

**PROJETO MAIS MÉDICOS E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
BÁSICA EM DISTRITO SANITÁRIO, SALVADOR (BA)***José Luiz Moreno Neto^a*<http://orcid.org/0000-0002-9066-6476>*Caíque Beijes da Paixão^b*<http://orcid.org/0000-0002-9725-9005>*Jorgana Fernanda de Souza Soares^c*<https://orcid.org/0000-0003-0448-8130>**Resumo**

A Atenção Básica em Saúde tem como principal proposta de reorientação do modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família. Contudo, um dos entraves para a sua resolubilidade se dá pela falta de médicos nas áreas de maior vulnerabilidade. Para atrair esses profissionais, foram instituídas políticas de provimento. Um indicador de qualidade da Atenção Primária em Saúde é a proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica. O objetivo deste estudo foi descrever a tendência de internações por condições sensíveis à Atenção Básica em um distrito sanitário de Salvador (BA) antes e durante a atuação do Projeto Mais Médicos. Como metodologia, empregou-se estudo de tendência temporal realizado com os dados do Sistema de Informação Hospitalar e do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde para um distrito sanitário de Salvador (BA), entre 2010 e 2016. Foram calculadas as proporções de médicos pelos programas de provimento e a proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica em Saúde em geral e para os vinte grandes grupos. Os resultados demonstraram que as internações por condições sensíveis à Atenção Básica variaram de 21,8% do total de internações hospitalares em 2010 para 8,2% em 2016, com redução

^a Médico. Doutor em Antropologia. Professor Adjunto 3, Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: jlmorenoneto@gmail.com

^b Médico. Residente em Infectologia no Hospital Universitário Professor Edgar Santos, Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: caique.paixao@yahoo.com

^c Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: jorgana.soares@ufba.br

Endereço para correspondência: Faculdade de Medicina da Bahia. Departamento de Medicina Preventiva e Social. Praça XV de Novembro, s/n, Largo do Terreiro de Jesus. Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40026-010. E-mail: jose.moreno@ufba.br

após a instituição dos programas de provimento. Portanto, parece haver influências dos programas de provimento na redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica, recomendando-se a realização de outros estudos para a comprovação dessa hipótese.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Hospitalização. Medicina de família e comunidade.

MAIS MÉDICOS PROJECT AND HOSPITALIZATIONS FOR CONDITIONS SENSITIVE TO PRIMARY CARE IN A HEALTH DISTRICT OF SALVADOR

Abstract

Primary Health Care concerns itself with shifting the care model by employing the Family Health Strategy. One obstacle to this resolution is the lack of doctors in the most vulnerable regions. To attract these professionals, hiring policies have been instituted. One indicator of Primary Health Care quality is the proportion of hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care. Given this context, this study describes the time trend of hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care in a health district of Salvador, Bahia, Brazil, before and during the implementation of the Mais Médicos Project. Data were collected from the Hospital Information System and the National Registry of Health Establishments for the district, between 2010 and 2016. Proportion of physicians by the provision programs and the proportion of hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care was calculated in general and for the 20 major groups. Results showed that hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care ranged from 21.8% of total hospital admissions in 2010 to 8.2% in 2016, decreasing after implementation of the provision programs. These findings suggest that the provision programs influenced the reduction of hospitalizations for sensitive conditions to Primary Care, pointing to the need for further studies to prove this hypothesis.

Keywords: Primary health care. Hospitalization. Family practice.

PROYECTO MÁS MÉDICOS Y HOSPITALIZACIÓN PARA CONDICIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DISTRITO DE SALUD, SALVADOR, BA, BRASIL

Resumen

La Atención Primaria de Salud tiene como principal propuesta reorientar el modelo asistencial de la Estrategia de Salud Familiar. Sin embargo, uno de los obstáculos para su resolución es la falta de médicos en las zonas de mayor vulnerabilidad. Para atraer a estos profesionales, se instituyeron políticas de contratación. Un indicador de la calidad de la Atención Primaria de

Salud es la proporción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a la Atención Primaria. El objetivo de este estudio fue describir la tendencia de internaciones por condiciones sensibles de la Atención Primaria en un Distrito de Salvador, BA (Brasil), antes y durante la ejecución del Proyecto Más Médicos. Se utilizó en la metodología el estudio de tendencia temporal realizado con datos del Sistema de Información Hospitalaria y del Registro Nacional de Establecimientos de Salud para un Distrito de Salvador, BA, entre 2010 y 2016. Se calcularon la proporción de médicos por los programas de provisión y la proporción de hospitalizaciones por padecimientos sensible a la atención básica de salud en general y para los veinte macrogrupos. Los resultados mostraron que las hospitalizaciones por condiciones sensibles en Atención Primaria oscilaron entre el 21,8% del total de ingresos hospitalarios en 2010 y el 8,2% en 2016, con una mayor disminución después de la institución de los programas de provisión. Se concluye que pudo haber una influencia de los programas de provisión en la reducción de hospitalizaciones por condiciones sensibles a Atención Primaria, lo que se recomienda realizar otros estudios para confirmar esta hipótesis.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Hospitalización. Medicina familiar y comunitaria.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) é fundamental para a estruturação de um sistema de saúde resolutivo. Os cuidados prestados podem ser medidos por meio de indicadores de cobertura e efetividade¹. Nesse nível de atenção, espera-se que a maior parte dos problemas de saúde seja resolvida, bem como haja a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS)². Uma das formas de avaliar o desempenho das práticas na AB se dá por meio do uso do indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). As ICSAB representam doenças e agravos à saúde capazes de causar internações hospitalares, entretanto são passíveis de prevenção na AB³ – principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos entraves para a resolutividade da AB é a acessibilidade, já que nem sempre ela cobre a maioria da população, sobretudo nos grandes centros urbanos. Além disso, com relação à presença de unidades básicas de saúde nos territórios, equipes de Saúde da Família (eSF), isso ocorre tanto devido à falta de médicos interessados em trabalhar nas prioritárias quanto devido à dificuldade de retê-los como membros da Estratégia de Saúde da Família (ESF)^{4,5}. Acredita-se que o problema decorra de dois fatores. O primeiro, a baixa autonomia organizacional e técnica do médico em sua prática na AB devido à excessiva burocracia nas relações de trabalho, o segundo, por conta da comunicação inadequada com outros profissionais da equipe de saúde de outros serviços da RAS, necessários ao atendimento do usuário⁴.

Na tentativa de solucionar esse problema, o Governo Federal constituiu políticas de provimento, tais como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Projeto Mais Médicos pelo Brasil (PMMB). O PROVAB, instituído em 2011⁶, teve como objetivo estimular e valorizar os trabalhadores da saúde atuantes em equipes multiprofissionais nos municípios de difícil acesso e nos municípios ou de populações de maior vulnerabilidade social, conforme os critérios fixados pela Portaria 1.377 de 13 de junho de 2011⁷. Os profissionais eram incentivados a atuar nesses locais por meio do recebimento de uma bolsa e de pontuações diferenciadas nas provas de residências médicas⁶.

Já o PMMB, criado e regulamentado em 2013, é direcionado apenas aos médicos. Além da bolsa recebida, o programa também prevê investimentos em infraestrutura de serviços de saúde, fortalecimento da integração ensino e serviço, bem como alterações curriculares para expansão dos cursos de graduação e residência médica, a fim de formar profissionais capacitados para a AB^{8,9}.

Por meio da implantação desses programas, obteve-se uma distribuição de médicos em locais antes desassistidos, aumentando a cobertura de AB em várias cidades do Brasil¹⁰, inclusive em Salvador, capital do estado da Bahia. A cobertura da ESF no município, entre janeiro de 2010 a janeiro de 2013, antes da instituição dos programas de provimento, encontrava-se, respectivamente, em 13,4% e 13,9%, progredindo para aproximadamente 28% em dezembro de 2016 – três anos após a instituição do PROVAB e do PMMB¹¹ - embora tenha permanecido abaixo da média de cobertura nacional para o mesmo período (51,3% em janeiro de 2010 e 62,6% em dezembro de 2016)¹¹.

Salvador, seguindo a diretriz da regionalização do SUS, a qual implica a responsabilização pela assistência à população conforme uma base territorial delimitada¹², divide-se em 12 Distritos Sanitários: Barra, Rio Vermelho, Centro Histórico, Boca do Rio, Brotas, Cabula, Beiru, Cajazeiras, Itapagipe, Itapuã, Liberdade, Pau da Lima, São Caetano/Valéria e Subúrbio Ferroviário¹³, com diferenças importantes no que tange aos determinantes sociais de saúde representados por graus distintos de vulnerabilidade da população adscrita.

O Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) representa um dos maiores territórios vulneráveis de Salvador, cuja população é majoritariamente negra, de baixa renda e escolaridade, com elevado índice de violência urbana¹⁴. Assim, é caracterizado como área prioritária para a implantação dos programas de provimento. Por conta desses indicadores, o DSSF recebeu notória quantidade de médicos do PROVAB e do PMMB¹³, embora se desconheça a influência desse incremento nos indicadores de saúde.

Com isso, neste artigo, objetivou-se descrever a tendência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica em um distrito sanitário de Salvador (BA) antes e durante a atuação do Projeto Mais Médicos.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal descritivo realizado no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário (DSSF) de Salvador entre 2010 e 2016. Escolheu-se o período, pois compreende o intervalo anterior e posterior ao recrutamento dos primeiros médicos pelo PROVAB e pelo PMMB ocorrido no ano de 2013. Os dados referentes às ICSAB foram coletados no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS).

Neste estudo, consideraram-se os vinte grupos de condições sensíveis à Atenção Básica¹⁵, compreendidos por: (1) Doenças imunizáveis (A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, 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), (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 cerebrovasculares (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), (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 gastrointestinal (K25-K28), (20) Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23, A50, P35.0).

Obteve-se o número de unidades de atendimento em AB (tanto Unidade de Saúde da Família – USF quanto Unidade Básica de Saúde – UBS), no DSSF, por meio do site da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador. No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foram obtidos os números de eSF, entre 2010 e 2016, com médicos vinculados à SMS ou aos programas de provimento (PROVAB e PMMB). Devido à variação mensal do número de médicos conforme o vínculo, calculou-se a média aritmética anual dividindo o somatório do número de médicos mensal pelo número de meses do ano (12).

Na análise de dados foram empregadas técnicas de estatística descritiva. Calculou-se a frequência relativa de ICSAB no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário nos anos do estudo. Para tal, dividiu-se o número de ICSAB pelo total de internações no distrito, multiplicando-se por 100. Além disso, calculou-se separadamente as frequências relativas das internações hospitalares para os vinte grupos de condições sensíveis à Atenção Primária, em

relação ao valor total de ICSAB no distrito, multiplicado por 100. Optou-se pelo emprego de frequências relativas ao invés da estimativa do coeficiente de ICSAB devido à indisponibilidade do contingente populacional do DSSF discriminado anualmente para o período proposto.

Para avaliar a tendência global das ICSAB no período após a implantação dos programas de provimento (2014-2016), empregou-se a fórmula

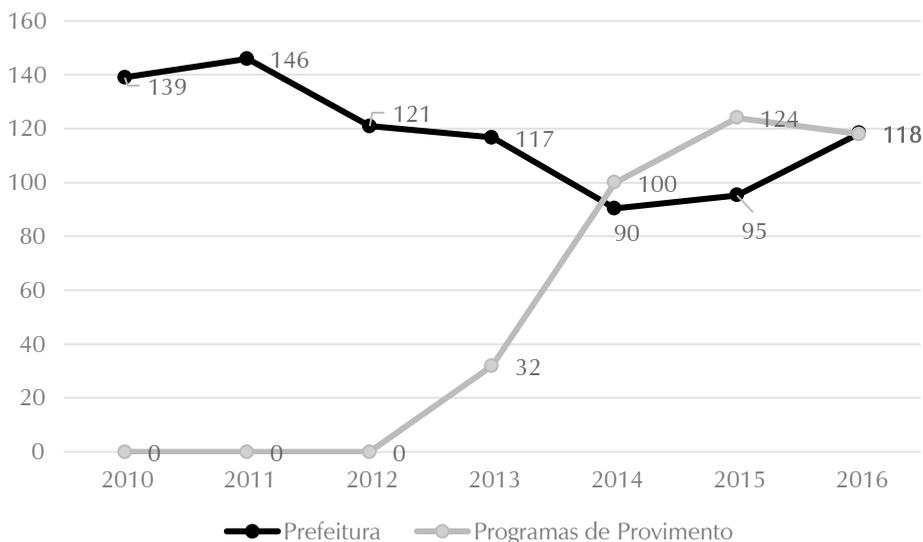
Os dados foram tabulados e analisados em planilhas para dados quantitativos.

RESULTADOS

Em dezembro de 2016, conforme os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), havia sessenta equipes de Saúde da Família no DSSF em que atuavam 44 médicos do PMMB, representando 73,3% de cobertura por esse programa.

No **Gráfico 1**, observa-se que o aumento do número médio de médicos nas eSF se deu, a partir de 2013, devido à incorporação dos médicos tanto do PROVAB quanto do PMMB. Salienta-se que, a partir de março de 2015, o PMMB se transformou no único programa de provimento a ofertar médicos para a ESF em Salvador

Gráfico 1 – Média anual entre 2010 e 2016 de médicos conforme o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e com Programas de Provimento. Salvador, Bahia, Brasil – 2017



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Com relação às ICSAB, observa-se que houve um decréscimo na sua proporção entre 2010 e 2016, variando de 21,8% do total de internações hospitalares em 2010 a 8,2%

em 2016, representando diminuição de 2,7 vezes no período analisado. Observa-se que a redução foi mais acentuada a partir de 2013, ano em que foram implantados os programas de provimento no DSSF (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Internações hospitalares e por Condições Sensíveis à Atenção Básica, no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário de Salvador entre 2010 e 2016. Salvador, Bahia, Brasil – 2017

Ano	N de internações	n de ICSAB	% de ICSAB
2010	2.258	493	21,8
2011	1.670	237	14,2
2012	1.593	270	16,9
2013	1.594	287	18,0
2014	1.028	114	11,1
2015	1.141	89	7,8
2016	1.239	102	8,2

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

Entre as ICSAB, percebe-se que, de 2010 a 2016, houve decréscimo no DSSF, exceto para a doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos, bem como para doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto. As doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos variaram de 0,6% em 2010 a 11,2% em 2015 com uma ligeira diminuição em 2016 (9,8%). Já as 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. Já entre as doenças que apresentaram reduções, destacam-se as gastroenterites infecciosas e complicações que representavam 7,5% entre 2010 e 2013, caindo para 1,5%, no período de 2014 a 2016, representando, portanto, uma tendência global decrescente de 80% (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Proporção de causas específicas de internamento por condições sensíveis à Atenção Básica no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, entre 2010 e 2016. Salvador, Bahia, Brasil – 2017

Condição sensível	Ano						
	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

(continua)

Tabela 2 – Proporção de causas específicas de internamento por condições sensíveis à Atenção Básica no Distrito Sanitário do Subúrbio Ferroviário, entre 2010 e 2016. Salvador, Bahia, Brasil – 2017 (conclusão)

Condição sensível	Ano						
	2010 (%)	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)
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

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS).

DISCUSSÃO

Ao final de 2016, mais de dois terços dos médicos das eSF do DSSF advinham do PMMB, representando uma configuração em que todas as USF apresentavam equipes completas. A partir disso, pode-se compreender que as vagas não preenchidas anteriormente por médicos com vínculos empregatícios com a SMS de Salvador foram ocupadas pelos do PMMB, houve substituição dos médicos vinculados com a SMS pelos do projeto, ou a concomitante ocorrência de ambas as situações. Estes dados representam o potencial dos programas de provimento na melhoria da assistência à saúde prestada no distrito decorrente do aumento da cobertura de médicos na AB.

Outro tópico relevante é a evidência de que menores proporções de ICSAB estão associadas à maior disponibilidade de médicos generalistas por habitante na AB¹⁶. Isso foi evidenciado em todo o território nacional durante a redução das ICSAB, após a implantação do PMMB, com destaque para as regiões Norte e Nordeste do País¹⁷, por exemplo no território de Marajó e Pará¹⁸. Além do impacto do aumento da cobertura de médicos na AB, possivelmente a diminuição das ICSAB também se deva ao cuidado longitudinal com maior número de consultas focadas em prevenção¹⁹. Além disso, menores proporções de ICSAB foram identificadas em

regiões com maior cobertura da ESF e com equipes profissionais completas. Outro ponto interessante se dá pela elevada proporção de ICSAB em regiões com maior quantidade de leitos hospitalares privados²⁰, demonstrando a importância de um modelo assistencial na saúde pública baseado na universalidade e nos dispositivos da AB.

Uma das reduções expressivas neste estudo foi a do grupo das gastroenterites infecciosas e complicações. Esse grupo é considerado uma condição sensível para avaliar alterações nas ações da AB em curto prazo, devido ao seu caráter agudo, o tratamento simples e a necessidade de atendimento médico aos doentes²¹. Ao considerar que no período final deste artigo, o PMMB havia sido implantado há apenas três anos no DSSF, esse indicador possivelmente seja o mais sensível para demonstrar a efetividade das ações do programa e a sua importância para a prevenção de doenças no contexto estudado.

Outras condições sensíveis à AB com reduções importantes a destacar-se são as das doenças de vias aéreas inferiores, representadas principalmente pela bronquiolite aguda; doenças cerebrovasculares e deficiências nutricionais, particularmente a desnutrição proteico-calórica, com possibilidades de ação preventiva proporcionadas pelo acompanhamento periódico com profissional médico da AB.

Entre as Infecções de Vias Aéreas Inferiores (IVAS), destaca-se a bronquiolite, geralmente de etiologia viral, que ocasiona elevado percentual de internações hospitalares, sobretudo em crianças menores de um ano. Tal condição pode ser evitada mediante a articulação na AB de ações de prevenção primária e secundária²². Observou, dessa forma, a redução dos internamentos por esse grupo de causas devido à qualificação do cuidado às crianças após a implantação dos programas de provimento, resultando em uma otimização da utilização dos outros dispositivos componentes da RAS.

As doenças cerebrovasculares - comuns em idosos - e as deficiências nutricionais -prevalentes em crianças de um a quatro anos - representaram redução anterior à implantação dos programas de provimento não possibilitando, neste estudo, a avaliação dos fatores relacionados a isso. Destaca-se, entretanto, que de 2013 a 2016 não houve casos de internação por doenças cerebrovasculares no DSSF, fato que pode evidenciar um provável sub-registro ocorrido neste período, dificultando a análise das tendências destas doenças.

Outro aumento ocorrido se deu por conta das internações por infecções de pele e tecido subcutâneo, em 2013, tendência que sofreu diminuição significativa com o aumento da cobertura de médicos. Há ações preventivas, como cuidados com as soluções de continuidade na pele, diagnóstico preciso e tratamento eficaz de manejo ambulatorial na AB. Internações por essas causas podem resultar de ações de prevenção primária inexistentes

ou insuficientes, assim como de manejo inadequado por falta de acompanhamento médico. Contudo, como observado, após a implantação dos programas de provimento no DSSF houve redução significativa de internações por essas causas, corroborando, mais uma vez, a relevância deles para a efetividade das ações na AB.

Não houve redução na tendência das internações para doenças inflamatórias pélvicas de órgãos femininos, tão pouco as relacionadas ao pré-natal e parto. A doença inflamatória pélvica pode estar associada com infecções sexualmente transmissíveis, principalmente as causadas pelo *Chlamydia trachomatis* e pela *Neisseria gonorrhoeae*. O tratamento dessas infecções exige uma ação imediata devido ao seu potencial em ocasionar problemas reprodutivos sérios²³. Internações por essas causas, provavelmente, indicam falha nas eSF, uma vez que são facilmente tratáveis no nível de atenção básica, ocasionando, portanto, um aumento da demanda por outros serviços da RAS, provocando problemas sociais para a usuária e maior gasto na terapêutica para o sistema de saúde.

Em relação às doenças relacionadas ao parto e ao pré-natal, pode-se fazer uma comparação com o que foi observado na literatura ao analisar esse indicador após a implantação da Rede Cegonha no Brasil (RCB)²⁴. Inúmeras hipóteses surgem para explicar a baixa efetividade das intervenções em saúde, por exemplo a implantação dos programas de provimento nos territórios. Uma hipótese é de que as ações realizadas estejam circunscritas ao modelo biomédico do pré-natal, o qual não tem como objeto de trabalho determinantes sociais da saúde como a cultura. Dessa forma, além da ampliação da cobertura de médicos presentes na AB, é necessário, por parte deles, a sensibilidade para compreensão dos significados sobre a gravidez pertencentes às gestantes.

Grupos que não apresentaram reduções chamam atenção pela baixa qualidade da atenção à saúde da mulher em idade fértil tanto nos cuidados preventivos ginecológicos quanto no acompanhamento pré-natal, evidenciando que o aumento de cobertura ocorrida no DSSF não foi capaz de causar impacto relevante. Prova disso é que, nenhuma das USF atingiu a meta mínima de 20% na cobertura do exame citopatológico ou de 60% na realização de pré-natal – primeira consulta realizada antes da vigésima semana de gestação com o mínimo de seis consultas realizadas. Para modificar essa realidade local, é necessário que o exame citopatológico seja ofertado para todas as mulheres entre 25 e 64 anos de idade e aquelas que acessam a USF independentemente da necessidade apresentada. Em relação à realização do pré-natal, é necessário que as eSF estejam atentas aos sinais de gestação entre as mulheres em idade fértil; disponibilizando testes rápidos de gravidez; monitorando a realização de consultas pelas gestantes, agendando a próxima avaliação no momento em que elas estão na USF e realizando uma busca ativa às grávidas ausentes²⁵.

O limite metodológico de obter dados da Classificação Internacional de Doenças (CID) de quatro dígitos impede uma análise mais profunda do grupo de pneumonias bacterianas. Essa limitação da base de dados secundários de domínio público dificulta a análise de um possível impacto do aumento da cobertura sobre esse grupo de doenças. Assim, recomenda-se que em outros estudos sejam empregadas bases de dados secundários individualizados ou a realização de inquéritos epidemiológicos com amostras probabilísticas, possibilitando maior detalhamento das variáveis de interesse com o emprego de técnicas de estatística inferencial.

Levando em conta que a implantação do PMMB ocorreu de forma gradual, mudanças mais efetivas no perfil de saúde da população do DSSF serão observadas ao longo do tempo, resultantes do maior acesso à assistência médica. A frequência das ICSAB possivelmente apresentará tendência decrescente até esgotar o impacto positivo oriundo do aumento da cobertura e, a partir desse ponto, para que seja mantida, mudanças para além do campo da saúde precisarão acontecer. Assim, não é possível afirmar que o aumento da cobertura da ESF devido às políticas de provimento tenha sido o único e principal fator responsável pela redução das ICSAB, mas certamente foi um dos fatores contributivos.

Portanto, as elucidações presentes neste artigo necessitam ser analisadas com parcimônia devido aos limites próprios dos estudos ecológicos – problemas na qualidade dos dados, tais como sub-registro; possível correlação temporal, ou seja, as observações podem não ser independentes no tempo; e variáveis importantes para a compreensão do fenômeno podem estar indisponíveis ou não desagregadas conforme o necessário para responder aos objetivos das pesquisas²⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ICSAB, no período do estudo, foram reduzidas com o aumento da cobertura dos médicos devido aos programas de provimento como o PMMB, sugerindo uma possível relação entre elas.

Por mais que essa redução geral tenha ocorrido, as doenças relacionadas à saúde da mulher não demonstraram reduções, ao contrário de todas as outras condições, revelando fragilidades em uma área prioritária, a despeito das políticas de saúde voltadas a essa população.

Algumas doenças específicas da lista de ICSAB utilizada, como a maioria das pneumonias, eram fornecidas em CID de quatro dígitos, não sendo possível obtê-las em bancos de dados.

Por conta do caráter descritivo do estudo, é impossível determinar uma relação direta da redução das ICSAB com o aumento de cobertura de médicos em ESF. Contudo,

permite-se levantar essa hipótese, sugerindo, dessa forma, a realização de outros estudos com dados primários oriundos de inquéritos epidemiológicos com amostragem probabilística para identificar estatisticamente a possibilidade de existência dessa associação, a fim de incorporar novos modos de avaliação da efetividade da AB.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: José Luiz Moreno Neto, Jorgana Fernanda de Souza Soares e Caíque Beijes da Paixão

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: José Luiz Moreno Neto e Jorgana Fernanda de Souza Soares

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: José Luiz Moreno Neto e Jorgana Fernanda de Souza Soares

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: José Luiz Moreno Neto, Jorgana Fernanda de Souza Soares e Caíque Beijes da Paixão.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MIO, Xavier ALC, Nascimento MN, Cavalcante YA, Rocha SP, Gomes JS. Avaliação da resolutividade e efetividade da Atenção Primária à Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. *Sanare*. 2018;17(1):65-73.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF); 2017.
3. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1903-14.
4. Reis DO, Cecílio LCO, Andrezza R, Araújo EC, Correia T. Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. *Ciência Saúde Colet*. 2018;23(8):2651-60.
5. Andrade LR, Pinto ICM, Soares CLM, Silva VO. Provimento e fixação de médicos na atenção primária à saúde no estado da Bahia. *Rev Adm Pública*. 2019;53(3):505-19.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 13 de junho de 2011. Estabelece critérios para definição das áreas e regiões prioritárias com carência e dificuldade de retenção de médico integrante de equipe de saúde

da família oficialmente cadastrada e das especialidades médicas prioritárias de que tratam o inciso II e o § 3º do art. 6º-B da Lei nº 10.260, de 12 de julho de 2001, no âmbito do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dá outras providências. Brasília (DF); 2011.

7. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. Brasília (DF); 2017.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília (DF); 2017.
9. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília (DF); 2017.
10. Mourão Netto JJ, Rodrigues ARM, Aragão OC, Goyanna NF, Cavalcante AES, Vasconcelos, MAS, et al. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: Revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:01-07.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. 2021 [citado em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
12. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF); 2017.
13. Prefeitura Municipal de Salvador, Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. Salvador (BA): Prefeitura Municipal de Salvador; 2010.
14. Soares AMC. Cidade Revelada: pobreza urbana em Salvador-BA. *Rev Geografias*. 2009;5(1):83-96.
15. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). *Cad Saúde Pública* 2009;25(6):1337-49.
16. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and Access to primary health care in an área of Southern Italy. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:134.
17. Russo LX, Silva EN, Rosales C, Rocha TAH, Vivas G. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:01-08.

18. Carneiro VB, Maia CRM, Ramos EMLS, Castelo-Branco S. Tecobé no Marajó: Tendência de indicadores de monitoramento da atenção primária antes e durante o Programa Mais Médicos para o Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(7):2413-22.
19. 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 Saúde*. 2010;19(1):61-75.
20. 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.
21. Gonçalves RF, Sousa IMC, Tanaka OY, Santos CR, Brito-Silva K, Santos LX, et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2016 ;21(9):2815-24.
22. Menezes LO, Bernini C R, Silva MD, Secchi TL, Oliveira SS. Bronquiolite aguda como condição sensível a atenção primária, em uma cidade no sul do Brasil. *Saúde*. 2017;43(3):01-06.
23. Bernardi MM, Botton LR, Gonçalves MAG. Doença inflamatória pélvica e endometrite. *Acta Méd*. 2016;37(6):01-06.
24. Gasparin VA, Broch D, Betti T. Internações por condições sensíveis à atenção primária: avaliação das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2019;11(4):1032-48.
25. Secretaria da Saúde da Bahia. Caderno de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica – CAMAB [Internet]. 2022 [citado em 2022 maio 12]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>
26. Pereira MG. Delineamento, vantagens e limitações de um estudo ecológico. In: Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2013. p. 300-2.

Recebido: 14.3.2022. Aprovado: 16.5.2022. Publicado: 7.7.2022.