



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Políticas de Provimento e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um Distrito Sanitário de Salvador

Caíque Beijes da Paixão

Salvador (Bahia)
Julho, 2017

FICHA CATALOGRÁFICA

(elaborada pela Bibl. SONIA ABREU, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

| | |
|---------------------|--|
| Número de Cutter | Paixão, Caíque Beijes da Políticas de Provimento e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um Distrito Sanitário de Salvador/ Caíque Beijes da Paixão. (Salvador, Bahia): CB, Paixão, 2017 |
| | Número de páginas iniciais numeradas com algarismos romanos + número de páginas numeradas com algarismos arábicos, seguido de p.): (ESPAÇO) il. (se o trabalho tem ilustrações, fotos, e ou desenhos) |
| | Monografia, como exigência parcial e obrigatória para conclusão do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da Bahia (UFBA) |
| | Professor orientador: Prof. Dr. José Luiz Moreno Neto Co-orientadora: Profa. Dra. Jorgana Fernanda Soares Souza |
| | Palavras chaves: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Internação. 3. Programas de Provimento. 4. Condições Sensíveis à Atenção Primária. I. Neto, José Luiz Moreno. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da Bahia. III. Título. |
| | CDU: ??? |



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Políticas de Provimento e internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um Distrito Sanitário de Salvador

Caíque Beijes da Paixão

Professor orientador: **Prof. Dr. José Luiz Moreno Neto**
Co-orientadora: **Profa. Dra. Jorgana Fernanda Soares Souza**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2016.2, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Julho, 2017

Monografia: *Associação entre políticas de provimento na Atenção Primária e internações por causas sensíveis à Atenção Primária em distrito sanitário de Salvador, de Caíque Beijes da Paixão.*

Professor orientador: **Prof. Dr. José Luiz Moreno Neto**
Co-orientadora: **Profa. Dra. Jorgana Fernanda Soares Souza**

COMISSÃO REVISORA:

- **José Luiz Moreno Neto** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rafaela Cordeiro Freire**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Eduardo José Farias B. dos Reis**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VIII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em
____ de _____ de 2017

Cada um tem sua raridade: selo, flor, dente de elefante. Uns têm até felicidade! Eu tenho ... (extraído do poema “Retrato Falante”, de **Cecília Meireles**)

À minha mãe Cátia, e à minha avó
Lourdes

EQUIPE

- Caíque Beijes da Paixão, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: caique.paixao@yahoo.com;
- Prof. Dr. José Luiz Moreno Neto, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA;
- Profa. Dra. Jorgana Fernanda Soares Souza, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
➤ Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

AGRADECIMENTOS

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 2 |
| ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS | 3 |
| I. RESUMO | 5 |
| II. OBJETIVOS | 6 |
| III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 7 |
| IV. METODOLOGIA | 12 |
| V. RESULTADOS | 14 |
| VI. DISCUSSÃO | 23 |
| VII. CONCLUSÕES | 28 |
| VIII. SUMMARY | 29 |
| IX. REFERÊNCIAS | 30 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DSSF - Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário

eSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ICsap - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PITS - Projeto de Interiorização do Trabalho em Saúde

PMM - Programa Mais Médicos

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

SIH - Sistema de Informações Hospitalares

SUS - Sistema Único de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Lista de Figuras

Figura 1. Média anual de médicos com vínculo com a prefeitura e com vínculo com programas de provimento. 2010 a 2016.

Figura 2. Proporção de internações hospitalares por causas gerais e sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, 2010-2016.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Média e Desvio Padrão da quantidade de eSF com médicos em Salvador. 2010 a 2016.

Tabela 2. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2013.

Tabela 3. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2014.

Tabela 4. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2015.

Tabela 5. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2016.

Tabela 6. Número de unidades de atendimento da Atenção Primária à Saúde por Distrito Sanitário de Salvador. 2016.

Tabela 7. Número de equipes de Saúde da Família e médicos do Programa Mais Médicos por Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, no início de 2017.

Tabela 8. Total de Internações Hospitalares e por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, Salvador, 2010 a 2016.

Tabela 9. Proporção de causas específicas de internamento por condições sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, Salvador, 2010-2016.

Tabela 10. Dados não coletados por impossibilidade metodológica

I. RESUMO

Fundamentação: Numa realidade de baixa cobertura da Atenção Primária e de grandes áreas desassistidas, surgem os Programas de Provimento (Programa de Valorização de Profissionais da Atenção Básica [PROVAB] e Programa Mais Médicos[PMM]) com o objetivo de distribuir médicos pela regiões prioritárias e melhorar o acesso a à Atenção Primária à Saúde, com intuito de contribuir para melhoria dos níveis de saúde da população nessas regiões e, quem sabe, diminuir as taxas de internações por condições sensíveis à Atenção Primária.

Objetivo: Analisar se houve mudança nas proporções de internamentos no Subúrbio Ferroviário por condições sensíveis à APS após a implantação das Políticas de Provimento da APS (PROVAB e PMM)

Métodos: Estudo ecológico de séries temporais com dados secundários referentes ao provimento de médicos, pela prefeitura e pelos Programas de Provimento, e internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. Os dados foram obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, no site da Secretaria Municipal de Saúde e no Sistema de Informações Hospitalares.

Conclusão: No período delimitado no estudo, entre 2010 e 2016, houve um aumento de 71,3% do número de médicos em eSF na cidade de Salvador, sendo dois terços das USF presente no DSSF. Esse aumento se deu por conta da inserção dos Programas de Provimento, a partir de 2013, sendo o PMM o mais importante longitudinalmente. As Internações Sensíveis à Atenção Primária, no período do estudo, reduziram de maneira global de 21,8% em 2010 para 8,2% 2016, concomitante com o aumento da cobertura, sugerindo uma possível associação entre elas.

Palavras-chave: 1. Atenção Primária à Saúde; 2. Internação; 3.Programas de Provimento; 4. Condições Sensíveis à Atenção Primária.

II. OBJETIVO

Analisar se houve mudança nas proporções de internamentos no Subúrbio Ferroviário por condições sensíveis à APS após a implantação das Políticas de Provimento da APS (PROVAB e PMM)

- Descrever a tendência de internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre 2010 e 2016, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, na cidade de Salvador.
- Analisar o incremento da cobertura da Estratégia Saúde da Família no município de Salvador e Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, a partir de 2013, em razão da contratação de médicos oriundos de Programas de Provimento.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a estruturação de um sistema de saúde resolutivo, e a eficiência pode ser medida pela sua qualidade e cobertura. Esse nível de atenção é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde¹, o que reduziria significativamente a procura por serviços de atenção secundária ou terciária sem necessidade real e, ainda, as taxas de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)².

O conceito de APS, também conhecido como Atenção Básica, de interesse para o presente estudo é o que consta na Política Nacional da Atenção Básica, publicada em 2012, aprovada pela portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011³:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012)

A APS deve ser a principal porta de entrada ao SUS, e deve ser o nível de atenção a manter maior proximidade com o usuário. Deve ser descentralizada e capilarizada, próxima da população, e orientando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ela cuida do sujeito a partir de sua singularidade e inserção sociocultural, com o objetivo de produzir a atenção integral³.

Opta-se por utilizar o termo Atenção Primária à Saúde, em detrimento do utilizado pela Política Nacional (Atenção Básica), pela correspondência com o termo utilizado pela literatura internacional: *Primary Health Care*.

No Brasil, a APS se estrutura através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surge inicialmente com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa Saúde da Família nasce, em dezembro de 1993, fundamentado em algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País. Surge como uma proposta ousada para a reestruturação do sistema de saúde, organizando a Atenção Primária e substituindo os modelos tradicionais existentes⁴

Anterior ao PSF, foi implantado pelo Ministério da Saúde o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de mortalidade infantil e materna na região nordeste do Brasil àquela época, o que gerou uma nova categoria de trabalhadores com função de intermediar a interlocução entre governo e comunidade⁵, e que, mais tarde, matriciaria o PSF no Brasil⁶.

O PSF, hoje com status de Estratégia de Saúde da Família (ESF), adquiriu uma visibilidade importante devido ao fato de ter assumido uma responsabilidade fundamental no modelo de saúde brasileiro, qual seja, a de reorganizá-lo. Assim, funcionando como porta de entrada, tem tentado resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. O acesso à saúde atingiu vários avanços desde a instituição do Sistema Único de Saúde, sendo a expansão da Atenção Primária através da ESF uma de suas estratégias mais felizes, mesmo com as inúmeras limitações que se percebe na prática de diversos municípios.⁶

Uma das formas de se avaliar a qualidade da Atenção Primária em determinado local é através do uso das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) como indicador. O uso das ICSAP como tal foi inicialmente feito nos EUA, e posteriormente em outros países⁷. No Brasil, estudos apontam redução das ICSAP no SUS em residentes de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul^{8,9,10}, mas a inexistência de uma lista padronizada impede a reproduzibilidade dos dados dessas pesquisas brasileiras. Nesse contexto, surge o Projeto ICSAP – Brasil, que cria e padroniza uma lista brasileira através da análise, por profissionais capacitados, de listas correlatas

propostas na literatura tanto brasileira quanto internacional e de consulta pública sobre as patologias a constar na mesma, a fim de se obter uma única lista padrão que seja mais completa e adequada para a atual realidade brasileira⁷.

Essa lista nacional de ICSAP organiza uma série de patologias e complicações capazes de causar internações hospitalares, mas passíveis de prevenção através de uma Atenção Primária bem estruturada, capaz de prevenir e lidar com os agravos de saúde, e que funcione como porta de acesso ao Sistema Único de Saúde. Além da existência dessa lista, para que haja efetividade da ESF na APS, é necessário que profissionais estejam dispostos a ir trabalhar nas áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde da família¹¹. Nesse contexto, o governo institui Políticas de Provimento, na tentativa de atrair profissionais para essas regiões.

Ao longo do tempo, existiram diversas políticas de provimento de médicos para suprir a demanda de atenção à saúde de áreas desassistidas. Temos como exemplos o Projeto Rondon, que existiu durante a ditadura militar com o objetivo de levar estudantes a atuarem em locais de difícil acesso; e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), que surge na década de 1990, na época do surgimento do PSF, oferecendo incentivos para profissionais da medicina e da enfermagem, sendo esse o responsável pela ampliação do acesso e da cobertura assistencial de várias áreas carentes de atendimento à saúde¹², numa realidade de SUS recém criado. Atualmente, temos como programas de provimento o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM).

O PROVAB, instituído através da portaria interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011¹³, tem como objetivo estimular e valorizar o profissional da saúde - médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, que atua em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, nos municípios considerados áreas de difícil acesso e provimento ou de populações de maior vulnerabilidade, definidos com base nos critérios fixados pela Portaria nº 1.377 de 13 de junho de 2011¹⁴. Esse estímulo é feito através de um incentivo financeiro por meio de uma bolsa no valor por volta de dez mil reais, além de um acréscimo de 10% a 20% na nota final de

concursos de residência médica (1 ou 2 anos completos, respectivamente)¹⁵, num regime de trabalho de 40h semanais, com tempo de permanência mínimo de 1 ano¹⁶.

Já o PMM, criado pela Medida Provisória nº 621, publicada em 8 de julho de 2013 e regulamentada em outubro do mesmo ano pela Lei nº 12.871^{17,18}, é um programa de provimento focado apenas no profissional médico, que também prevê investimento em infraestrutura dos hospitais e unidades de saúde e alterações curriculares nas graduações e residências médicas, com o objetivo de se obter profissionais melhor capacitados para a realidade da APS^{17,18}.

Com o surgimento desses programas, é obtida melhor distribuição de médicos em locais antes desassistidos por esses profissionais, aumentando a cobertura de APS em várias cidades do Brasil, inclusive Salvador, através da distribuição desses profissionais nas áreas periféricas da cidade.

A cobertura da ESF em Salvador, de janeiro 2010 a janeiro de 2013, antes de serem instituídos os programas de provimento, encontrava-se por volta de 12-14%, tendo progredido para cerca de 28% em dezembro de 2016 (3 anos após a instituição do PROVAB e do PMM)¹⁹. Comparando os dados da cobertura da ESF de Salvador com os do Brasil (51% em janeiro de 2010 e 64% em dezembro de 2016)¹⁹ percebe-se que houve um avanço importante na cobertura da cidade. No entanto, a média municipal ainda equivale a menos da metade da média nacional, o que sugere uma falta de interesse dos gestores desse período em fortalecer a APS no município.

Para melhor organização administrativa do SUS, a lei 8080/88 institui como princípio a regionalização²⁰, que implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, levando em conta a divisão político-administrativa do país, mas também contemplando a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo²¹. Seguindo esse princípio do SUS, o município de Salvador, capital do estado da Bahia, ocupa uma extensão territorial de 693,3km²². A sua organização político-administrativa compreende 10 Regiões Administrativas, denominadas Prefeituras Bairros (Mapa 01), e 12 Distritos Sanitários, a saber Barra/Rio Vermelho, Centro Histórico, Boca do Rio, Brotas, Cabula/Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário^{22,23}.

O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) é um dos maiores territórios de pobreza de Salvador, com população majoritariamente negra, pobre e com baixa escolaridade, vítimas dos maiores índices da violência urbana no contexto metropolitano²⁴, caracterizando-se como área prioritária das Políticas de Provimento e, por isso, ter recebido importante quantidade de médicos do PROVAB e do PMM. Esse distrito tem uma densidade demográfica de 5905 hab/km² (a segunda menor dos distritos), com porcentagem de idosos de 7,60% (cerca de metade da porcentagem do distrito com mais idosos: Centro Histórico, 15,70%) e coeficiente de mortalidade infantil de 22,8/1000 nascidos vivos (segundo distrito de maior coeficiente)^{22,23}.

Conhecer a influência do aumento da cobertura da APS, especialmente através da ESF, nos indicadores de saúde, em especial nas ICSAP, fundamenta de maneira factual a real necessidade dos programas de provimento na realidade Brasileira e nos dá uma ideia de suas possíveis potencialidades.

IV. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo entre 2010 e 2016. Escolhe-se o período entre 2010 a 2016, pois foi no ano de 2013 que os primeiros médicos recrutados pelo PROVAB e pelo PMM começaram a trabalhar nas equipes de saúde da família (eSF), podendo-se fazer uma comparação da realidade da Atenção Primária antes dos programas de provimento (2010-2012) e durante esses programas (2013-2016).

Foram coletados dados de números absolutos de eSF com médicos existentes em Salvador de 2010 a 2016, destrinchando-se as equipes provenham da prefeitura (através de contratos por tempo determinado, ou concursos) ou de programas de provimento (PROVAB ou PMM). Desses dados, do ano de 2010 a 2012, calcula-se as médias anuais de eSF existentes, com seus respectivos desvios padrões, visto que, nesse período, os programas de provimento que são foco desse estudo ainda não estavam implementados. A partir de 2013 (ano de implementação de ambos) até o ano 2016, faz-se a coleta mensal dos dados, discriminando-se entre as fontes dos profissionais médicos (prefeitura ou programas de provimento).

Obtiveram-se o número atual de unidades de atendimento em APS (tanto unidade de saúde da família, quanto unidade básica de saúde), no DSSF, através do site da Secretaria Municipal de Saúde, e, por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), foi obtido o número de eSF em 2017 que são compostas por médicos vinculados a Programas de Provimento e quantos são vinculados à prefeitura.

Coletou-se também dados sobre internações hospitalares que ocorreram no distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário através do site <http://www.tabnet.saude.salvador.ba.gov.br>, que é um banco de dados da Secretaria Municipal de Saúde, o qual recebe dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, que é um sistema do DATASUS com objetivo de registrar todos os atendimentos provenientes de internações hospitalares que foram financiadas pelo SUS.

Calculou-se a proporção, em valores percentuais, de ICSAP no distrito sanitário do Subúrbio Ferroviário nos anos do estudo. No numerador, empregou-se o total de ICSAP nesse distrito. No denominador, foi utilizado o total de internações no distrito.

Calcularam-se também os valores percentuais das internações pelos 20 grupos de condições sensíveis à Atenção Primária, validados por uma pesquisa nacional de grande espectro⁶, com relação ao valor total de ICSAP no distrito. Os grupos de condições sensíveis validados são: 1. Doenças imunizáveis (A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19), 2. Condições evitáveis (A15-A16, A18, A17.1-A17.9, 00-I02, A51-A53, B50-B54, B77), 3. Gastroenterites infecciosas e complicações (A00-A09, E86), 4. Anemia (D50), 5. Deficiências nutricionais (E40-E46, E50-E64), 6. Infecções do ouvido, nariz e garganta (H66, J00-J03, J06, J31), 7. Pneumonias bacterianas (J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1), 8. Asma (J45-J46), 9. Doenças das vias aéreas inferiores (J20, J21, J40-J44, J47), 10. Hipertensão (I10-I11), 11. Angina pectoris (I20), 12. Insuficiência cardíaca (I50, J81), 13. Doenças cérebro-vasculares (I63-I67, I69, G45-G46), 14. Diabetes mellitus (E10-E14), 15. Epilepsias (G40-G41), 16. Infecções do rim e do trato urinário (N10-N12, N30, N34, N39.0), 17. Infecções da pele e do tecido subcutâneo (A46, L01-L04, L08), 18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos (N70-N73, N75-N76), 19. Úlcera gastrintestinal (K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2), 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23, A50, P35.0).

V. RESULTADOS

Nos anos de 2010 a 2012, em Salvador, os médicos eram vinculados apenas à prefeitura. No período, o maior número médio de médicos foi no ano de 2011 (146 ± 5). Entre 2013 e 2016, houve aumento das eSF, com maior número médio para o ano de 2016 (236 ± 5).

Durante o período de 2010 a 2016, houve uma variação importante do número de eSF na cidade de Salvador. De 2010 a 2016 surgiram em média 97 equipes (Tabela 1), o que corresponde a um aumento global médio de 71,3% do número de eSF na cidade. A partir do surgimento dos programas de provimento, em 2013, o número de equipes teve um crescimento anual, ocorrendo um aumento de 23,1% de 2012 para 2013, 27,5% de 2013 para 2014, 15,3% de 2014 para 2015 e 7,8% de 2015 para 2016, resultando no aumento global, de 2010 para 2016 (Tabela 1).

Tabela 1. Média e Desvio Padrão da quantidade de eSF com médicos em Salvador. 2010 a 2016.

| Ano | Média de eSF (\pm Desvio Padrão) |
|------|--|
| 2010 | 139 (± 12) |
| 2011 | 146 (± 5) |
| 2012 | 121 (± 11) |
| 2013 | 149 (± 16) |
| 2014 | 190 (± 10) |
| 2015 | 219 (± 4) |
| 2016 | 236 (± 5) |

Fonte: CNES

Na Figura 1, observa-se que o aumento do número de médicos nas eSF se deveu, a partir de 2013, à incorporação dos médicos de programas de provimento, tanto do PROVAB quanto do PMM.

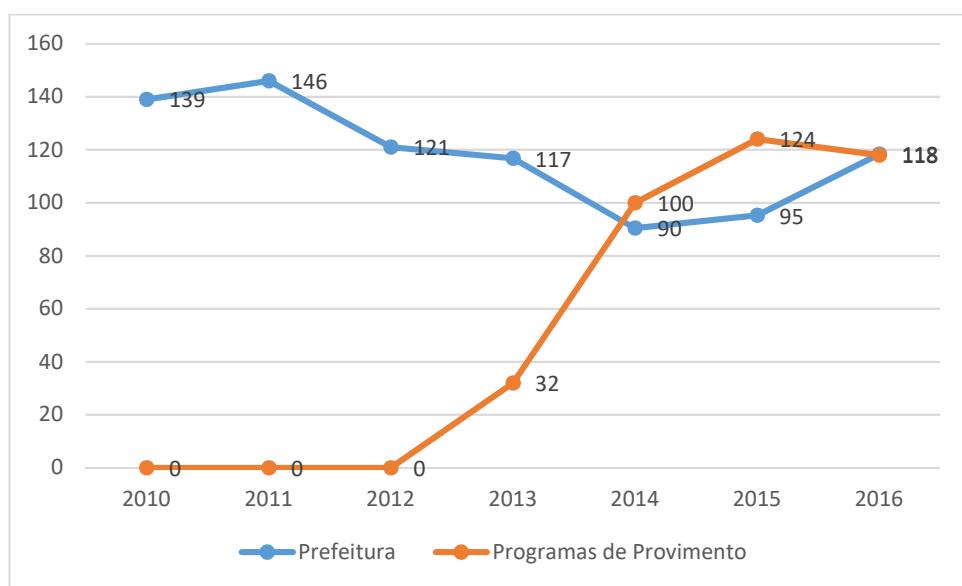


Figura 1. Média anual de médicos com vínculo com a prefeitura e com vínculo com programas de provimento. 2010 a 2016.

Em janeiro de 2013, na ESF, havia um total de 109 médicos, todos com vínculo com a prefeitura, iniciando a oferta de médicos pelos programas de provimento a partir de agosto, com aumento do número de médicos para 183 em dezembro, representando o incremento de 59,6%. Em agosto, a quantidade de médicos dos programas de provimento representava 45,3% dos médicos, terminando representando 47,0%, em dezembro. O PROVAB se mantém como principal programa de provimento, apesar de se manter em decréscimo, representando 44,6% dos médicos em agosto, e 35,5% em dezembro (Tabela 2).

Tabela 2. Cobertura de eSF em Salvador, oferecida pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2013.

| Mês | Prefeitura | % | PROVAB | % | PMM | % | % PROVAB + PMM | Total |
|-----|------------|-------|--------|------|-----|-----|----------------------|-------|
| Jan | 109 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 109 |
| Fev | 133 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 133 |
| Mar | 149 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 149 |
| Abr | 151 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 151 |
| Mai | 152 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 152 |
| Jun | 145 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 145 |
| Jul | 137 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 137 |
| Ago | 76 | 54,7 | 62 | 44,6 | 1 | 0,7 | 45,3 | 139 |

| | | | | | | | | |
|-----|----|------|----|------|----|------|------|-----|
| Set | 74 | 54,8 | 60 | 44,4 | 1 | 0,7 | 45,2 | 135 |
| Out | 88 | 50,3 | 65 | 37,1 | 22 | 12,6 | 49,7 | 175 |
| Nov | 90 | 50,3 | 66 | 36,9 | 23 | 12,8 | 49,7 | 179 |
| Dez | 97 | 53,0 | 65 | 35,5 | 21 | 11,5 | 47,0 | 183 |

Fonte: CNES

No ano de 2014, ambos os programas de provimento se mantiveram ofertando médicos para Salvador. Embora com pequeno decréscimo, observado entre janeiro e fevereiro, a proporção de médicos cujo vínculo era com os programas de provimento foi crescente, variando de 47,8% em janeiro a 52,6% em dezembro. O decréscimo observado no início do ano ocorre por conta do PROVAB, que cai de 34,9% em janeiro para 23,2% em março, se mantendo decrescente pelo resto do ano, atingindo 19,6% em dezembro. O acréscimo percebido pelos valores totais dos programas de provimento, ocorrido a partir de março, se dá às custas do PMM, que incrementa de 12,9% em janeiro para 29,1% em março, ficando por volta de 33,0% de agosto até dezembro. A partir de março de 2014, o PMM se torna o programa de provimento que mais oferta médicos para a APS de Salvador (Tabela 3).

Tabela 3. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2014.

| Mês | Prefeitura | % | PROVAB | % | PMM | % | % PROVAB + PMM | Total |
|-----|------------|------|--------|------|-----|------|----------------------|-------|
| Jan | 97 | 52,2 | 65 | 34,9 | 24 | 12,9 | 47,8 | 186 |
| Fev | 92 | 54,8 | 50 | 29,8 | 26 | 15,5 | 45,2 | 168 |
| Mar | 88 | 47,6 | 43 | 23,2 | 54 | 29,2 | 52,4 | 185 |
| Abr | 90 | 49,5 | 42 | 23,1 | 50 | 27,5 | 50,5 | 182 |
| Mai | 87 | 47,3 | 42 | 22,8 | 55 | 29,9 | 52,7 | 184 |
| Jun | 83 | 45,9 | 42 | 23,2 | 56 | 30,9 | 54,1 | 181 |
| Jul | 85 | 45,9 | 42 | 22,7 | 58 | 31,4 | 54,1 | 185 |
| Ago | 84 | 44,9 | 41 | 21,9 | 62 | 33,2 | 55,1 | 187 |
| Set | 91 | 46,0 | 41 | 20,7 | 66 | 33,3 | 54,0 | 198 |
| Out | 92 | 45,3 | 41 | 20,2 | 70 | 34,5 | 54,7 | 203 |
| Nov | 97 | 46,6 | 41 | 19,7 | 70 | 33,7 | 53,4 | 208 |
| Dez | 99 | 47,4 | 41 | 19,6 | 69 | 33,0 | 52,6 | 209 |

Fonte: CNES

Em 2015, a partir de março, o PMM se torna o único programa de provimento a ofertar médicos para a ESF, não havendo mais médicos do PROVAB na capital baiana a partir daí. O PROVAB mantinha 19,3% e 17,3% em janeiro e fevereiro, respectivamente, e o PMM 32,5% e 30,9%. Vale ressaltar o acréscimo de médicos ocorrido na prefeitura, entre janeiro e fevereiro, seguido por uma queda importante, de 52,1% em fevereiro para 40,6% em março. As proporções de médicos por programas de provimento se mantiveram como minoria até março, onde atingem a maioria e continuam como tal até dezembro. O incremento de médicos cujo vínculo era com programas de provimento foi de 47,8% em janeiro para 52,6% em dezembro (Tabela 4).

Tabela 4. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2015.

| Mês | Prefeitura | % | PROVAB | % | PMM | % | % PROVAB + PMM | Total |
|-----|------------|------|--------|------|-----|------|----------------------|-------|
| Jan | 102 | 48,1 | 41 | 19,3 | 69 | 32,5 | 51,9 | 212 |
| Fev | 113 | 52,1 | 37 | 17,1 | 67 | 30,9 | 47,9 | 217 |
| Mar | 88 | 40,6 | 0 | 0,0 | 129 | 59,4 | 59,4 | 217 |
| Abr | 88 | 40,6 | 0 | 0,0 | 129 | 59,4 | 59,4 | 217 |
| Mai | 91 | 42,1 | 0 | 0,0 | 125 | 57,9 | 57,9 | 216 |
| Jun | 95 | 44,0 | 0 | 0,0 | 121 | 56,0 | 56,0 | 216 |
| Jul | 86 | 39,6 | 0 | 0,0 | 131 | 60,4 | 60,4 | 217 |
| Ago | 88 | 40,6 | 0 | 0,0 | 129 | 59,4 | 59,4 | 217 |
| Set | 88 | 40,6 | 0 | 0,0 | 129 | 59,4 | 59,4 | 217 |
| Out | 94 | 42,9 | 0 | 0,0 | 125 | 57,1 | 57,1 | 219 |
| Nov | 104 | 45,2 | 0 | 0,0 | 126 | 54,8 | 54,8 | 230 |
| Dez | 106 | 46,1 | 0 | 0,0 | 124 | 53,9 | 53,9 | 230 |

Fonte: CNES

Já em 2016, ocorre uma estabilização entre o número de médicos com vínculo com a prefeitura e os com vínculo com o PMM, ocorrendo pequenas oscilações mensais de proporção. De janeiro a fevereiro existe uma queda do número de médicos do PMM (de 53,3% a 47,0%, respectivamente) e um acréscimo do número de médicos da prefeitura (de 46,7% a 53,0%, respectivamente). Entre março e abril as proporções continuam similares, para em maio aumentar a proporção de médicos do PMM (53%) e diminuir a da prefeitura (47,0%). Em junho, o PMM

continua com o mesmo número, havendo aumento da prefeitura, atingindo as novas proporções de 50,2% e 49,8%, respectivamente. Esses valores se mantêm próximos, com pequenas oscilações, até dezembro (Tabela 5).

Tabela 5. Cobertura de eSF em Salvador, ofertada pela Prefeitura e por Programas de Provimento, por mês, no ano de 2016.

| Mês | Prefeitura | % | PMM | % | Total |
|-----|------------|------|-----|------|-------|
| Jan | 107 | 46,7 | 122 | 53,3 | 229 |
| Fev | 122 | 53,0 | 108 | 47,0 | 230 |
| Mar | 126 | 54,8 | 104 | 45,2 | 230 |
| Abr | 126 | 54,8 | 104 | 45,2 | 230 |
| Mai | 108 | 47,0 | 122 | 53,0 | 230 |
| Jun | 121 | 49,8 | 122 | 50,2 | 243 |
| Jul | 123 | 50,6 | 120 | 49,4 | 243 |
| Ago | 117 | 48,1 | 126 | 51,9 | 243 |
| Set | 118 | 49,0 | 123 | 51,0 | 241 |
| Out | 116 | 48,7 | 122 | 51,3 | 238 |
| Nov | 114 | 48,3 | 122 | 51,7 | 236 |
| Dez | 123 | 51,7 | 115 | 48,3 | 238 |

Fonte: CNES

O número de USF em Salvador, no ano de 2016, era 62, sendo 33,9% delas no DSSF, sendo esse o distrito de maior proporção de unidades. O número total, e por distrito sanitário, de UBS na cidade era superior ao de USF (Tabela 6)

Tabela 6. Número de unidades de atendimento da Atenção Primária à Saúde por Distrito Sanitário de Salvador. 2016.

| Distrito Sanitário: | USF | % | UBS | % |
|---------------------|-----|------|-----|------|
| Barra-Rio Vermelho | 4 | 6,5 | 8 | 7,3 |
| Boca do Rio | 3 | 4,8 | 4 | 3,7 |
| Brotas | 2 | 3,2 | 6 | 5,5 |
| Cabula-Beiru | 6 | 9,7 | 18 | 16,5 |
| Cajazeiras | 8 | 12,9 | 9 | 8,3 |
| Centro Histórico | 2 | 3,2 | 8 | 7,3 |
| Itapagipe | 2 | 3,2 | 4 | 3,7 |
| Itapuã | 5 | 8,1 | 9 | 8,3 |
| Liberdade | 2 | 3,2 | 4 | 3,7 |
| Pau da Lima | 0 | 0,0 | 5 | 4,6 |
| São Caetano-Valéria | 7 | 11,3 | 11 | 10,1 |

| | | | | |
|----------------------|----|-------|-----|-------|
| Subúrbio Ferroviário | 21 | 33,9 | 23 | 21,1 |
| Total | 62 | 100,0 | 109 | 100,0 |

Fonte: SMS/Salvador

No início de 2017, o número de médicos do PMM representava mais de dois terços da totalidade de médicos dos distritos alocados em USF (Tabela 7).

Tabela 7. Número de equipes de Saúde da Família e médicos do Programa Mais Médicos por Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, no início de 2017.

| USF | Nº de Equipes | Médicos do Programa Mais Médicos |
|----------------------|---------------|----------------------------------|
| Bom Jesus dos Passos | 2 | 2 |
| Alto da Terezinha | 2 | 2 |
| Ilha Amarela | 4 | 2 |
| Ilha de Maré | 2 | 1 |
| Alto do Cruzeiro | 3 | 3 |
| Bate Coração | 4 | 3 |
| Nova Constituinte | 2 | 2 |
| Itacaranha | 3 | 2 |
| Cocisa | 4 | 3 |
| Fazenda Coutos II | 4 | 3 |
| Alto de Coutos II | 3 | 2 |
| Alto de Coutos | 2 | 2 |
| Rio Sena | 3 | 2 |
| Congo | 2 | 1 |
| Fazenda Coutos I | 3 | 2 |
| São João do Cabrito | 3 | 3 |
| São José de Baixo | 4 | 3 |
| São Tomé de Paripe | 3 | 0 |
| Fazenda Coutos III | 3 | 2 |
| Vista Alegre | 2 | 2 |
| Beira Mangue | 2 | 2 |
| Total | 60 | 44 |

Fonte: CNES

Com relação às internações hospitalares no período entre 2010 a 2016, houve um decréscimo no número absoluto, variando de 2.258 internações em 2010 a 1.239 em 2016. No que se refere às ICSAP, observa-se a mesma tendência, com redução de 493 internamentos em 2010 a 102 em 2016 (Tabela 8).

Tabela 8. Total de Internações Hospitalares e por Condições Sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, Salvador, 2010 a 2016.

| Ano | Total de internações | Internações por CSAP |
|------|----------------------|----------------------|
| 2010 | 2258 | 493 |
| 2011 | 1670 | 237 |
| 2012 | 1593 | 270 |
| 2013 | 1594 | 287 |
| 2014 | 1028 | 114 |
| 2015 | 1141 | 89 |
| 2016 | 1239 | 102 |

Fonte: SIH/SUS

Ao comparar as proporções de ICSAP e com as demais causas de internação hospitalar, observa-se que houve redução das ICSAP de 21,8% em 2010 a 8,2% em 2016, observando uma tendência de decréscimo do ano de 2013 ao ano de 2015, matendo valores próximos entre 2015 e 2016 (Figura 2).

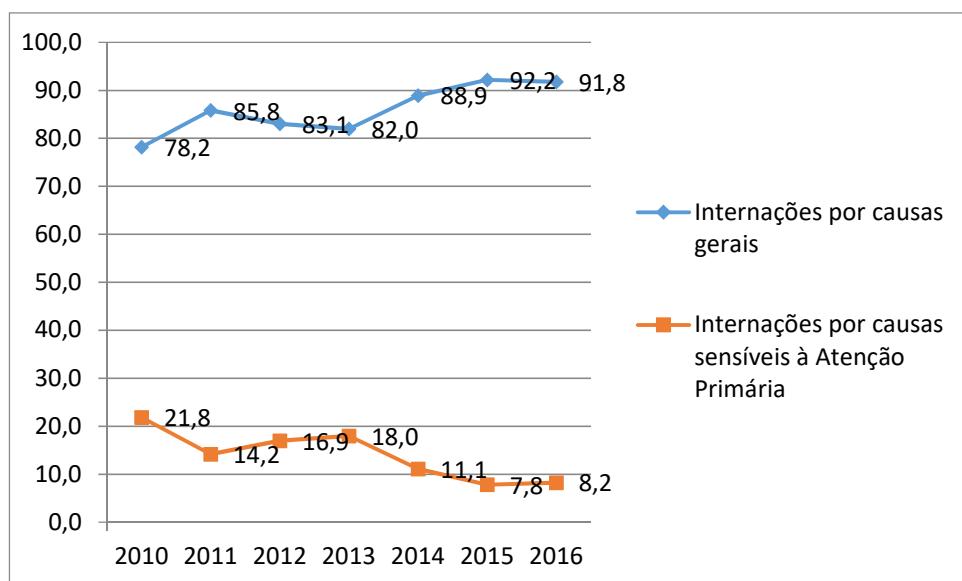


Figura 2. Proporção de internações hospitalares por causas gerais e sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, 2010-2016.

Dentre ICSAP, observa-se que, entre 2010 e 2016, houve decréscimo para todas elas no DSSF, com exceção para a doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos e doenças relacionadas ao pré-natal e parto. As doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos variaram entre 0,6% em 2010 a 11,2% em 2015, com pequena diminuição em 2016 (9,8%). As doenças relacionadas ao pré-natal e parto, aumentaram de 14,4% em 2010 para 85,3% em 2016, destacando-se o aumento de 33,1% em 2013 para 73,7% em 2014. Das que reduziram, destaca-se as gastroenterites infecciosas e

complicações, que mantiveram uma média de 7,5% entre 2010 e 2013, caindo para uma média de 1,5% de 2014 a 2016, demonstrando uma redução percentual de 80% (Tabela 9).

Tabela 9. Proporção de causas específicas de internamento por condições sensíveis à Atenção Primária, Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, Salvador, 2010-2016.

| CONDIÇÕES SENSÍVEIS | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1. Doenças imunizáveis* | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2. Condições evitáveis | 0,4 | 1,3 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 1,0 |
| 3. Gastroenterites infecciosas e complicações | 10,5 | 4,2 | 6,3 | 9,1 | 2,6 | 0,0 | 2,0 |
| 4. Anemia | 2,0 | 1,7 | 1,1 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 0,0 |
| 5. Deficiências nutricionais | 8,7 | 15,6 | 0,4 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 6. Infecções do ouvido, nariz e garganta | 0,6 | 0,8 | 3,7 | 8,7 | 0,9 | 0,0 | 0,0 |
| 7. Pneumonias bacterianas** | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 8. Asma | 7,7 | 3,0 | 5,2 | 2,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 9. Doenças das vias aéreas inferiores | 9,1 | 27,0 | 32,6 | 27,2 | 6,1 | 2,2 | 0,0 |
| 10. Hipertensão | 7,9 | 3,8 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 11. Angina pectoris | 3,2 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 12. Insuficiência cardíaca | 6,7 | 2,5 | 6,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 13. Doenças Cérebro-Vasculares | 13,2 | 5,1 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 14. Diabetes mellitus | 5,3 | 3,8 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 15. Epilepsias | 1,4 | 1,3 | 0,4 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 16. Infecções do rim e do trato urinário*** | 7,1 | 5,5 | 2,2 | 0,3 | 1,8 | 1,1 | 0,0 |
| 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo | 1,0 | 0,8 | 6,7 | 12,9 | 8,8 | 1,1 | 2,0 |
| 18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos | 0,6 | 2,1 | 5,2 | 4,9 | 5,3 | 11,2 | 9,8 |
| 19. Úlcera gastrointestinal**** | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto***** | 14,4 | 19,8 | 24,8 | 33,1 | 73,7 | 84,3 | 85,3 |
| Total de ICSAP no distrito do Subúrbio Ferroviário | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

*Com exceção do CID G00.0

**Coletado apenas dos CID J13 e J14, com exceção dos J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1

***Com exceção do CID N39.0

****Com exceção dos CID K92.0, K92.1, K92.2

*****Com exceção do CID P35.0

Fonte: SIH/SUS

Não foi possível coletar dados de CID de 4 dígitos, pois o máximo que a base de dados usada nessa pesquisa oferecia eram 3 dígitos, ficando de fora os códigos contidos na tabela 8. Os dados sobre tuberculose (A15-A19), quando pesquisados em conjunto, por códigos de 3 dígitos, não foram causa de internação no período do estudo, portanto não interferindo nos valores de internações por 1. Doenças Imunizáveis ou 2. Doenças Evitáveis. Por conta dos códigos de 7. Pneumonia serem majoritariamente de 4 dígitos, há uma importante subcoleta de dados dessa condição sensível (Tabela 10).

Tabela 10. Dados não coletados por impossibilidade metodológica

| CID-10 | Doenças | Condições Sensíveis |
|------------------------------------|--|--|
| G00.0 | Meningite por Haemophilus | 1. Doenças Imunizáveis |
| J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1 | Pneumonias | 7. Pneumonias Bacterianas |
| N39.0 | ITU de localização não especificada | 16. Infecção no rim e no trato urinário |
| K92.0 | Hematêmese | 19. Úlcera gastrointestinal |
| K92.1 | Melena | 19. Úlcera gastrointestinal |
| K92.2 | Hemorragia GI sem outra especificação | 19. Úlcera gastrointestinal |
| P35.0 | Síndrome da Rubéola Congênita | 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto |

VI. DISCUSSÃO

A presente estudo encontrou um aumento global médio no número de médicos em eSFs em Salvador, entre 2010 a 2016, resultando num aumento da cobertura da APS, às custas dos programas de provimento de médicos PROVAB e PMM.

O primeiro programa de provimento a ofertar quantidade significativa de médicos foi o PROVAB, com sua proposta de acréscimo de 10% às notas de provas de residência, o que resulta em queda de seus valores no início dos períodos letivos das residências, como observado em março de 2014.

O PMM, com uma proposta um pouco mais longitudinal que o PROVAB, tornou-se o maior responsável pela oferta de médicos por programas de provimento em 2014, o único em 2015, englobando inclusive os médicos do PROVAB e, também em 2015, o principal provedor de médicos, ultrapassando a oferta da prefeitura. Isso justifica a importância do PMM na análise dos dados de 2014 a 2016, conferindo a esse programa a maior responsabilidade do aumento da cobertura da APS em Salvador e, por consequência, a redução das ICSAP nesse período.

O DSSF, que é uma área prioritária dos programas de provimento, detinha, em 2016, 33,9% das USF de Salvador, que são a estrutura física onde as eSF se alocam e, portanto, demonstrou capacidade de comportar o aumento da cobertura de médicos promovida pelos PROVAB e PMM. Apesar do dado ser de 2016, o número de USF na cidade não sofreu grandes alterações nas duas últimas gestões da prefeitura, reforçando a robustez do dado. Outro fato importante é o fato de que, no início de 2017, mais de dois terços dos médicos das eSF do DSSF eram médicos do PMM, estando todas as USF com eSF completas, o que pode representar tanto a ocupação de locais vagos por médicos do programa, substituição de médicos com vínculo empregatício com a prefeitura pelos do programa de provimento, ou, mais provável, a ocorrência de ambas as situações concomitantemente. Esses dados corroboram a possibilidade de um importante potencial de influência na realidade de saúde do distrito por conta do aumento de cobertura de médicos da APS na cidade de Salvador.

Existe uma redução das ICSAP anterior ao início dos programas de provimento, mas não existe uma tendência de decréscimo entre 2010 a 2013, o que ocorre entre 2013 e 2015, demonstrando uma diminuição gradual dos valores das ICSAP, atingindo um valor por volta de 8,0%, que se mantém em 2016.

Estudos mostram que menores taxas de ICSAP estão associados à maior disponibilidade de médicos generalistas por habitante na APS, melhor avaliação do serviço por parte do usuário²⁵, cuidado longitudinal com o médico de família e maior número de consultas preventivas²⁶.

Numa pesquisa realizada por Comes et al, em 32 municípios participantes do PMM, é demonstrado que pacientes atendidos por médicos desse programa apresentam-se satisfeitos quanto aos cuidados médicos, refletindo bom desempenho técnico e humanizado, tanto no atendimento, quanto à clareza das informações sobre a doença e os tratamentos indicados²⁷. Em outro estudo, onde se entrevistaram profissionais não médicos de eSFs com médicos do PMM, é demonstrado o aumento do acesso e da acessibilidade do serviço de saúde e da presença de traços de integralidade nas práticas de saúde, impactando positivamente na melhoria da Atenção Básica à Saúde²⁸. Macinko et al encontram menores taxas de ICSAP em regiões com maior cobertura da ESF e taxas mais elevadas em regiões com maior quantidade de leitos hospitalares privados²⁹, demonstrando a importância de um modelo de saúde pública baseado na universalidade, tendo por porta de entrada os dispositivos da ESF.

Esses estudos concordam com os resultados encontrados nessa pesquisa, principalmente em termos de maior disponibilidade de médicos e de número de consultas preventivas, pois, a presença de médicos da APS em regiões anteriormente descobertas implica na existência de algum cuidado, possivelmente continuado, e de ações preventivas e de promoção de saúde.

Uma das reduções importantes a se destacar é a do grupo das gastroenterites infecciosas e complicações. Esse grupo é considerado uma condição mais sensível para avaliar alterações na APS em curto prazo, por conta do caráter agudo do desenvolvimento da doença e do agravo, a simplicidade de tratamento, na maioria dos casos, e a necessidade de assistência médica aos acometidos³⁰. Comportando o período do estudo apenas 3 anos de incorporação do PMM, talvez essa

seja uma das melhores variáveis para verificar a mudança a nível desse indicador de saúde proporcionada pelo aumento da cobertura da APS.

Algumas reduções importantes a se destacar, além da já citada, são a das doenças das vias aéreas inferiores, representada principalmente pela bronquiolite aguda; a das doenças cérebro-vasculares; e a das deficiências nutricionais, representada principalmente pela desnutrição proteico-calórica, com possibilidades de ação preventiva proporcionadas pelo acompanhamento periódico com profissional médico da APS.

A bronquiolite é uma inflamação da vias aéreas inferiores, geralmente de etiologia viral, e ocorre principalmente em crianças menores de 2 anos. Um importante fator de proteção para evitar internações por bronquiolite aguda é o aleitamento materno exclusivo, havendo estudo demonstrando que crianças com aleitamento exclusivo por menos de um mês tem sete vezes mais risco de desenvolver bronquiolite nos primeiros três meses de vida³¹. A manutenção do aleitamento materno exclusivo por 6 meses é possível através de orientação bem fornecida pelo profissional de saúde, e compreendida pelos pacientes, e através de um cuidado continuado, ambos ferramentas características do cuidado na APS.

As doenças cérebro-vasculares, mais comuns em idosos (60+), e as deficiências nutricionais, mais comum em crianças de um a quatro anos, ambas demonstraram redução anterior à implantação dos programas de provimento, não podendo ser avaliado, nesse estudo, quais fatores de fato resultaram nessas reduções. É interessante ressaltar, entretanto, que de 2013 a 2016 não houve nenhum caso de internação por doenças cerebrovasculares no DSSF, o que pode resultar de subnotificação dos casos que muito provavelmente ocorreram nesse período, tornando-se impossível analisar a tendência real de crescimento ou redução desse agravo, no período delimitado. Quanto às deficiências nutricionais, o que se observa é a manutenção da redução durante o período de aumento de cobertura.

Uma alteração importante a ser discutida é o aumento das infecções da pele e tecido subcutâneo, em 2013, que resultam de internações principalmente por celulite, tendência que sofre diminuição importante com o aumento de cobertura de médicos. A celulite é uma infecção do tecido

subcutâneo que necessita de uma porta de entrada, como um ferimento, e tem tratamento feito através de antibióticos orais. Ou seja, existem ações preventivas, como cuidados com os ferimentos, e de tratamento que são de manejo ambulatorial, completamente possível na APS. Internações por essas causas são resultado de falta de cuidado, falta de orientação, falta de acompanhamento médico. E, como observado, após aumento de cobertura, há um decréscimo significativo de tais internações, sugerindo que o aumento de cobertura também tenha resultado nessa tendência de redução.

Dois grupos que não demonstraram redução nem no período anterior aos programas de provimento e nem posterior foram os da doença inflamatória pélvica de órgãos femininos e o de doenças relacionadas ao pré-natal e parto. A doença inflamatória pélvica tem relação importante com infecções sexualmente transmissíveis, principalmente causadas por *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, e por vaginoses bacterianas, ambas condições facilmente tratáveis ambulatorialmente. Das doenças relacionadas ao parto e ao pré-natal e parto, tanto a sífilis congênita quanto a infecção do trato urinário (ITU) na gravidez têm importante impacto nos valores encontrados. A primeira causada por transmissão vertical pelo desenvolvimento de sífilis durante a gravidez, e a segunda de etiologia similar às outras ITU, ambas passíveis de prevenção e tratamento, permitido através de acompanhamento pré-natal como preconizado, de no mínimo 6 consultas.

Esses grupos que não demonstram redução chamam atenção para a baixa qualidade da atenção à saúde da mulher em fase fértil, tanto nos cuidados preventivos ginecológicos quanto no acompanhamento pré-natal, deixando em evidência que o aumento de cobertura ocorrida no DSSF não foi capaz de causar impacto importante nesses grupos de patologias. É necessário que ocorram intervenções mais específicas para esse grupo populacional, a fim de se obter a melhora desses indicadores de saúde da mulher.

A impossibilidade metodológica de obter dados de CID de 4 dígitos impede uma análise mais profunda do grupo pneumonias bacterianas, permitindo-se apenas a análise dos dados de pneumonia por pneumococo e por *Haemophilus influenzae*, obtendo valores zerados em todos os anos, ou muito próximo de zero (0,4%) em 2011. Essa limitação da base de dados impede a análise de um possível

impacto do aumento da cobertura sobre esse grupo de patologias. O mesmo ocorre para o grupo de úlcera intestinal.

Levando-se em conta que a implantação do PMM ocorre de forma gradual, mudanças mais efetivas no perfil de saúde da população do DSSF só devem ocorrer ao longo do tempo, por conta do maior acesso à assistência médica. A frequência das ICSAP provavelmente continuará a manter uma tendência de redução, até que se esgote o potencial de melhora permitido pelo aumento de cobertura, e, a partir desse ponto, para que essa tendência se mantenha, mudanças para além do campo da saúde precisarão acontecer³⁰.

Não é possível afirmar que o aumento da cobertura da ESF tenha sido o único e principal fator responsável por essa redução global das ICSAP, mas certamente esse aumento foi um dos fatores contributivos.

VII. CONCLUSÕES

No período delimitado no estudo, entre 2010 e 2016, houve um aumento de 71,3% do número de médicos em eSF na cidade de Salvador, sendo dois terços das USF presente no DSSF. Esse aumento se deu por conta da inserção dos Programas de Provimento, a partir de 2013, sendo o PMM o mais importante longitudinalmente. As ICSAP, no período do estudo, reduziram de maneira global de 21,8% em 2010 para 8,2% 2016, concomitante com o aumento da cobertura, sugerindo uma possível associação entre elas. Pela curto período do estudo, avalia-se a gastroenterite e suas complicações como um dos melhores indicadores de melhorias agudas do perfil de internações por condições sensíveis à APS, reforçando ainda mais a hipótese da influência do aumento da cobertura nas ICSAP. Por mais que essa redução geral tenha ocorrido, as patologias relacionadas à saúde da mulher, como doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, não demonstraram tendência decrescente, ao contrário de todas as outras condições, revelando um descaso específico a uma área prioritária, a despeito das políticas de saúde voltadas a essa população.

Algumas patologias específicas da lista de ICSAP utilizada, como a maioria das pneumonias, eram fornecidas em CID de 4 dígitos, não sendo possível obtê-los no banco de dados utilizado, impossibilitando a análise desses CID em específico.

Por conta do desenho do estudo, é impossível avaliar se existe relação direta entre a redução das ICSAP com o aumento de cobertura de médicos em eSF, mas nos permite inferir uma possível associação entre essas variáveis, corroborada por estudos importante, levantando a necessidade de que ocorram novos estudos para se avaliar de forma mais específica a existência ou não dessa associação, de maneira que se possam incorporar novos modos de avaliação da efetividade da APS.

VIII. SUMMARY

Introduction: In a reality of low coverage of Primary Care Health and large areas of no assistance, the Provision Programs (Primary Care Professional Appreciation Program and More Doctors Program) arise with the objective of distributing doctors to priority regions and improving access to Primary Health Care (PHC) to contribute to improving the health levels of the population in these regions and, perhaps, to reduce the rates of hospitalizations due to sensitive conditions to ambulatory care.

Objective: To analyze if there was a change in the proportions of hospitalizations in the Railway Suburb due to conditions sensitive to ambulatory care after the implementation of the PHC Provision Programs.

Methods: Ecological study of time series with secondary data referring to the provision of physicians, by the city hall and the Provision Programs, and hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care in the Unified Health System. Data were obtained from the National Registry of Health Establishments (CNES), on the website of the Municipal Health Department (SMS/Salvador) and the Hospital Information System (SIH/SUS).

Conclusion: Between 2010 and 2016, there was a 71.3% increase in the number of physicians PHC in the city of Salvador, with two-thirds of Family Health Unit present in the Subúrbio Ferroviário Sanitary District. This increase was due to the insertion of the Provision Programs, from 2013, being the More Doctors Program the most important longitudinally. The hospitalization due to Ambulatory Care Sensitive Conditions, in the period of the study, reduced overall from 21.8% in 2010 to 8.2% in 2016, concomitant with the increase in coverage, suggesting a possible association between them.

Palavras-chave: 1. Primary Health Care; 2. Internment; 3. Provision Programs; 4. Ambulatory Care Sensitive Conditions.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. White KL, Williams FT, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
2. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:359-66.
3. _____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: julho 2017.
4. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf, acesso em fevereiro, 2017.
5. http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude, acesso em fevereiro, 2017.
6. MAGALHÃES, Patrícia Lima. Programa Saúde da Família: uma estratégia em construção. Corinto, 2011. Disponível em: acesso em 22 de agosto de 2014.
7. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mndonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni CD, Turci MA. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.

8. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do Seminário de Economia Mineira. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
9. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. Cad Saúde Pública 2006; 22:19-30.
10. Dias-da-Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24:1699-707.
11. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1377_13_06_2011.html, acesso em fevereiro, 2017.
12. MACIEL FILHO, R. Estratégias para distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde. 2007. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) - Instituto de Medicina Social e Preventiva, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2007.
13. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html, acesso em fevereiro, 2017.
14. http://www.saude.ba.gov.br/dab/index.php?option=com_content&view=article&id=430:provab&catid=13:noticiasprofissionalegestor&Itemid=59, acesso em fevereiro, 2017.
15. http://www.saude.ba.gov.br/dab/Resolucao_N_03_2011.pdf, acesso em fevereiro, 2017.
16. http://189.28.128.99/provab/docs/geral/edital_profissionais_saude_provab.pdf, acesso em fevereiro, 2017.
17. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html, acesso em fevereiro, 2017.
18. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12871.htm, acesso em fevereiro, 2017.
19. http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, acesso em fevereiro, 2017.
20. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm, acesso em fevereiro, 2017.

21. Teixeira C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador. 2011
22. http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/PMS_final.pdf, acesso em fevereiro, 2017.
23. http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versaofinal.pdf, acesso em fevereiro, 2017.
24. Soares, AMC. Cidade Revelada: pobreza urbana em Salvador-BA. Geografias. 2009;5:83-96.
25. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. BMC Health Serv Res. 2007;7:134. DOI:10.1186/1472-6963-7-134
26. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à Atenção Primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiol Serv Saude. 2010;19(1):61-75.
27. Comes Yamila, Trindade Josélia de Souza, Shimizu Helena Eri, Hamann Edgar Merchan, Bargioni Florencia, Ramirez Loana et al . Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 July 12] ; 21(9): 2749-2759. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902749&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16202016>.
28. Comes Yamila, Trindade Josélia de Souza, Pessoa Vanira Matos, Barreto Ivana Cristina de Holanda Cunha, Shimizu Helena Eri, Dewes Diego et al . A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 July 12] ; 21(9): 2729-2738. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902729&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15472016>.
29. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011;101(10):1963-70. DOI:10.2105/AJPH.2010.198887

30. Gonçalves Rogério Fabiano, Sousa Islândia Maria Carvalho de, Tanaka Oswaldo Yoshimi, Santos Carlos Renato dos, Brito-Silva Keila, Santos Lara Ximenes et al . Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2016 Sep [cited 2017 July 12] ; 21(9): 2815-2824. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902815&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>.
31. Lenz M, Flores R, Pires N, Stein A. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** [Internet]. 2008 Nov 17; [Citado em 2017 Jul 8]; 3(12): 271-281. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/363>