grupo das doenças imunopreveníveis e de Doença Inflamatória de órgãos pélvicos femininos, uma vez que, neste período, aumentaram tanto a cobertura vacinal, quanto a atenção à saúde da mulher, devido à expansão da APS, como também é demonstrado no gráfico 4.

Gráfico 4 -Altas Referenciadas por Internações por condições sensíveis à APS, segundo grupo de causa, AP 3.1, Rio de Janeiro, período 2017-2019.



* Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

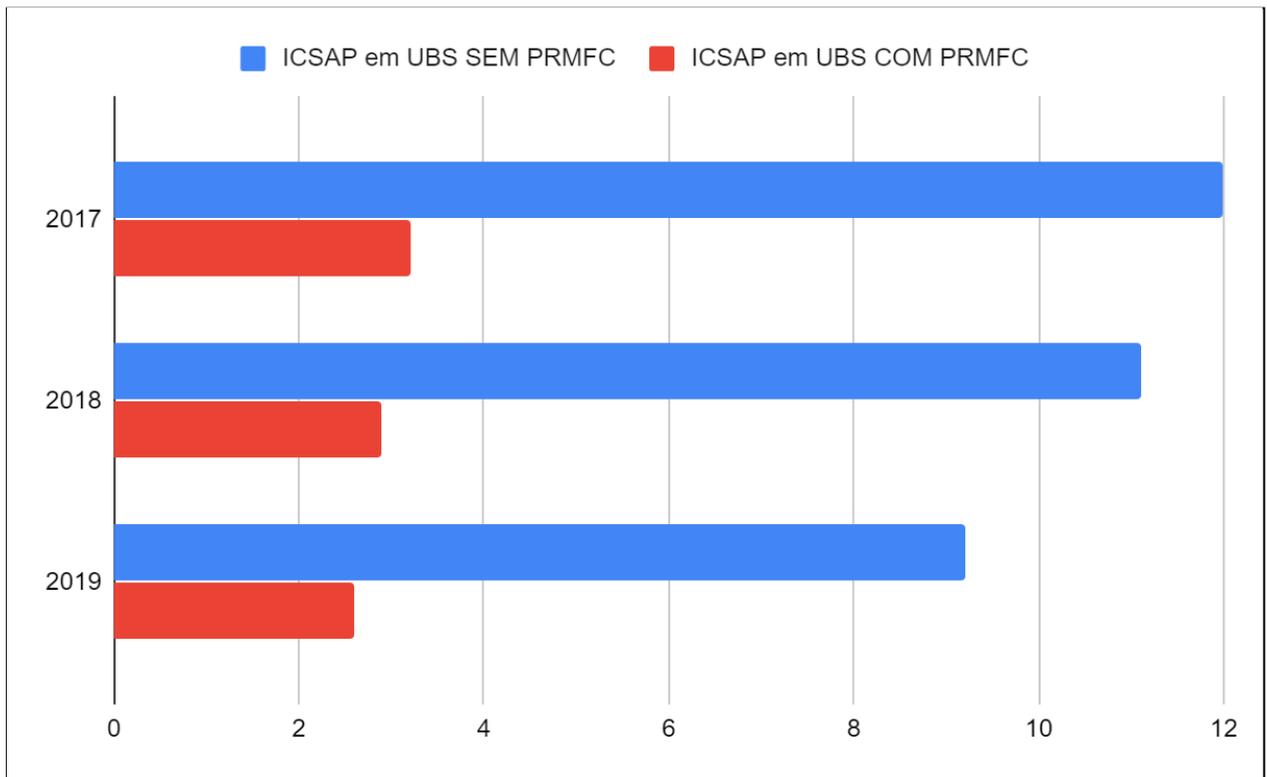
7.2. Comparativo Altas Referenciadas por ICSAPS nas unidades com e sem residência médica em medicina de família e comunidade:

Para melhor compreender a relação da ISAP entre unidades de saúde com e sem residência, é importante ressaltar que, no período inicial do estudo, havia 36 UBS sem PRMFC e 5 unidades com o PRMFC, sendo que em 2019 houve retirada de 3 unidades com residência. As unidades com PRMFC se concentravam predominantemente em áreas com grande vulnerabilidade, como o complexo do Alemão e o complexo da Penha. Já as demais UBS tinham um perfil mais heterogêneo em relação à população adscrita.

No gráfico 4 são detalhados os percentuais de ICSAP das internações no SUS, entre os anos de 2017 e 2019, em relação às UBS com PRMFC-SMS/RJ e aquelas que não tinham residência. No aglomerado de 3 anos, observou-se redução das taxas de internações por condições sensíveis nos 2 grupos de unidades, porém ocorreu uma queda maior (2,8%) no

grupo de unidades sem o programa, em comparação com aquelas com residência em MFC (0,6%).

Gráfico 5 : Percentuais de ocorrência de altas referenciadas por internações por ICSAP em unidades básicas com e sem PRMFC-SMS/RJ, AP 3.1, Rio de Janeiro, entre 2017-2019.



* Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

Com o objetivo de detalhar mais tal comparação, a tabela 2 apresenta os quantitativos de altas referenciadas por internações que ocorreram nos anos do estudo, por tipo de condição não Sensíveis e de unidade pesquisada (Unidades com e sem PRMFC-SMS/RJ).

Nota se que a grosso modo, as unidades com PRMFC apresentam relativamente (N° de ICSAP/ N° de unidades) mais internações por condições NSAP do que as unidade sem o programa, durante todo o período analisado, podendo se inferir uma maior vulnerabilidade nas áreas de atuação do PRMFC

Observa-se que todas AR, tanto por condições sensíveis, quanto por condições não sensíveis, apresentaram aumento em números absolutos em 2018 e voltaram a apresentar queda em 2019 nos 2 grupos estudados. Na comparação entre unidades com e sem PRMFC-SMSRJ,

na tabela 3 observa-se que unidades com residência em MFC obtiveram relativamente 2,4 ,2,3 e 4,5 vezes mais altas referenciadas por ICSAP respectivamente em 2017, 2018 e 2019

Tabela 2- Condição das altas referenciadas de condições NSAP nas unidades da AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Ano em Análise	Total de ar* por condições nsap	Tipo de Unidade	AR* por condições não sensíveis a APS	AR* por condições não sensíveis a APS relativa por unidade
2017	7948	AR em Unidades COM PRMFC	1674	334,8
		AR em Unidades SEM PRMFC	6274	241,3
2018	8929	AR em Unidades COM PRMFC	2051	410,2
		AR em Unidades SEM PRMFC	6878	264,5
2019	9100	AR em Unidades COM PRMFC	1239	619,5
		AR em Unidades SEM PRMFC	7861	302,3

AR*= altas referências

AR*= altas referências **NSAP= Não sensível à APS

Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

Tabela 3- Condição das altas referenciadas de ICSAP nas unidades da AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Ano em Análise	Total de ar* por ICSAP	Tipo de Unidade	AR* por condições sensíveis a APS	AR* por condições sensíveis a APS relativa por unidade
2017	1468	AR em Unidades COM PRMFC	368	73,6
		AR em Unidades SEM PRMFC	1100	30,5
2018	1494	AR em Unidades COM PRMFC	371	74,2
		AR em Unidades SEM PRMFC	1123	31,9
2019	1213	AR em Unidades COM PRMFC	228	114
		AR em Unidades SEM PRMFC	985	25,2

AR*= altas referências

**ICSAP= Internação por condições sensíveis a APS

Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

Na tabela 4 encontram-se as distribuições das internações por Unidades de Saúde com e sem PRMFC-SMS/RJ. As prevalências de ICSAP entre as AR nas unidades com PRMFC-SMS/RJ foram de 18,0% no ano de 2017, 15,3% em 2018 e de 15,5% em 2019, valores superiores às prevalências estimadas para as unidades sem PRMFC-SMS/RJ 14,5%, 13,6% e 11,1%, nos respectivos anos.

Para os três anos de observação, os resultados do teste de Qui-quadrado mostram diferenças estaticamente significativas na distribuição dos tipos de internação (Sensíveis à APS ou não Sensíveis), pelos tipos de unidade de saúde (Unidades de saúde com PRMFC-SMS/RJ ou sem), indicando associação entre estas variáveis.

Tabela 4: Distribuição das internações por Unidades de saúde com e sem Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC-SMS/RJ), Rio de Janeiro, 2017-2019.

INTERNAÇÕES	TIPO DE UNIDADE		X ² p-valor
	Unidades com PRMFC N (%)*	Unidades sem PRMFC N (%)**	
Ano 2017			
Condições sensíveis à AP	368 (18,0)	1159 (14,5)	0,0001
Condições não sensíveis à AP	1674 (82,0)	6809 (85,5)	
Total de internações	2024 (100,0)	7968 (100,0)	
Ano 2018			
Condições sensíveis à AP	371 (15,3)	1176 (13,6)	0,033
Condições não sensíveis à AP	2051 (84,7)	7459 (86,4)	
Total de internações	2422 (100,0)	8635 (100,0)	
Ano 2019			
Condições sensíveis à AP	228 (15,5)	985 (11,1)	<0,0001
Condições não sensíveis à AP	1239 (84,5)	7861 (88,9)	
Total de internações	1467 (100,0)	8846 (100,0)	

* As porcentagens da coluna indicam as prevalências de tipos de internações nas Unidades com PRMFC; ** As porcentagens da coluna indicam as prevalências de tipos de internações nas Unidades sem PRMFC.

A tabela 5 apresenta as AR pelas condições crônicas (HAS e Doenças Cerebrovasculares) e agudas (Infecções do Trato Urinário e Doenças de pele e do tecido conjuntivo) mais prevalentes no período analisado. Com relação às doenças crônicas, ambas as unidades (com ou sem PRMFC-SMSRJ) demonstraram uma evolução decrescente das internações por Hipertensão Arterial (HAS) no período analisado. Em contrapartida, nota-se uma flutuação do número de AR por doenças cerebrovasculares no período de estudo nas unidades sem PRMFC, com redução em 2018 ,seguida de aumento em 2019.As unidades com PRMFC, por sua vez, revelaram aumento das AR por este grupo de doenças em 2018 e queda do número em 2019.

Com relação às condições agudas mais observadas, as unidades com PRMFC-RIO mantiveram uma redução linear das altas hospitalares referenciadas por infecções do trato

urinário, enquanto as UBS sem essa especialização evidenciaram aumento do número de AR, no intervalo estudado. Ambos os tipos de unidades (com ou sem o PRMFC) revelaram aumento das AR por doenças de pele e do tecido conjuntivo em 2018, seguido de queda em 2019.

Tabela 5- Altas referenciadas por condição e por tipo de unidade (com ou sem residência em MFC) na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Ano em Análise	Tipo de Unidade	HAS	Doenças Cerebrovasculares	Infecções do Trato Urinário	Doença de Pele e do Tecido Conjuntivo
2017	AR em Unidades COM PRMFC	36 (27,7%)	21 (23,3%)	54 (30,9%)	52 (22%)
	AR em Unidades SEM PRMFC	94 (72,3%)	69 (76,7%)	121 (69,1%)	184 (78%)
2018	AR em Unidades COM PRMFC	23 (33,8%)	29 (36,3%)	38 (19,5%)	61 (18,9%)
	AR em Unidades SEM PRMFC	45 (66,2%)	51 (63,7%)	157 (80,5%)	262 (81,1%)
2019	AR em Unidades COM PRMFC	6 (14,6%)	11 (14,1%)	24 (12,5%)	36 (16,8%)
	AR em Unidades SEM PRMFC	35 (85,3%)	67 (85,9%)	167 (87,4%)	178 (83,1%)

AR*= altas referências

Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

Em valores absolutos, as unidades sem o programa apresentaram no período aproximadamente 2,6 vezes menos AR por HAS em comparação as UBS com em 2017; 2,7 e 1,08 vezes menos, em 2018 e 2019 respectivamente. Nota-se também que as unidades com PRMFC-SMSRJ apresentaram 1,6 ;3,0 e 0,8 vezes mais AR por doenças cerebrovasculares em comparação as UBS sem o programa, conforme ilustra a tabela 5.

No que tange as AR por infecções do trato urinário por unidade com PRMFC-SMSJ, ao longo dos anos analisados, observou-se uma queda linear de 10,8 em 2017 para 7,6 e 4,8 em 2018 e 2019 respectivamente. Em contrapartida, as unidades sem o programa revelaram aumento gradual das AR por este mesmo grupo de condições, apresentando aumento de 4,6 em 2017 para 6,4 em 2019. No que tange às doenças de pele e do tecido conjuntivo, nota se aumento das relações de AR por UBS com e sem PRMFC-SMS RJ em 2018, de 10,4 para 12,2

e de 7 para 10,7, respectivamente, seguido de queda também em ambos os grupos em 2019 , 7,2 nas UBS com PRMFC e 6,8 nas unidades sem.

Tabela 6 – Relação de altas referenciadas por condição proporcionais ao tipo de unidade (com ou sem residência em MFC) na AP 3.1, Rio de Janeiro, 2017-2019.

Ano em Análise	Tipo de Unidade	HAS	Doenças Cerebrovasculares	Infecções do Trato Urinário	Doença de Pele e do Tecido Conjuntivo
2017	Relação de AR por Unidades COM PRMFC	7,2	4,2	10,8	10,4
	Relação de AR por Unidades SEM PRMFC	3,6	2,6	4,6	7
2018	Relação de AR por Unidades COM PRMFC	4,6	5,8	7,6	12,2
	Relação de AR por Unidades SEM PRMFC	1,7	1,9	6,03	10,7
2019	Relação de AR por Unidades COM PRMFC	1,2	2,2	4,8	7,2
	Relação de AR por Unidades SEM PRMFC	1,3	2,5	6,4	6,8

AR*= altas referências

Fonte de dados: Sistema Altas Referenciadas-SUBPAV.

8- LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo possui limitações quanto à sua validade interna, pois sofre influências na codificação das doenças pela CID-10 na AIH e no preenchimento da AR quer seja pelo conhecimento do médico ou por outros fatores organizacionais da unidade hospitalar.

Há que se considerar que a cobertura de saúde pelos planos privados é presente, havendo uma parte das internações que ocorrem no setor privado, e que não estão sendo consideradas na análise deste estudo.

Ressalta-se ainda que, por se tratar de um indicador de atividade hospitalar, os dados apresentados pelo indicador de ICSAP podem ser afetados pelo registro e pela tendência no comportamento dos leitos hospitalares. Como as internações consideradas referem-se somente a

hospitalizações públicas, já era esperado que territórios com maior cobertura de planos privados de saúde tivessem menores taxas de ICSAP, pelo desvio de internações para a rede privada. Destaca-se ainda que devido a análise de um período curto de tempo, este estudo apresenta limitação para estimar a correlação entre a cobertura da ESF e as ICSAP (PEREIRA et al., 2014).

Outro fator que pode contribuir para o fragilizar os resultados encontrados foi a instabilidade política, somada a uma crise econômica e social ocorrida no período analisado, gerando a necessidade de implementação de medidas de ajuste fiscal sobre as políticas sociais.

No âmbito do SUS, foram adotadas ações de contenção de custos com o congelamento de gastos via emenda constitucional, a mudança nos blocos de financiamento, apoio aos planos privados de saúde populares e mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleciam restrições na composição das equipes e de cobertura populacional dos serviços da ESF, representado um grande retrocesso no marco institucional no país, por seu caráter focalizado em detrimento da abordagem integral de APS (ALVES MELO et al., 2019; MARTINS ALEX e DAVID HMSL, 2019).

Entre 2017 e 2018, os gestores municipais cariocas anunciaram déficit no orçamento municipal, ocasionando atrasos no pagamento dos salários dos profissionais contratados por algumas organizações sociais da saúde (OSS), demissões de ACS e redução de horário de funcionamento em algumas unidades (ALVES MELO et al., 2019). Em resposta a essas decisões, ocorreu um processo de resistência de trabalhadores da saúde com movimentos de greve, impactando negativamente o acesso ao serviço, o que pode ter ocasionado a saída de profissionais da saúde e a diminuição da chegada de novos profissionais. Fato exemplificado pela redução das unidades do PRMFC-SMSRJ em 2019, passando de 5 para 2 UBS campus do programa na AP 3.1. Além disso, em 2018 a Secretaria Municipal de Saúde havia proposto novos tipos de equipes de saúde com base na PNAB 2017, com composição profissional frágil e alto número de usuários por equipe, o que pode estar relacionado ao aumento das Taxas de AR por ICSAP em 2018 (ALVES MELO et al., 2019).

9-DISCUSSÃO

A cidade do Rio de Janeiro experimentou um aumento significativo da cobertura da ESF a partir de 2009, partindo de uma cobertura de 6,94% em janeiro de 2009, para 46,16% em dezembro de 2015. Esse aumento foi acompanhado de ajustes na organização dos serviços e no

estímulo à qualificação dos serviços e da formação de profissionais para atuação nesse nível de atenção (SANTOS et al., 2018). No entanto, segundo Caldas em seu estudo sobre ICSAP na AP 3 e 5, o efeito da expansão da cobertura eSF na redução da proporção de ICSAP não é imediato, ou seja, decorre em médio e longo prazo, sendo o ano de 2018 um ano destoante nessa associação.

Segundo a literatura nacional e internacional, a ampliação do acesso a serviços de Atenção Básica estaria associada à redução das ICSAP (PINTO e GIOVANELLA, 2018). Mendonça e colegas (2018) ressaltam que uma cobertura de ESF acima de 60% da população resulta em uma proporção menor que 20% das ICSAP no total de internações. Este estudo corrobora tal afirmação, tendo observado níveis de ICSAP de 15,3% em 2017, 14,0% em 2018 e de 11,7% em 2019.

Identificou-se também que, dos 19 grupos da lista nacional de internações por condições sensíveis à APS, 16 apresentaram redução no número de eventos no período analisado, mostrando assim uma qualificação do serviço ofertado como um todo.

Os fatores pelos quais os serviços de APS interferem na redução das condições de saúde também são diferentes para cada tipo de condição. A redução das internações por condições crônicas depende da longitudinalidade e coordenação do cuidado, sendo a permanência dos profissionais de saúde na ESF, em especial de médicos e enfermeiros, considerada um dos fatores críticos para o sucesso da ESF. Apesar do PRMFC-SMSRJ ter uma fixação do residente médico por 2 anos na mesma equipe, o preceptor médico assume a função de garantir a continuidade do cuidado fixando-se na equipe por tempo indefinido, contribuindo assim para a longitudinalidade do cuidado e sua influência nas ICSAP por doenças crônicas, como foi observado. Em contrapartida, Tonellie e colaboradores (2018) destacam, em seu estudo sobre rotatividade profissional na APS, que o tempo médio de permanência do profissional médico numa equipe de ESF é de 14,5 meses, ou seja quase metade do tempo de atuação do residente em MFC, podendo a médio e longo prazo afetar as internações por morbidades duradouras.

Com relação às condições agudas e infecciosas, estas são dependentes do esforço das equipes em garantir o acesso em tempo oportuno e intervenções de efetividade e eficiência

comprovada. Diferente das equipes sem PRMFC-SMS, as equipes de AB contam com a carga horária de 40 horas semanais de trabalho médico, enquanto as equipes com PRMFC-SS conseguem ofertar mais turnos de atendimento médico e garantir maior acesso para a população por contar com mais profissionais, afetando assim o número de internações por condições agudas.

Vale ressaltar ainda o impacto da recente mudança da PNAB, em 2017, que entre outras determinações, reconhece outras formas de organização da AB para além da saúde da família. O número recomendado de pessoas por EqSF passa a ser a faixa de 2.000-3.500 pessoas. O número mínimo de ACS/equipe, que era de 4 na PNAB anterior, não está definido na atual, passando, portanto, a ser de 1 ACS/equipe. Passa a haver recomendação de que os ACS devem cobrir 100% da população em condições de maior risco e vulnerabilidade (sem parâmetros objetivos usados nesta definição), e não mais 100% da população da EqSF. Foi retirada da PNAB de 2017 a previsão de que parte da carga horária dos profissionais (8 horas semanais) pudesse ser destinada para atividades de formação e a possibilidade de EqSF terem médicos com carga horária de 20 horas e 30 horas, ficando apenas 40 horas para todos os profissionais. As Equipes de Saúde Bucal, por sua vez, passam também a poder cobrir as unidades básicas tradicionais. Os Nasf, por sua vez, passam a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- -AB), suprimindo a noção de ‘apoio’. Ainda que a nova PNAB 2017 traga a educação permanente como importante para o processo de trabalho da atenção básica, esta é dada em menor ênfase. (Melo et al 2018)

Em meados de 2018, documento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – “Reorganização dos Serviços de APS – Estudo para Otimização de Recursos” previa, dentre outras medidas, a extinção de 184 EqSF e 55 equipes de Saúde Bucal (cerca de 1400 postos de trabalho), e propunha nova tipologia de equipes, com base na PNAB 2017, com frágil composição profissional e alto número de usuários por equipe. (Melo et al;2019)

O município do Rio de Janeiro encerrou o ano de 2018 com cobertura potencial abaixo de 60% e com uma população-estimada pelo IBGE para 2019 de 6.718.903 (IBGE, 2019), evidenciando-se uma nova queda na cobertura potencial populacional de eSF, de apenas 52,1%, aproximando-se dos valores de 2015. Deve-se destacar que ainda se está coberto abaixo dos valores preconizados pelo Ministério da Saúde, onde a meta de cobertura ESF para cidades com porte populacional do Rio de Janeiro é de 70%. (Caldas;2020)

Entre 2017 e 2018, os gestores anunciaram déficit no orçamento municipal, passando, em 2018, a acontecer atrasos no pagamento de salários de profissionais de serviços gerenciados por algumas OSS em áreas da cidade, demissões de ACS e reduções do horário de funcionamento de unidades. Além dos esperados impactos no acesso, um dos efeitos prováveis deste processo foi a saída de profissionais e a diminuição da chegada de profissionais.(Melo et al;2019)

Neste período, como forma de resistência, destacou-se um movimento de trabalhadores da rede municipal - “Nenhum serviço de saúde a menos”, realizando manifestações e atuação junto a órgãos sindicais, legislativos e judiciários. Também aconteceram greves, com interrupção parcial do funcionamento dos serviços, durante vários meses.(Melo et al;2019)

Ainda que o trabalho na APS em condições politicamente estáveis pressuponha atuação interdisciplinar e em equipe para a integralidade das ações, existem vários fatores que podem influenciar a prestação de serviço ofertado, como as condições sociodemográficas,número de habitantes por equipes, padrão de utilização de serviços, prevalência de doenças na população, existência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos, manejo clínico adequado e facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar. (PAZO et al., 2014).

Dimitrivová (2016) observou em seu estudo que altas taxas de ICSAP estavam associadas a menores níveis de renda. Sabe-se que piores condições socioeconômicas afetam o acesso aos serviços de saúde, modificando o padrão de utilização dos mesmos, dando preferência ao uso de serviços de emergência, prejudicando a adesão ao tratamento, dificultando a adoção de hábitos saudáveis e provocando maior fragilidade da rede de suporte social (PAZO et al., 2014). A maior heterogeneidade das condições socioeconômicas dos territórios adscritos pelas unidades sem PRFMC-SMSRJ e o número muito maior delas na comparação pode ter influenciado os resultados observados quanto às AR por ICSAP.

Apesar dos resultados deste estudo evidenciaram que a presença do Programa de Residência em Medicina da Família e Comunidade não demonstrou diferença estatisticamente significativa no quantitativo de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, pode-se inferir benefícios do programa para a rede, por meio do fornecimento de profissionais mais preparados para atuar nas UBS, com ganhos para a população, de médio e longo prazo,

vista a redução do número de AR tanto no grupo das doenças crônicas quanto no das agudas. Vale salientar também que em áreas onde historicamente o acesso aos serviços de saúde encontrava-se limitado, um aumento temporário das internações pode ser resultado de uma melhoria do acesso, sendo preciso realizar uma análise temporal maior para poder se avaliar o real impacto deste programa de especialização na área estudada (PAZO, 2014).

10- CONCLUSÃO

No Brasil, muitas foram as conquistas da APS ao longo dos últimos anos. A ampliação da cobertura da ESF, o aumento do número de equipes do NASF, a expansão do quantitativo de médicos em territórios de difícil fixação de profissionais e o investimento em qualificação das equipes são aspectos relacionados à melhoria dos serviços primários e à redução das desigualdades em saúde. Evidências demonstram as repercussões positivas em indicadores de saúde em consequência da expansão da ESF, como a redução das mortalidades infantil, cardiovascular e cerebrovascular. O presente estudo mostra o impacto de serviços de APS de qualidade na ocorrência de ICSAP, mesmo em contextos de desigualdade social. No entanto, se fazem necessários mais estudos para avaliar a qualidade da atenção prestada pela APS, o ensino em saúde e os benefícios para a saúde nacional.

Pode-se observar que na AP 3.1 do Rio de Janeiro, a APS impactou positivamente nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, demonstrando uma tendência para redução tanto na taxa, quanto na proporção desse indicador, apesar do desafio de fixação profissional nesta região, em especial o médico, devido às áreas de risco social, instabilidade política e à concentração de médicos nas zonas sul e central do município.

Apesar das AR por ICSAP nas unidades onde se estabelecem os Programas de Residência de Medicina da Família e Comunidade do Rio de Janeiro serem maiores do que nas mais unidades sem o programa, este achado pode refletir o aumento do acesso da população aos serviços no nível hospitalar de atenção à saúde e à alta vulnerabilidade social local. Este estudo colabora, assim, para a tomada de decisão de gestores, para o olhar dos profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção, educadores e estudantes da área da saúde, pois valida os impactos esperados na taxa de ICSAP em unidades do PRMFC SMSRJ e norteia a importância da discussão dos modelos de atenção e da formação de profissionais para a atuação na APS.

A criação de estudos que permitam comparações futuras, entre os municípios brasileiros e tipos e eSF, apesar de suas limitações, torna-se fundamental para demonstrar a real necessidade de continuidade nos investimentos em APS e na qualificação desta através do PRMFC ,buscando melhorias na organização e coordenação do cuidado, principalmente em contextos de grandes iniquidades sociais, como o da capital Rio de Janeiro.

11- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3, pp.356-362. ISSN 0100-5502. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>.
2. ALVES, Eduardo et al. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil Ciênc. saúde coletiva 24 (12) 25 Nov 2019 Dez 2019
3. AMORETTI , R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bra Educ Med. 2005; 29(2):136-46
4. BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
5. BRASIL. Ministério da Saúde-Secretaria Executiva Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Ministério Saúde, 2000.44p. il.
6. BRASIL. 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 Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012
7. Caldas, Ana Luiza Ferreira Rodrigues.Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro:internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) como indicador de efetividade de 2008 a 2018. CDD – 23.ed. – 362.12098153
8. CAMINAL , J et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004 Sep;14(3):246-51.

9. COORDENAÇÃO DA AP 3.1, SUBPAV/SMSDC-Rio de Janeiro, ANEXO TÉCNICO I: INFORMAÇÕES SOBRE A ÁREA DE PLANEJAMENTO 3.1 , setembro de 2009, disponível em : <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/188552/DLFE-190313.pdf/1.0>
10. COSTA, NR; PINTO, LF. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Cien Saude Colet* 2002; 7(4):907-923.
11. LEMOS, Cristiane . Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?, *ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):913-922, 2016
12. SORANZ, Daniel Ricardo . *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/882> - Capa > v. 9, n. 30 (2014)
13. DEININGER, LSC et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 9(1):228-36, jan., 2015 DOI: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201531
14. ELIAS, A et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006;11(3):633-641.
15. FARIA, Lina et al . Integração ensino-serviço-comunidade nos cenários de práticas na formação interdisciplinar em Saúde: uma experiência do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) no sul da Bahia, Brasil . *Interface (Botucatu)* vol.22 no.67 Botucatu Oct./Dec. 2018 Epub June 04, 2018, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0226>
16. FEUERWERKER, L. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface (Botucatu)* 1998; 2(3):51-71.
17. GONÇALVES, RJ ET AL. Ser Médico no PSF: formação e trabalho. *Revista Brasileira de Educação Médica* . 33 (3) : 393 – 403 ; 2009
18. IZECKSOHN ,MMV et al . Preceptoria em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção, *Ciência & Saúde Coletiva* Print version ISSN 1413-8123 On-line version ISSN 1678-4561 , *Ciênc.*

19. JUSTINO, AL ; OLIVER, LL ; MELO, TP. Implantação do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5):1471-1480, 2016 .DOI: 10.1590/1413-81232015215.04342016
20. LEÃO, CDA; CALDEIRA, AP . Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11):4415-4423, 2011
21. LERMEN, N. Análise comparativa da avaliação da Atenção Primária à Saúde prestada por parte de Médicos com e sem especialização em Medicina de Família e Comunidade atuantes na Estratégia de Saúde da Família do município de Florianópolis – Brasil. *Università di Bologna*; 2011.
22. MACHADO, MH. (Coord.). Perfil dos médicos e enfermeiros do PSF no Brasil e grandes regiões: Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
23. MARTINS, ALX; David, HMSL. Crise e enfermagem na atenção primária , *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2019; 27:e42472
24. MELO,EA et al, Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde debate* | Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 38-51, Setembro 2018. doi: 10.1590/0103-11042018s103
25. MELO,EA et al A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Opinião • Ciênc. saúde coletiva* 24 (12) 25 Nov 2019Dez 2019 • <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>
26. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de Agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 22 Ago. 2007. Seção 1. [Links]
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto no 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei no 8.080/90, *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 1, 29 jun. 2011. Seção 1.
28. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção a Saúde. Sistema de Internações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). ,indicador 19, 2008 disponível em <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>

29. MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.
30. OLIVEIRA, VG et al Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):85-8.Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)85](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)85)
31. _____. Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014;9(30):85-8.Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)850](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850)
32. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – avaliação dos três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura e processo ,2013
33. PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 331-342, OUT 2014
34. PICCINI et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2006;11(3):657-667. 4.
35. PINTO, LF; SORANZ, DR. Planos privados de assistência à saúde: cobertura populacional no Brasil. Cien Saude Colet 2004; 9(1):85-98
36. PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO 2014 – 2017 , Secretaria Municipal de Saúde www.rio.rj.gov.br/web/SMS Rio de Janeiro – 2013
37. RODRIGUES, RB; SILVA , NC ; ROCHA,TAH. Atração e Retenção do Profissional Médico e os Desafios para a Estratégia Saúde da Família. XXXIV Encontro da ANPAD. 2010

38. ROSA, SD; LOPES, RE. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. Revista Trabalho, Educação, Saúde. RJ, v.5, n.3, p. 479-498, nov. 2009/fev. 2010
39. SAMPAIO, PEDRO DE GALES PERPÉTUO ROCHA PITTA. Residência em Medicina de Família e Comunidade: dois programas brasileiros. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
40. SANTOS, LPR et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Cad. saúde colet. [online]. 2018, vol.26, n.2, pp.178-183. ISSN 2358-291X.
41. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro, edição revista, atualizada e aumentada: SMS, 2016. 180p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)
42. SOUSA, NP et al. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. Rev Bras Enferm [Internet].2016;69(1):106-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690116i>
43. STARFIELD ,Barbara. Is primary care essential? Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, MD 21205, USA ,Volume 344(8930) 22 October 1994 pp 1129-1133
44. _____. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
45. TONELLI, BQ et al . Rotatividade de profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. RFO UPF, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 180-185, maio/ago. 2018
46. TRAVESSOS, N; NOVAES, B. Investigação e avaliação em serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 2004;20(2):144-145.

Anexo 1

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

3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21

8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Eplepsias	

14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75

17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Ministério da Saúde, Portaria Nº 221, 17 de abril de 2008.