



Luiz Farias de Lima Neto

**Internações por condições sensíveis à Atenção Básica no estado de
São Paulo**

São Paulo

2021

Luiz Farias de Lima Neto

**Internações por condições sensíveis à Atenção Básica no estado de São
Paulo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo São Paulo/UNIFESP, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Carla Gianna Luppi

Linha da pesquisa: Avaliação de serviços da saúde.

São Paulo

2021

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado com os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

Lima Neto, Luiz Farias de. Internações por condições sensíveis à atenção básica no estado de São Paulo. / Luiz Farias de Lima Neto; Orientador Carla Gianna Luppi; Coorientador . -- Santos, 2021. 59 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado - Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE) -- Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Internações por condições sensíveis à atenção básica. 2. Desempenho. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Serviços básicos de saúde. 5. Atenção à Saúde. I. Luppi, Carla Gianna, Orient. II. Título. CDD 610.969

Internações por condições sensíveis à Atenção Básica no estado de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Unifesp, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em 18 de outubro de 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Oziris Simões

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Profa. Dra. Marta Campagnoni Andrade

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Profa. Dra. Claudia Fegadolli

Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Carla Gianna Luppi

Universidade Federal de São Paulo

São Paulo

2021

Dedico este estudo à Prof.(a) Dr.(a) Carla Gianna Luppi, sem a qual esta dissertação não teria ocorrido.

Também, dedico esta dissertação aos trabalhadores da atenção básica e aos pacientes nela atendidos, ambos tão padecedores da multiplicidade de formas de execução desse nível de cuidado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente à Prof.(a) Dr.(a) Carla Gianna Luppi por todo carinho e conhecimento transmitido e a todos os demais membros do corpo docente do PROFSAÚDE/UNIFESP. Agradeço também aos membros da banca examinadora pela disponibilidade e gentileza. Não poderia me esquecer dos colegas mestrandos do PROFSAÚDE/UNIFESP pelo apoio e convivência, obrigado.

A verdade não é primeira: ela é uma desilusão;
ela é sempre uma desmistificação que supõe a
mistificação que a funda e que ela desnuda.

Toda sociedade sobrevive pela auto-
mistificação de seu funcionamento, a fim de
assegurar sua perenidade e pelo desejo de
mascarar seu caráter extraordinariamente auto-
destrutível.

QUIGNARD, P. *Traité sur Esprit*. 1996

RESUMO

No Brasil a Atenção Básica (AB) é praticada com condução pelo Ministério da Saúde e execução municipal descentralizada, com a participação, com maior intensidade no estado de São Paulo (ESP), de entes privados mediante a celebração de contratos com as gestões municipais, o que favoreceu a diversidade de formas de elaboração de serviços e de resultados da execução dos mesmos. Nesse contexto questiona-se sobre o desempenho da AB mediante a participação de entes privados na execução de suas ações. Isso posto, o percentual de Internações por Condições Sensíveis à AB (ICSAB) tem se expandido como indicador de efetividade da AB, uma vez que a resolubilidade desse nível de atenção deve ser refletida na diminuição de internações hospitalares por causas específicas sensíveis ao cuidado oferecido pela AB. Esta dissertação é um estudo ecológico de série temporal descritivo com utilização de dados secundários a partir do levantamento dos percentuais de ICSAB e objetiva descrever a distribuição desse indicador de 2009 a 2018 no ESP segundo o índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), porte populacional municipal, contratação intermediada de trabalhadores da AB e Departamento Regional de Saúde (DRS). Os resultados mostram redução do percentual de ICSAB no ESP no período avaliado. Encontrou-se diferença de redução do percentual de ICSAB segundo o porte populacional municipal: municípios menores apresentaram maior redução do percentual de ICSAB. Também, encontrou-se diferença segundo o IDHM, municípios com baixo IDHM apresentaram maior redução do percentual de ICSAB. Entretanto encontrou-se aumento do percentual de ICSAB em municípios mais vulneráveis e com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. Houve diferença segundo contratação intermediada: municípios com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB obtiveram maior redução do percentual de ICSAB. Observou-se variação heterogênea do percentual de ICSAB segundo DRS. Os resultados sugerem que a contratação intermediada de trabalhadores da AB não aparenta ser determinante para a redução do percentual de ICSAB, sobretudo em municípios vulneráveis. Assim, os resultados corroboram a necessidade de aprofundamento do estudo sobre os efeitos da contratação intermediada e da elaboração de estratégias para apoio aos municípios mais vulneráveis na contratação de entes privados para a execução da AB.

Palavras-chave: **Internações por condições sensíveis à atenção básica. Desempenho. Qualidade da assistência à saúde. Serviços básicos de saúde. Atenção à saúde.**

ABSTRACT

In Brazil, Primary Care (PC) is conducted by the Ministry of Health and decentralized municipal execution, with the participation, with greater intensity in the state of São Paulo (SSP), of private entities through the signing of contracts with municipal administrations, which favored the diversity of ways of elaborating services and the results of their execution. In this context, questions are raised about the performance of PC through the participation of private entities in the execution of their actions. That said, the percentage of Hospitalizations for Conditions Sensitive to PC (HCSPC) has expanded as an indicator of the effectiveness of PC, since the resolvability of this level of care should be reflected in the reduction of hospital admissions for specific causes sensitive to the care provided by PC. This dissertation is an ecological descriptive time series study using secondary data from the survey of HCSPC percentages and aims to describe the distribution of this indicator from 2009 to 2018 in SSP according to the municipal human development index (MHDI), municipal population size, intermediary hiring of AB and Regional Health Department (RHD) workers. The results show a reduction in the percentage of HCSPC in the SSP during the period evaluated. A difference was found in the reduction of the percentage of HCSPC according to the municipal population size: smaller municipalities had a greater reduction in the percentage of HCSPC. Also, a difference was found according to the MHDI, municipalities with low MHDI showed a greater reduction in the percentage of HCSPC. However, there was an increase in the percentage of HCSPC in more vulnerable municipalities and more than 20% of intermediary hiring of PC workers. There was a difference according to intermediary hiring: municipalities with less than 20% of intermediary hiring of PC workers had a greater reduction in the percentage of HCSPC. A heterogeneous variation in the percentage of HCSPC according to RHD was observed. The results suggest that the intermediary hiring of PC workers does not appear to be decisive for the reduction of the percentage of HCSPC, especially in vulnerable municipalities. Thus, the results corroborate the need to deepen the study on the effects of intermediary contracting and the elaboration of strategies to support the most vulnerable municipalities in contracting private entities for the execution of PC.

Keywords: Admissions for primary care-sensitive conditions. Effectiveness. Quality of health care. Basic health services. Health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Departamentos regionais de saúde do estado de São Paulo	17
Figura 2	Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 no estado de São Paulo	30
Figura 3	Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 nos municípios do estado de São Paulo com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica (2019)	34
Figura 4	Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 nos municípios do estado de São Paulo com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica (2019)	35
Figura 5	Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 no estado de São Paulo segundo porte populacional municipal (2010) e 20% de contrato intermediado (2019)	38
Figura 6	Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 no estado de São Paulo segundo índice de desenvolvimento humano municipal (2017) e 20% de contrato intermediado (2019)	41

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1	Método de cálculo do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica	23
Quadro 2	Indicador 20% de contrato intermediado, percentual de contratação intermediada, categorias de contratação intermediada	24
Quadro 3	Indicadores e respectivas fontes de informação	25
Tabela 1	Distribuição dos municípios do estado de São Paulo segundo 20% de contrato intermediado (2019), porte municipal (2010) e estratos do índice de desenvolvimento humano municipal (2017)	28
Tabela 2	Distribuição dos municípios segundo Departamento Regional de Saúde (2021) e 20% de contrato intermediado (2019)	29
Tabela 3	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica do Estado de São Paulo de 2009 a 2018 segundo estratos, valor mínimo e máximo	30
Tabela 4	Diferença da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre 2009 e 2018 segundo Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo	31
Tabela 5	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo 20% de contrato intermediado (2019)	33
Tabela 6	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo o porte municipal (2010)	36
Tabela 7	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo porte municipal (2010) e 20% de contrato intermediado (2019)	37

Tabela 8	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo estratos do índice de desenvolvimento humano municipal (2017)	39
Tabela 9	Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo o índice de desenvolvimento humano municipal (2017) e 20% de contrato intermediado (2019)	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção básica
AE	Atenção especializada
APS	Atenção primária à saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAB	Condições sensíveis à atenção básica
CSAP	Condições sensíveis à atenção primária
DRS	Departamento Regional de Saúde
ESF	Estratégia saúde da família
ESP	Estado de São Paulo
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAB	Internações por condições sensíveis à atenção básica
IDH	Índice de desenvolvimento humano
IDHM	Índice de desenvolvimento humano municipal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSS	Organizações sociais da saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	Atenção Primária à Saúde (APS) no mundo e no Brasil	15
1.2	A organização da Atenção Básica no estado de São Paulo	16
1.3	Contratação de entes privados para execução da Atenção Básica	17
1.4	Avaliação de Sistemas de Saúde no Brasil e o uso do indicador ICSAB	18
1.5	Referencial teórico	20
1.6	Justificativa	21
2	OBJETIVO	22
2.1	Objetivo geral	22
2.2	Objetivo específico	22
3	METODOLOGIA	22
3.1	Universo do estudo	22
3.2	Indicadores que serão utilizados	22
3.3	Fontes de informação	24
3.4	Análise dos dados	25
3.5	Aspectos éticos	26
4	RESULTADOS	27
5	DISCUSSÃO	42
5.1	Limitações do estudo	44
6	RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	Referências	47
	Apêndices	51
	A - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no estado de São Paulo de 2009 a 2018	51
	B - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	52

C - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	53
D - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de pequeno porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB	54
E - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de médio porte populacional com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	55
F - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de médio porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	56
G - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de grande porte populacional com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	57
H - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de grande porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica	58

1 INTRODUÇÃO

1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO MUNDO E NO BRASIL

A Atenção Primária à Saúde é o nível do sistema de saúde que oferece o primeiro contato com o sistema para todos os problemas, novos ou já existentes, ao longo do tempo, cuidado para todas as condições, exceto as muitas incomuns, e coordena a atenção fornecida em outros níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

O Relatório Dawson, publicado em 1920, foi o marco inicial de APS como modelo de estruturação de sistemas de saúde, nele foi proposta a organização dos serviços de saúde da Inglaterra em níveis de complexidade. O nível primário deveria solucionar o maior número de problemas de saúde e ser a porta de entrada ao sistema de saúde. Esse documento foi utilizado na criação do Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra (PORTELA, 2016).

Outro marco histórico da APS é a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, em 1977, declarou unanimemente que o principal objetivo social dos governos participantes deveria ser o alcance para todos os cidadãos de saúde suficiente para a vida social e econômica produtiva (OMS, 1977).

A seguir, em 1978, a Conferência de Alma Ata detalhou as características fundamentais da APS. O consenso alcançado em Alma Ata foi referendado pela Assembleia Mundial de Saúde em sua reunião seguinte, em 1979. A APS foi definida como parte integral e primeiro nível de contato com o sistema de saúde, possibilitando a aproximação da assistência à saúde com o local onde as pessoas vivem e trabalham em benefício do processo de atenção continuada (OMS, 1978).

No Brasil, por ocasião da promulgação da Constituição de 1988, instituiu-se por meio da Lei 8080/90 o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído pelas ações e serviços de saúde públicos, com a possibilidade de participação de entes privados de modo complementar (BRASIL, 1990).

Os serviços públicos e privados de saúde contratados ou conveniados que integram o SUS devem ser executados obedecendo os princípios da universalidade de acesso, integralidade da assistência e descentralização político administrativa dos serviços para os municípios (BRASIL, 1990).

Destarte, nesse contexto, iniciou-se no Brasil a organização da APS, denominada no Brasil como Atenção Básica (AB) (GIOVANELLA, 2018).

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do Brasil determina a execução da AB em consonância com o princípios do SUS, isto é, de modo descentralizado pelos municípios mediante condução do Ministério da Saúde (MS), e definida pelo conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (PNAB, 2017).

A principal estratégia para expansão e consolidação da AB no Brasil é a estratégia saúde da família (ESF) (PNAB, 2017). Por meio de equipes de cuidado responsáveis pela saúde de pacientes residentes em determinado território essa estratégia busca reorganizar a AB no Brasil de acordo com as diretrizes do SUS em prol da maior efetividade da AB (PNAB, 2017).

Todavia, a condução descentralizada da AB pelo gestor federal tem sido marcada pela regulação, baseada na emissão de portarias, e pelo financiamento por meio do envio de recursos financeiros aos municípios, que localmente responsabilizam-se pela execução da AB. Deste modo, embora o processo de descentralização no SUS e da execução da oferta dos serviços da saúde tenha enfatizado a atuação dos municípios na oferta da AB, favoreceu-se a pluralidade de formas de implementação dos serviços de AB e de resultados da execução dos mesmos (Heimann, 2011).

Em 2020 a cobertura da AB no Brasil atingiu 75,5% da população da população compreendendo 159.339.319 de pessoas distribuídas em 4.706 municípios (BRASIL, 2020).

1.2 A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ESTADO DE SÃO PAULO

No estado de São Paulo de 1925 ao período atual, pode-se identificar diversas fases relacionadas a AB e sua regionalização, permeadas por mudanças no pensamento sanitário e alterações administrativas (MELLO et al 2011).

A primeira fase, de 1925 a 1967, marcada pela consolidação dos centros de saúde, adoção de programas verticais e padronização de procedimentos. A segunda, de 1968 a 1982, que se distingue pela ampliação dos serviços básicos de saúde e a organização segundo regiões. A terceira, de 1983 a 2001, caracterizada pela introdução da integração de ações e pela visão sistêmica e a quarta fase, de 2002 até a atualidade, na qual se observa rearranjo das gestões para enfrentamento do desafio da regionalização da AB (MELLO et al 2011).

Nesse contexto, em 1982 implementou-se o Programa Metropolitano de Saúde, que deu início ao processo de regionalização e descentralização na saúde no ESP (MELLO et al, 2011).

Em 2006 a administração da secretaria de saúde do ESP foi modificada com a criação de dezessete Departamentos Regionais de Saúde (DRS) (Figura 1) responsáveis pela coordenação, articulação, organização e gerenciamento do sistema de saúde regional, cooperação técnica e publicidade das informações de saúde e gerenciais (SÃO PAULO, 2006).

Figura 1 - Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo



FONTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (2021).

1.3 CONTRATAÇÃO DE ENTES PRIVADOS PARA EXECUÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Paralelamente à reorganização administrativa da AB no ESP, nas últimas décadas do século passado iniciou-se o debate acerca de políticas reorientadoras do papel do Estado em busca de maior eficiência e controle de gastos, o que foi denominado “movimento de reforma do Estado” (CARNEIRO JUNIOR et al, 2011).

Nessa perspectiva, empresas administradas com a lógica do setor privado surgiram como alternativa para prestação de serviços públicos mediante a celebração de contratos com o Estado (CARNEIRO JUNIOR, 2011).

Nesse contexto, a modificação da relação entre público e privado na AB permitiu a efetivação de parcerias entre os municípios e uma variedade de instituições para contratação dos profissionais das equipes de saúde da família (BRASIL, 2005).

Assim, parcerias do governo local com entidades privadas surgem como alternativas de gestão para garantir flexibilidade e agilidade diante das demandas sociais e exigências de atendimento de prazos e metas. Essas parcerias têm sido realizadas para contratação de agentes comunitários de saúde e demais profissionais, aluguel e reformas de imóveis para transformá-los em unidades de atendimento, compra ágil de materiais e equipamentos, realização de capacitações, reposição de profissionais devido à alta rotatividade, incentivo salarial para médicos atuarem nas periferias das cidades, entre outros (CARNEIRO JUNIOR et al, 2011).

No Brasil há vários modelos de contratação para prestação de serviços públicos, como por exemplo a prática de convênios com Organizações Sociais da Saúde (OSS) (BRASIL, 1988) para contratação de profissionais de saúde ou de contratos de gestão em hospitais públicos e unidades básicas de saúde geridas por OSSs (COELHO; GREVE, 2016).

Desde os anos 1990 municípios brasileiros optaram por implementar a ESF via contratação de entes privados (COELHO; GREVE, 2016). A partir de 2001 o município de São Paulo passou a utilizar da contratação convênios com de entes privados para contratação de profissionais e expansão da ESF (COELHO; GREVE, 2016). A seguir, no ESP, disseminou-se a utilização de contratos de gestão com OSSs para gestão de equipamentos de saúde e execução da AB (COELHO; GREVE, 2016).

Entretanto, há dúvidas sobre os efeitos da contratação de trabalhadores da AB por entes privados sobre o desempenho da AB (LIU et al, 2007).

Nesse sentido, diante da dificuldade de estabelecimento de resultados objetivos na ESF, faz-se necessária por parte do Estado a definição de mecanismos de contratação de entes privados e controle das ações desenvolvidas. Experiências em curso devem receber investigação com metodologias e referenciais teóricos adequados (CARNEIRO JUNIOR et al, 2011).

1.4. AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E O USO DO INDICADOR PERCENTUAL DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)

De acordo com Viacava (2004), a avaliação de desempenho de Sistemas de Saúde deve considerar a sua concepção legal, a forma de implantação e os principais problemas de saúde e deveria permitir avaliar em que proporção seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos.

Assim, segundo Viacava (2004), o desempenho do sistema de saúde deve ser avaliado mediante a construção de indicadores de acesso ao sistema, aceitabilidade, respeito aos direitos das pessoas, continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência.

Nesse contexto, a efetividade da AB pode ser aferida por meio da diminuição de internações hospitalares por um grupo de causas determinadas, denominadas internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) (NEDEL, 2008).

As condições sensíveis à atenção básica (CSAB) são problemas de saúde atendidos pela AB e que não deveriam levar à internações hospitalares. As hospitalizações por CSAB são um indicador da efetividade da AB, presume-se que as pessoas internadas por CSAB não receberam cuidado efetivo e oportuno (HOMAR; MATUTANO, 2003)

O incremento de medidas preventivas, assim como melhora dos tratamentos ambulatoriais deveria implicar na redução de internações hospitalares. As ICSAB são devidas aos problemas de saúde passíveis de prevenção por intervenções próprias da AB: prevenção do surgimento dos problemas de saúde, diagnóstico precoce e tratamento dos episódios agudos, controle e seguimento das patologias de evolução crônica (HOMAR; MATUTANO, 2003).

O indicador ICSAB foi criado ao final da década de 1980 nos Estados Unidos para avaliação da consequência da falta de acesso aos serviços de APS. Posteriormente, o indicador foi aplicado e acompanhado em países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico com alguns resultados que acumulam evidências no sentido de que o acesso e acompanhamento ambulatorial de pacientes em serviços de AB permitem reduzir as internações às chamadas CSAB (NEDEL et al, 2010).

Contudo, há fatores relevantes que podem condicionar as ICSAB como as características socioeconômicas, educacionais, culturais, hábitos sanitários, rede suporte social e atitudes do paciente diante das alternativas de tratamento, facilidade de acesso à atenção especializada (AE), baixo nível de coordenação entre a AE e a APS, barreiras de acesso e baixa efetividade da assistência oferecida na AB (HOMAR; MATUTANO, 2003).

Deste modo, embora existam fatores determinantes para as ICSAB que estão fora do controle dos cuidados oferecidos pela AB, o que implica em limitações deste indicador para avaliar a assistência prestada pela AB, o percentual de ICSAB é um indicador que agrega informação para auxiliar na formulação de propostas de intervenção nas redes de saúde, contudo não deve ser utilizado isoladamente como indicador de qualidade da AB (SÃO PAULO, 2019).

1.5 REFERENCIAL TEÓRICO

A avaliação da qualidade dos cuidados em saúde é uma questão das mais atuais na formulação de políticas de saúde. Vários são os aspectos na definição do conceito de qualidade. De acordo com o Joint Committee on Standards (1994) e Scriven (1991) avaliação é a determinação do esforço, mérito ou valor de algo.

Para Donabedian (1990) o conceito de qualidade envolve sete componentes: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

O conceito de eficácia refere-se ao grau de resultado produzido por determinada intervenção. A informação sobre a eficácia de uma intervenção é fundamental para estabelecer a efetividade dessa (DONABEDIAN, 1990)

Efetividade é o grau que a eficácia é de fato atingida (DONABEDIAN, 2003) ou o grau de alcance do resultado desejado pela intervenção ou ação, isto é, o resultado alcançado.

Nessa linha, Donabedian (1990) define eficiência como a relação entre a efetividade e seu custo.

Na mesma perspectiva, a otimização refere-se ao mais vantajoso balanço entre custos e benefícios (DONABEDIAN, 1990).

Aceitabilidade é adaptação do cuidado oferecido às expectativas dos pacientes e suas famílias. A legitimidade introduz aceitação dos cuidados oferecidos pela sociedade. Equidade refere-se à distribuição dos cuidados e seu benefício entre os membros de uma população (DONABEDIAN, 1990).

Outrossim, de acordo com o modelo conhecido como a tríade de Donabedian, a avaliação da qualidade deve ocorrer com o uso de indicadores que avaliem três dimensões: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN 1990).

O estudo da estrutura abrange a avaliação de elementos perenes da instituição, ou seja, a área física, profissionais, materiais e financeiros e a organização dos serviços (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006).

Já o estudo do processo avalia o indivíduo e a população. Descreve-se as atividades assistenciais, a competência dos profissionais responsáveis pela assistência e o cumprimento dos aspectos éticos durante todo o período do atendimento (SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

No estudo do resultado são avaliadas as consequências obtidas no cuidado da população, satisfação do usuário e da equipe assistencial (DONABEDIAN, 1992; SILVA; FORMIGLI, 1994; PERTENCE; MELLEIRO, 2010; D'INNOCENZO et al., 2006).

Ademais para Viacava (2004), a avaliação de sistemas de saúde é composta pela análise de três dimensões: os determinantes de saúde, condições de saúde da população e a estrutura do sistema de saúde, condicionando as possibilidades de desempenho do sistema de saúde.

Também para Viacava (2004), o desempenho dos sistemas de saúde deve ser analisado considerando-se o acesso, aceitabilidade, continuidade, adequação, segurança, efetividade e eficiência.

Deste modo, o percentual de ICSAB, uma vez que afere o percentual de internações por motivos que não deveriam resultar em necessidade de atenção hospitalar, é um indicador de resultado (DONABEDIAN, 1990) e de desempenho da AB (VIACAVA, 2004), contudo ressalta-se que a avaliação da qualidade da AB exige a utilização de outros indicadores que avaliem outras dimensões desse nível de atenção. (DONABEDIAN, 1990; VIACAVA, 2004).

1.6 JUSTIFICATIVA

Diante da realidade da contratação intermediada de trabalhadores da AB no ESP torna-se importante investigar a dimensão de desempenho da AB segundo modelos de contratação. Sendo o ICSAB um indicador sensível a variações de desempenho da AB, a exploração da distribuição desse indicador nos últimos anos no ESP pode refletir os efeitos da contratação intermediada no desempenho da AB e trazer contribuições e recomendações para a melhor organização da AB no ESP.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a distribuição do percentual de internações por condições sensíveis à AB no ESP de 2009 a 2018.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a distribuição e evolução do percentual de internações por condições sensíveis à AB no estado de São Paulo segundo contratação intermediada, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM), porte populacional municipal e DRS de 2009 a 2018.

3 METODOLOGIA

Este foi um estudo ecológico de série temporal descritivo com utilização de dados secundários a partir do levantamento do percentual de ICSAB de 2009 a 2018.

3.1 UNIVERSO DE ESTUDO

O universo do estudo compreendeu todos os 645 municípios do estado de São Paulo, unidade federativa situada na região Sudeste do Brasil, com 248 222,362 km² de área, com aproximadamente 46 milhões de habitantes (cerca de 22% da população brasileira) (IBGE, 2018).

A administração dos serviços de saúde do Estado de São Paulo se faz por meio dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), atendendo decreto estadual nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006 (SÃO PAULO, 2006). Há no Estado de São Paulo 17 DRSs, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação com os municípios (SÃO PAULO, 2006).

3.2 INDICADORES QUE SERÃO UTILIZADOS

Foram utilizados o percentual de internações por condições sensíveis à AB (ICSAB), duas variáveis descritoras do contexto da AB, índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) e população municipal estimada e 20% de contrato intermediado.

O percentual de ICSAB é calculado utilizando-se a seguinte fórmula: número de internações por causas sensíveis selecionadas à Atenção Básica, em determinado local e período

X 100 / Total de internações clínicas, em determinado local e período (FIOCRUZ, 2021) (Quadro 1).

Quadro 1: Método de cálculo do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica

Indicador	Numerador	Denominador	Cálculo
Percentual de ICSAB	Número de internações por condições sensíveis à AB realizadas para residentes do município e pagas pelo SUS no período avaliado X 100	Número de internações totais de residentes do município pagas pelo SUS no período avaliado	Número de internações por condições sensíveis à AB realizadas para residentes do município e pagas pelo SUS no período avaliado X 100 / Número de internações totais de residentes do município pagas pelo SUS no período avaliado

FONTE: FIOCRUZ, 2021.

O IDHM é o resultado da média aritmética dos IDHM educacional, de longevidade e de renda. O IDHM foi organizado segundo percentis: percentil 25, percentil 25-50, percentil 50-75 e percentil 75.

Os municípios foram distribuídos de acordo com estratos de número de habitantes: pequeno porte (menos de 50.000 habitantes), médio porte (de 50.000 a menos de 100.000 habitantes) e grande porte (100.000 habitantes ou mais) (BARROS e LUPPI, 2018).

O indicador 20% de contrato intermediado foi organizado de acordo com o percentual de contratação intermediada de trabalhadores da AB a partir de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). No CNES são definidas as terminologias dos vínculos de trabalho dos profissionais segundo: estatutário efetivo, empregador público celetista, contrato temporário ou por prazo/tempo determinado, cargo comissionado, celetista, autônomo, residência, estágio, bolsa, intermediado e informal. Nesse estudo foram considerados como municípios sem contratação intermediada aqueles com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB e com contratação intermediada de trabalhadores aqueles que apresentaram 20% ou mais dos trabalhadores da AB contratados de modo intermediado em junho de 2019 (CARNEIRO JUNIOR et. al., 2020). Nesse estudo essa variável foi denominada 20% de contrato intermediado, categorias: sim ou não (Quadro 2).

Quadro 2: Indicador 20% de contratação intermediada, percentual de contratação intermediada, categorias de contratação intermediada

Indicador	Percentual de contratação intermediada	Categorias
20% de contrato intermediado	Menos de 20%	Não
	20% ou mais	Sim

FONTE: CARNEIRO JUNIOR ET. AL., 2020.

3.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

As taxas de ICSAB de 2009 a 2018 foram extraídas do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O SIH/SUS é o sistema de informação que armazena dados sobre as internações hospitalares no âmbito do SUS, informadas mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos e consolidadas pelos municípios e Estados da Federação, que, após sua análise e aprovação, enviam ao SUS para processamento.

Foi utilizado o Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil (PNUD, 2017) para extração dos dados referentes aos IDHMs em 2017, última atualização disponível.

O Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil é uma plataforma desenvolvida pelo Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD) de consulta ao índice de desenvolvimento humano dos municípios brasileiros. O Atlas contém informações sobre

demografia, renda, educação, vulnerabilidade, habitação e trabalho, com dados oriundos dos censos demográficos de 1991, 2000 e 2010.

Informações sobre o número estimado de habitantes em 2018 de cada município foram extraídas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O IBGE é o principal provedor de dados e informações do País mediante a realização periódica de censos. O último censo ocorreu em 2010.

Informações sobre o tipo de gestão da AB de cada município foram obtidas a partir de pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em junho de 2019.

O CNES é o cadastro obrigatório de informações sobre o estabelecimento de saúde junto ao Ministério da Saúde. Nele são informados o endereço do estabelecimento, características físicas, equipamentos existentes, serviços prestados, profissionais que nele atuam, tipo de vínculo de trabalho e gestor responsável. Após a efetivação do cadastro, o estabelecimento de saúde recebe um código de identificação junto ao Ministério da Saúde, denominado número do CNES.

Quadro 3: Indicadores utilizados e respectivas fontes de informação

Indicador	Fonte de informação
ICSAB	SIH/SUS
IDHM	Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil
População municipal	IBGE
20% de contratato intermediado	CNES

FONTE: SIH/SUS, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL, IBGE, CNES, 2019.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi constituída pela descrição do indicador percentual de ICSAB segundo IDHM, porte populacional municipal e 20% de contrato intermediado. A medida de resumo empregada nas distribuições foi a mediana, com seus respectivos valores de percentis 25 e 75 e os valores máximos e mínimos. Também foi descrita a distribuição e variação do percentual de ICSAB segundo DRS.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Foram utilizados exclusivamente dados secundários, todos disponíveis em fontes oficiais para consulta pública. Não foi realizada coleta direta ou indireta de dados com seres humanos e não foram utilizados dados de caráter sigiloso.

Deste modo, considerando-se a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012, a pesquisa realizada não caracteriza pesquisa que envolva seres humanos. Assim, não se fez necessária a submissão deste projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados mostraram que 603 (93,5%) municípios do ESP apresentavam menos 20% de contratação intermediada de trabalhadores de AB e 42 (6,5%) apresentavam mais de 20% (Tabela 1).

Haviam no ESP 511 (79,2%) municípios de pequeno porte, 57 (8,8%) de médio porte e 77 (11,9%) de grande porte (Tabela 1). Apresentavam mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB 13 municípios de pequeno porte, 9 municípios de médio porte e 20 municípios de grande porte (Tabela 1).

A distribuição do IDH segundo percentis mostrou que 170 (26,4%) municípios do ESP se encontravam no percentil < 25, 155 (24%) no percentil 25-50, 161 (25%) no percentil 50-75 e 159 (24,7%) no percentil > 75 (Tabela 1). Segundo a estratificação do IDHM, apresentavam mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB 6 municípios com IDHM no percentil <25, 4 municípios com IDHM no percentil 25-50, 5 municípios com IDHM no percentil 50-75 e 27 municípios com IDHM no percentil >75 (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos municípios do estado de São Paulo segundo 20% de contrato intermediado (2019), porte municipal (2018) e estratos do índice de desenvolvimento humano municipal (2017)

Variáveis	20% de contrato intermediado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Porte						
Municipal						
Pequeno	13	31,0	498	82,6	511	79,2
Médio	9	21,4	48	8,0	57	8,8
Grande	20	47,6	57	9,5	77	11,9
Estratos do						
IDHM						
p <25	6	14,3	164	27,2	170	26,4
p 25-50	4	9,5	151	25,0	155	24,0
p 50-75	5	11,9	156	25,9	161	25,0
p >75	27	64,3	132	21,9	159	24,7
Total	42	100,0	603	100,0	645	100,0

FONTE: CNES, IBGE, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2019.

Três DRSs não apresentavam municípios com gestão contratualizada: Barretos, Franca e Presidente Prudente. A DRS com maior número de municípios com gestão contratualizada era a da Grande São Paulo (11) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos Departamentos Regionais de Saúde e respectivos municípios (2021) segundo 20% de contrato intermediado (2019)

DRS	20% de contrato intermediado					
	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Grande São Paulo	11	26,2	28	4,6	39	6,0
Araçatuba	2	4,8	38	6,3	40	6,2
Araraquara	2	4,8	22	3,6	24	3,7
Baixada Santista	2	4,8	7	1,2	9	1,4
Barretos	0	0,0	18	3,0	18	2,8
Bauru	3	7,1	65	10,8	68	10,5
Campinas	1	2,4	41	6,8	42	6,5
Franca	0	0,0	22	3,6	22	3,4
Marília	2	4,8	60	10,0	62	9,6
Piracicaba	1	2,4	25	4,1	26	4,0
Presidente Prudente	0	0,0	45	7,5	45	7,0
Registro	3	7,1	12	2,0	15	2,3
Ribeirão Preto	1	2,4	25	4,1	26	4,0
São João da Boa Vista	2	4,8	18	3,0	20	3,1
São José do Rio Preto	4	9,5	98	16,3	102	15,8
Sorocaba	5	11,9	43	7,1	48	7,4
Taubaté	3	7,1	36	6,0	39	6,0
Total	42	100,0	603	100,0	645	100,0

FONTE: CNES, 2019. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2021.

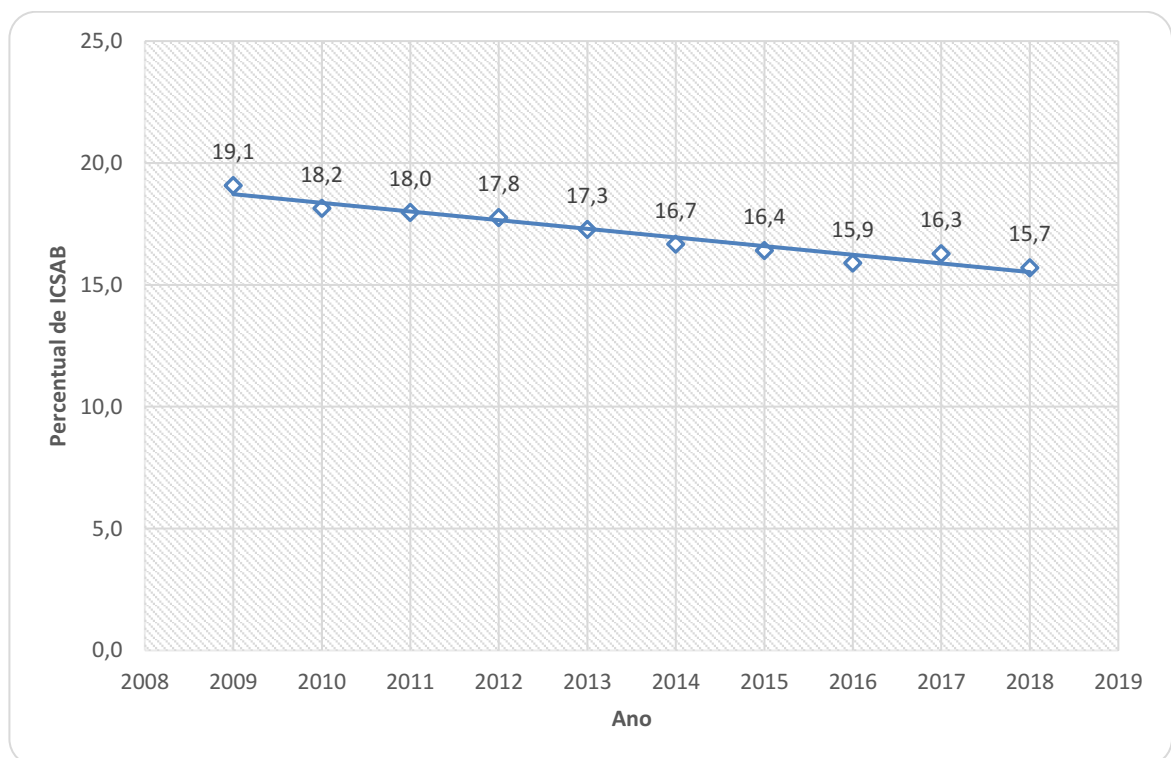
A distribuição do percentual de ICSAB no Estado de São Paulo de 2009 a 2018 apresentou variação da mediana de 19,1 (2009) a 15,7 (2018) (-17,8%), do percentil 25 de 14,7 (2009) a 13,0 (2016) (-11,5%) e do percentil 75 de 25,2 (2010) a 20,8 (2016) (-17,4%). O valor mínimo do ICSAB no período analisado foi 2,4 (2009) e máximo 58,1 (2015 e 2016) (Tabela 3 e Figura 2).

Tabela 3 - Distribuição do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no estado de São Paulo de 2009 a 2018 segundo estratos, valor mínimo e máximo

Ano	Estratos do percentual de ICSAB				
	Mediana	Mínimo	Máximo	percentil 25	percentil 75
2009	19,1	2,4	52,6	14,7	24,7
2010	18,2	4,3	57,0	14,0	25,2
2011	18,0	3,6	52,6	14,0	24,1
2012	17,8	4,6	51,9	13,9	23,8
2013	17,3	4,8	52,4	13,4	22,5
2014	16,7	6,4	53,3	13,1	21,7
2015	16,4	4,3	58,1	13,2	21,3
2016	15,9	4,4	58,1	13,0	21,2
2017	16,3	4,1	52,3	13,2	20,8
2018	15,7	3,4	56,2	12,8	20,0

FONTE: SIH/SUS, 2019.

Figura 2 - Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no estado de São Paulo de 2009 a 2018



FONTE: SIH/SUS, 2019.

A diferença da mediana do percentual de ICSAB entre 2009 e 2018 segundo DRS apresentou maior variação negativa em Franca (-32,9%) e variação positiva em Registro (1,7%) e Sorocaba (0,9%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Diferença da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica entre 2009 e 2018 segundo Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo

DRS	ICSAB		
	2009	2018	Diferença % 2009-2018
Grande São Paulo	15,1	13,4	-11,4
Araçatuba	23,6	20,5	-13,1
Araraquara	19,4	16,4	-15,1
Baixada Santista	16,2	11,3	-30,3
Barretos	20,7	17,4	-15,8
Bauru	20,6	15,2	-26,4
Campinas	15,5	13,7	-11,6
Franca	21,6	14,5	-32,9
Marília	19,9	17,5	-12,3
Piracicaba	12,4	11,0	-11,3
Presidente Prudente	23,6	22,1	-6,3
Registro	11,2	11,4	1,7
Ribeirão Preto	18,8	15,3	-18,9
São João da Boa Vista	22,2	16,4	-26,0
São José do Rio Preto	23,9	18,4	-22,9
Sorocaba	15,3	15,4	0,9
Taubaté	15,0	14,3	-4,8

FONTE: SIH/SUS, 2019.

Explorando-se as duas DRSs que apresentaram aumento do percentual de ICSAB no período avaliado, a DRS de Registro compreende 15 municípios: Barra do Turvo, Cajati, Cananéia, Eldorado, Iguape, Ilha Comprida, Iporanga, Itarari, Jacupiranga, Juquiá, Miracatu, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Registro e Sete Barras, entre os quais 14 eram municípios de pequeno porte populacional, 10 possuíam IDHM estratificado no percentil menor que 25 e três apresentavam mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. Cinco

municípios dessa DRS apresentaram aumento da mediana do ICSAB no período avaliado: Ilha Comprida, Iporanga, Itarari, Pedro de Toledo e Sete Barras. Entre esses municípios, dois eram municípios com IDH estratificado no percentil menor que 25 e com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB: Itarari e Pedro de Toledo.

A DRS de Sorobaba compreende 48 municípios: Alambari, Alumínio, Angatuba, Apiaí, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Barra do Chapéu, Boituva, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Capela do Alto, Cerquilha, Cesário Lange, Guapiara, Guareí, Ibiúna, Iperó, Itaberá, Itaóca, Itapetininga, Itapeva, Itapiruã Paulista, Itararé, Itu, Jumirim, Mairinque, Nova Campina, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Quadra, Ribeira, Ribeirão Branco, Ribeirão Grande, Riversul, Salto, Salto de Pirapora, São Miguel Arcanjo, São Roque, Sarapuí, Sorocaba, Tapiraí, Taquarivaí, Tatuí, Tietê e Votorantim. Esse DRS possuía 36 municípios de pequeno porte populacional, 30 municípios com IDHM estratificado no percentil menor que 25 e cinco municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. Observou-se aumento da mediana do ICSAB em 19 municípios desse DRS: Alambari, Alumínio, Barra do Chapéu, Bom Sucesso do Itararé, Capão Bonito, Guapiara, Ibiúna, Iperó, Itapetininga, Jumirim, Nova Campina, Ribeirão Grande, Riversul, Salto, Salto de Pirapora, São Miguel Arcanjo, Sarapuí, Sorocaba, e Votorantim. Entre esses municípios, quatro eram municípios com IDHM estratificado no percentil menor que 25 e mais de 20% de contratação intermediada dos trabalhadores da AB: Angatuba, Apiaí, Porto Feliz e Ribeirão Grande.

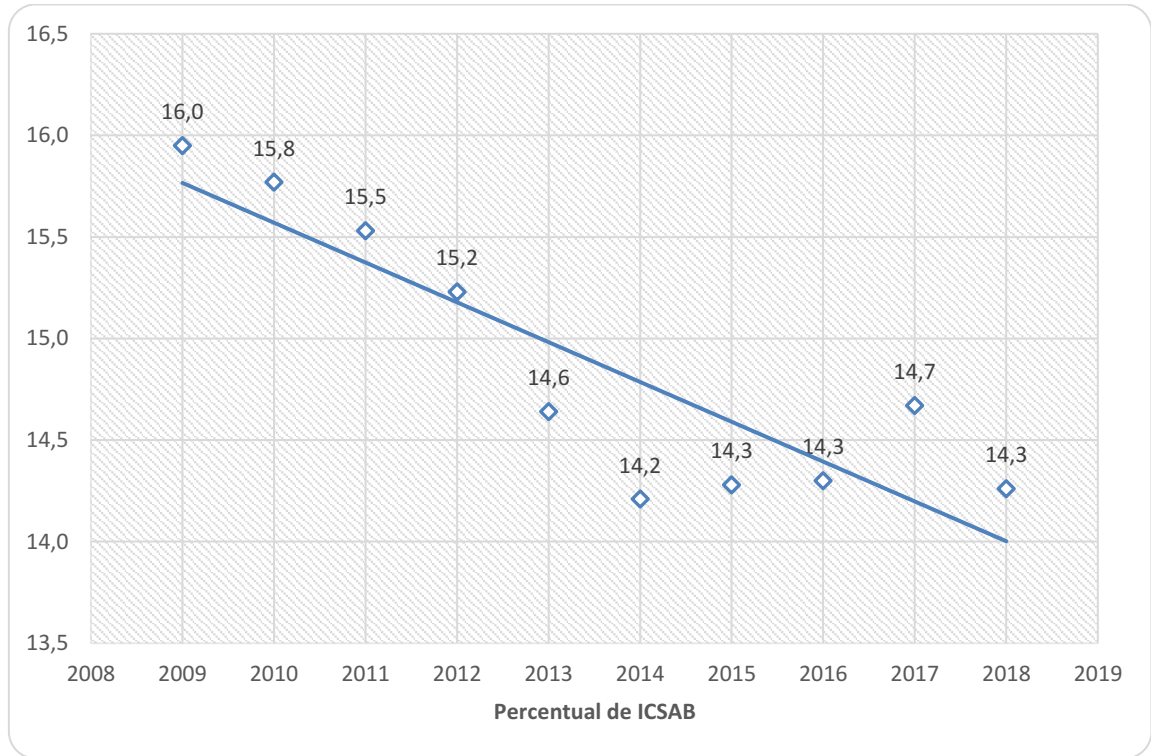
Entre os municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB a mediana do percentual de ICSAB de 2009 a 2018 apresentou redução de 16,0 para 14,3 (-10,6%) e entre os municípios com menos de 20% de contratação intermediada houve redução de 19,5 para 15,8 (-18,9%) (Tabela 5 e Figuras 3 e 4).

Tabela 5 - Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo 20% de contrato intermediado (2019)

Ano	Mediana do ICSAB	
	20% de contrato intermediado	
	Sim	Não
2009	16,0	19,5
2010	15,8	18,0
2011	15,5	18,3
2012	15,2	18,0
2013	14,6	17,4
2014	14,2	16,9
2015	14,3	16,7
2016	14,3	16,1
2017	14,7	16,3
2018	14,3	15,8

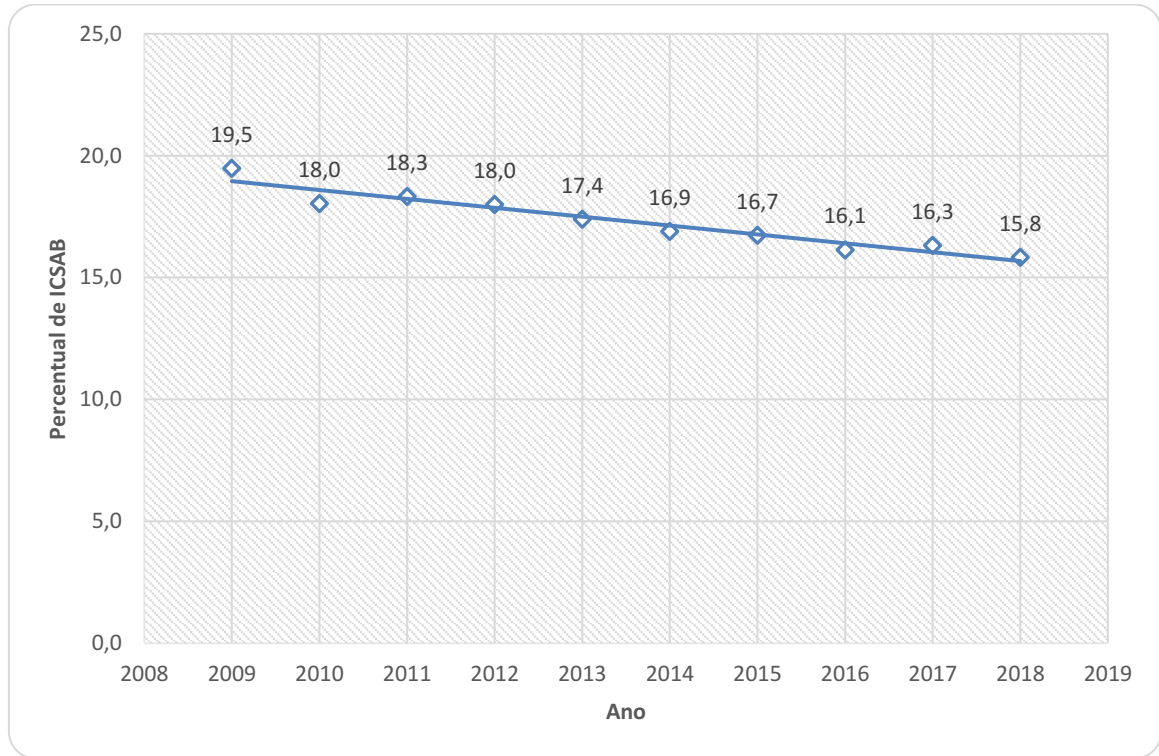
FONTE: SIH/SUS, CNES, 2019.

Figura 3 - Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 nos municípios do estado de São Paulo com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica (2019)



FONTE: SIH/SUS, CNES, 2019.

Figura 4 - Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 nos municípios do estado de São Paulo com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica (2019)



FONTE: SIH/SUS, CNES, 2019.

A mediana do percentual de ICSAB no período avaliado apresentou redução de 20,7 para 16,5 (-20,2%) entre os municípios de pequeno porte, de 17,3 para 14,9 (-13,8%) entre os municípios de médio porte e de 14,8 para 13,7 (-7,4%) entre os municípios de grande porte (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição da medianas do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo o porte municipal (2018)

Ano	Porte Municipal		
	Pequeno	Médio	Grande
2009	20,7	17,3	14,8
2010	20,5	16,7	15,0
2011	19,6	16,7	15,0
2012	19,2	16,1	14,2
2013	18,7	15,9	13,9
2014	17,8	14,5	13,6
2015	17,6	15,3	13,5
2016	16,8	15,6	13,7
2017	16,9	15,9	13,6
2018	16,5	14,9	13,7

FONTE: SIH/SUS, IBGE, 2019.

De 2009 a 2018 os municípios de pequeno porte com mais de 20% de contratação intermediada dos trabalhadores da AB apresentaram redução da mediana do percentual de ICSAB de 16,1 para 13,5 (-16,1%) e com menos de 20% de contratação intermediada de 20,8 para 16,6 (-20,1%).

Os municípios de médio porte com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB apresentaram redução da mediana do percentual de ICSAB no período avaliado de 17,9 para 13,6 (-24,0%) e com menos de 20% de contratação intermediada de 16,8 para 15,2 (-9,5%).

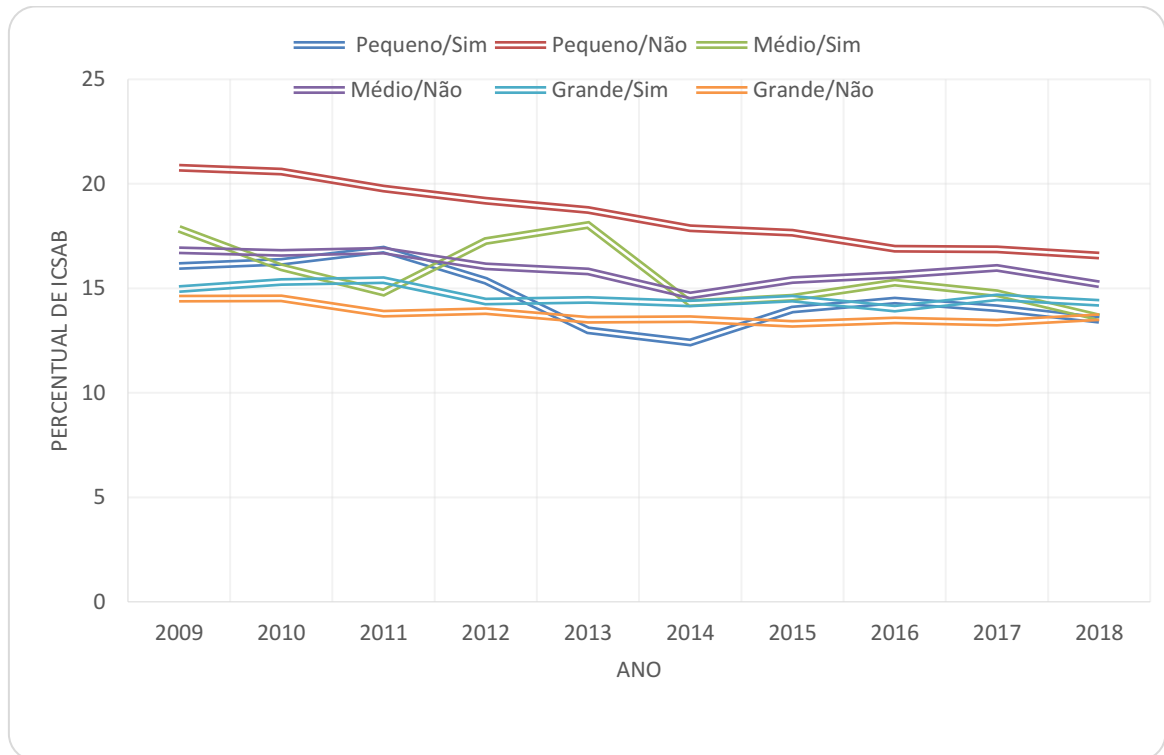
Os municípios de grande porte com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB apresentaram redução do percentual de ICSAB no mesmo período de 15,0 para 14,3 (-4,6%) e com menos de 20% de contratação intermediada de 14,5 para 13,6 (-6,2%) (Tabela 7 e Figura 5).

Tabela 7 - Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo porte municipal (2018) e 20% de contrato intermediado (2019).

Ano	Porte municipal					
	Pequeno		Médio		Grande	
	20% de contrato intermediado					
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
2009	16,1	20,8	17,9	16,8	15,0	14,5
2010	16,3	20,6	16,0	16,7	15,3	14,5
2011	16,9	19,8	14,8	16,8	15,4	13,8
2012	15,4	19,2	17,3	16,1	14,4	13,9
2013	13,0	18,8	18,0	15,8	14,5	13,5
2014	12,4	17,9	14,3	14,7	14,3	13,5
2015	14,0	17,7	14,6	15,4	14,5	13,3
2016	14,4	16,9	15,3	15,6	14,0	13,5
2017	14,1	16,9	14,8	16,0	14,6	13,4
2018	13,5	16,6	13,6	15,2	14,3	13,6

FONTE: CNES, IBGE, SIH/SUS, 2019.

Figura 5 - Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo porte populacional municipal (2018) e 20% de contrato intermediado (2019)



FONTE: SIH/SUS, CNES, IBGE, 2019.

De 2009 a 2018 a mediana do percentual de ICSAB dos municípios do ESP com IDH estratificado no percentil 25 apresentou redução de 18,8 para 15,1 (-19,6%), com IDH estratificado no percentil 25-50 apresentou redução de 20,5 para 16,1 (-21,4%), com IDH estratificado no percentil 50-75 apresentou redução de 20,2 para 16,8 (-16,8%) e com IDH estratificado no percentil 75 apresentou redução de 17,0 para 15,2 (-10,5%) (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição da mediana do percentual de interações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo estratos do índice de desenvolvimento humano municipal (2017)

Ano	Índice de desenvolvimento humano municipal			
	percentil 25	percentil 25-50	percentil 50-75	percentil 75
2009	18,8	20,5	20,2	17,0
2010	17,8	20,0	19,1	16,6
2011	17,7	18,9	19,6	16,4
2012	17,5	18,7	19,3	16,3
2013	16,9	18,3	18,3	16,2
2014	17,0	17,1	18,1	15,1
2015	17,2	16,4	17,5	15,3
2016	16,1	16,7	16,6	15,3
2017	15,7	16,7	17,5	15,3
2018	15,1	16,1	16,8	15,2

FONTE: FONTE: SIH/SUS, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2019.

De 2009 a 2018 a mediana do percentual de ICSAB dos municípios do ESP estratificados no IDH percentil < 25 com mais de 20% de contratação intermediada dos trabalhadores da AB apresentou aumento de 9,8 para 13,5 (+37,7%) e com menos de 20% de contratação intermediada apresentou redução de 18,9 para 15,1 (-20,1%) (Tabela 9).

No mesmo período a mediana do percentual de ICSAB dos municípios do ESP estratificados no IDH percentil 25-50 com mais de 20% de contratação intermediada dos trabalhadores da AB apresentou redução de 15,6 para 15,0 (-3,8%) e com menos de 20% de contratação intermediada redução de 20,5 para 16,1 (-21,4%) (Tabela 9).

Entre os municípios do ESP estratificados no IDH percentil 50-75 e com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB, a mediana do percentual de ICSAB apresentou no mesmo período redução de 18,0 para 12,8 (-28,8%) e com menos de 20% de contratação intermediada redução de 20,5 para 17,1 (-16,5%) (Tabela 9).

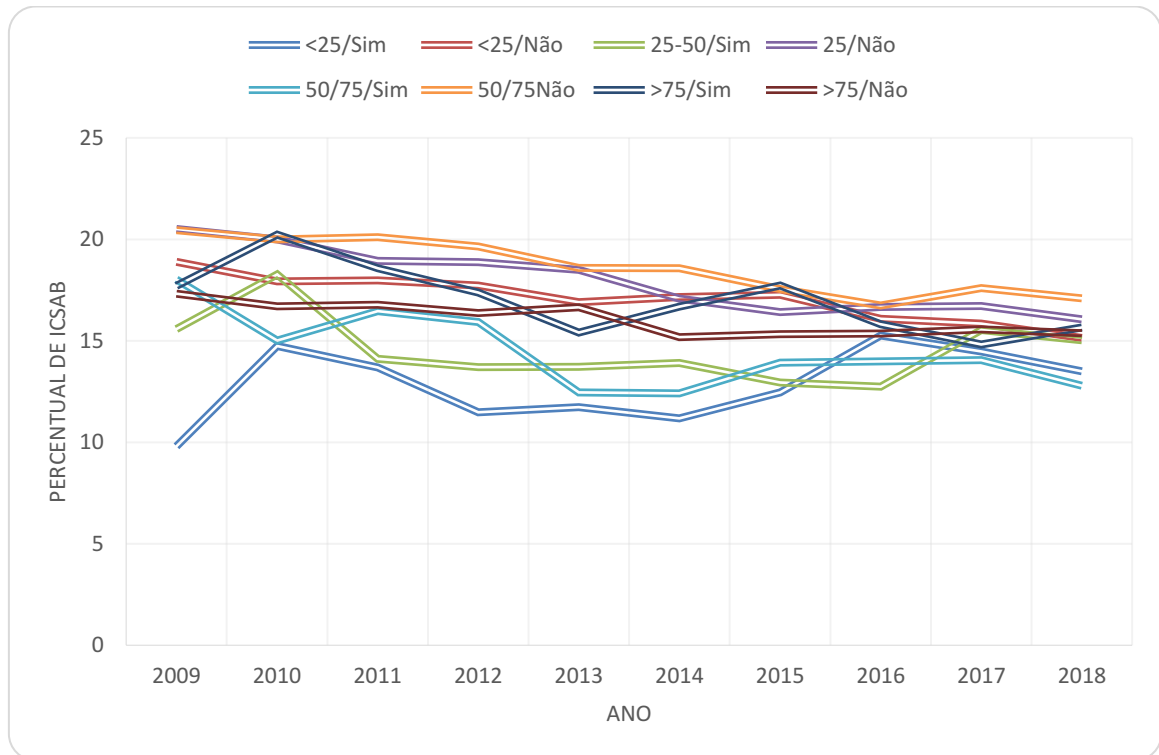
Os municípios do ESP estratificados no IDH percentil > 75 e com mais de 20% de contratação de intermediada de trabalhadores da AB apresentou no mesmo intervalo de tempo redução de 17,7 para 15,7 (-11,2%) e com menos de 20% de contratação intermediada redução de 17,3 para 15,4 (-10,9%) (Tabela 9 e Figura 6).

Tabela 9 - Distribuição da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica (2009 a 2018) segundo o índice de desenvolvimento humano municipal (2017) e 20% de contrato intermediado (2019)

Ano	Estratos do índice de desenvolvimento humano municipal							
	percentil < 25		percentil 25 - 50		percentil 50 - 75		percentil > 75	
	20% de contrato intermediado							
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
2009	9,8	18,9	15,6	20,5	18,0	20,5	17,7	17,3
2010	14,8	17,9	18,3	20,0	15,0	20,0	20,2	16,7
2011	13,7	18,0	14,1	18,9	16,5	20,1	18,6	16,8
2012	11,5	17,7	13,7	18,9	15,9	19,6	17,4	16,4
2013	11,7	16,9	13,7	18,5	12,5	18,6	15,4	16,7
2014	11,2	17,2	13,9	17,1	12,4	18,6	16,7	15,2
2015	12,5	17,3	12,9	16,4	13,9	17,6	17,7	15,3
2016	15,3	16,1	12,7	16,7	14,0	16,7	15,8	15,4
2017	14,5	15,8	15,5	16,7	14,1	17,6	14,8	15,6
2018	13,5	15,1	15,0	16,1	12,8	17,1	15,7	15,4

FONTE: SIH/SUS, CNES, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2019.

Figura 6 - Evolução da mediana do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 no estado de São Paulo segundo índice de desenvolvimento humano municipal (2017) e 20% de contrato intermediado (2019)



FONTE: SIH/SUS, ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2019.

5 DISCUSSÃO

Os resultados desse estudo mostram redução do percentual de ICSAB no ESP no período avaliado, com redução mais pronunciada nos municípios de pequeno porte, de menor IDHM e com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. Adicionalmente, observa-se variação heterogênea da mediana do percentual de ICSAB segundo DRS.

A redução do percentual de ICSAB no ESP nos últimos anos coincide com achados de outros autores (MENDES, 2019) e com a ocorrência da redução do indicador em outros estados (PINTO, 2018) e no Brasil (PINTO e GIOVANELLA, 2018). A redução do ICSAB no Brasil é relacionada por vários autores à ampliação da ESF (PINTO e GIOVANELLA, 2018; CECCON; MENEGUEL; VIECIL, 2014; SALA e MENDES, 2011). No mesmo sentido, observou-se em outros países relação entre o acesso e qualidade da AB e o decréscimo do percentual de ICSAB (ROSANO et al, 2012).

Segundo o porte populacional municipal, observou-se redução mais pronunciada do percentual de ICSAB entre os municípios de pequeno porte, que apresentavam maior cobertura da ESF (SALA e MENDES, 2011).

No mesmo sentido, segundo o IDHM, observou-se redução mais pronunciada do percentual de ICSAB entre os municípios com menor IDH, que apresentavam maior cobertura da ESF (SALA e MENDES, 2011; MOLIN et al, 2015).

Nesse contexto, em razão da associação entre vulnerabilidade socioeconômica e o comportamento do percentual de ICSAB (MENDONÇA et al, 2012), a AB teria grande importância na redução das iniquidades ao atender a população mais vulnerável (PINTO e GIOVANELLA, 2018), com consequente impacto na redução das ICSAB.

Assim, os resultados sugerem que a maior cobertura da ESF entre os municípios do ESP de pequeno porte populacional e menor IDH pode estar relacionada com a redução do percentual de ICSAB no período avaliado.

Ademais, a ampliação de médicos da AB em áreas mais vulneráveis promovida pelo Programa Mais Médicos (PMMB) (RUSSO et al, 2021) pode estar relacionada com a redução do percentual de ICSAB. No mesmo sentido, Ferreira (2017) apontou associação entre a implantação do PMMB com a ampliação da ESF e decréscimo do percentual de ICSAB.

No ESP, segundo classificação realizada em projeto que estudou a contratação intermediada no ESP (CARNEIRO JÚNIOR et. al., 2020), haviam 42 municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB, com predominância de municípios mais populosos e com maior IDH, sabidamente com menor cobertura da ESF (SALA e

MENDES, 2011; MOLIN et al, 2015). Esses municípios apresentaram no período avaliado redução do percentual de ICSAB, contudo inferior à redução observada entre os municípios com menos de 20% de contratação intermediada.

Nesse contexto, os resultados sugerem menor redução do percentual de ICSAB entre os municípios com maior contratação intermediada de trabalhadores da AB, possivelmente em razão da menor cobertura da ESF entre eles.

Contudo, ressalta-se que em municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB, observou-se segundo o porte populacional, redução mais pronunciada do percentual de ICSAB em municípios de médio porte populacional e, segundo o IDHM, observou-se maior redução do percentual de ICSAB em municípios com IDH estratificado no percentil 50-75. Desse modo, os resultados indicam que a contratação intermediada de trabalhadores da AB em municípios de médio porte populacional e IDH estratificado no percentil 50-75 pode contribuir para a redução do percentual do ICSAB.

Também, nos municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB observou-se aumento do percentual de ICSAB entre aqueles com menor IDHM: Itarari, Pedro de Toledo, Angatuba, Apiaí, Porto Feliz e Ribeirão Grande. Esses resultados podem estar relacionados com a maior fragilidade da AB nessas localidades e com vulnerabilidades das gestões locais na negociação com entes privados intermediadores da contratação dos profissionais da AB.

Assim, os resultados sugerem que em municípios com baixo IDH, a contratação intermediada de trabalhadores da AB pode não contribuir para a redução do percentual de ICSAB.

Em relação à distribuição do percentual de ICSAB segundo DRSs, houve redução do percentual de ICSAB em todos os departamentos, exceto nas DRSs de Registro e Sorocaba, onde se observou aumento do percentual de ICSAB. A DRS de Registro compreende 15 municípios, entre os quais dois são municípios com baixo IDH e mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB: Itarari e Pedro de Toledo

Dos 48 municípios da DRS de Sorocaba, quatro eram municípios com baixo IDH e mais de 20% de contratação intermediada dos trabalhadores da AB: Angatuba, Apiaí, Porto Feliz e Ribeirão Grande.

Assim, nas DRSs de Registro e Sorocaba estão concentrados os 6 municípios do ESP com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB e baixo IDH (Tabela 1), que apresentaram aumento do percentual de ICSAB no período avaliado. Também, essas DRSs são geograficamente contíguas (Figura 1). Possivelmente nessas localidades exista maior

dificuldade para fixação de profissionais, havendo maior dependência da contratação intermediada. Deste modo, os resultados indicam a possível associação de determinantes regionais com o aumento do percentual de ICSAB nesses departamentos.

Deste modo, os resultados sugerem que a contratação intermediada de trabalhadores da AB não aparenta ser determinante para a redução do percentual de ICSAB e em municípios com baixo IDH, contudo existem outros fatores que determinam as ICSAB além da AB.

Entretanto, ressalta-se que o percentual de ICSAB é um indicador de desempenho da AB (VIACAVA, 2004) e um dos sete componentes do conceito de qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1990). Também, segundo Donabedian (1990), a avaliação da qualidade é composta pela tríade: estrutura, processo e resultado.

Assim, embora este estudo não tenha como objeto a avaliação de todos os componentes do conceito de qualidade (DONABEDIAN, 1990), o decréscimo mais pronunciado do ICSAB no período avaliado em municípios com provável maior cobertura da ESF pode estar associado com melhorias estruturais nos serviços de saúde e nos processos de trabalho associadas com a prática da ESF. Além disso, as capacitações profissionais continuadas, promovidas pelo PMMB podem estar relacionadas com melhorias nas rotinas da AB nessas localidades em prol da melhor efetividade da AB.

Na mesma linha para Viacava (2004), a avaliação de sistemas de saúde deve considerar os determinantes de saúde associados às condições de saúde da população, que deveriam orientar as características da estrutura do sistema de saúde. Isso posto, a maior cobertura da ESF, em razão das características dessa estratégia, tem o potencial de possibilitar o maior conhecimento dos determinantes de saúde e das condições de saúde da população, favorecendo a elaboração de sistemas de saúde locais orientados para as necessidades de saúde da população e, deste modo, com provável melhor desempenho. Assim, o decréscimo mais pronunciado do ICSAB em municípios com aparente maior cobertura da ESF pode estar relacionado com as características das práticas dessa estratégia, contribuindo para a organização dos sistemas de saúde locais com melhor desempenho.

5.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo utilizou exclusivamente dados secundários, já coletados, tabulados e ordenados pelas fontes de informação (IBGE, SIH/SUS, Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil e CNES), que podem tanto apresentar erros de atualização como de coleta ou registro.

Também, a variação do indicador ICSAB pode ser influenciado por outros fatores além do desempenho da AB. A rede de urgência, por exemplo, pode contribuir para a redução de internações.

Outrossim, é necessário considerar as características do indicador 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. Municípios categorizados com mais de 20% de contratação intermediada podem apresentar percentuais diversos de trabalhadores contratados de modo intermediado.

Também, o indicador 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB considera como contratação intermediada diversos modos de contratação, definidos no CNES segundo diversas terminologias: contrato temporário ou por prazo/tempo determinado, celetista, autônomo, residência, estágio, bolsa, intermediado e informal. Deste modo, os resultados decorrentes da utilização desse indicador não permite inferências sobre modelos específicos de contratação de trabalhadores da AB. Adicionalmente, houve também a utilização de dados do CNES exclusivamente de junho de 2019 para o indicador 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB. A utilização de dados coletados em outro momento pode modificar os resultados do estudo.

6 RECOMENDAÇÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação mostra a necessidade de aprofundamento do estudo dos fatores relacionados com a variação do percentual do ICSAB no ESP, contudo sugere que a contratação intermediada de trabalhadores da AB não parece ser determinante para a redução desse indicador e em municípios vulneráveis pode contribuir para o seu aumento. Também, esse estudo indica que ampliação da ESF pode estar relacionada com o decréscimo do percentual do ICSAB no ESP.

Contudo, ressalta-se que em municípios com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB, observou-se segundo o porte populacional, redução mais pronunciada do percentual de ICSAB em municípios de médio porte populacional e, segundo o IDHM, observou-se maior redução do percentual de ICSAB em municípios com IDH estratificado no percentil 50-75. Mais estudos são necessários para melhor entendimento dos fatores relacionados com esses achados.

No mesmo sentido, a observação de aumento do ICSAB nas DRSs de Registro e Sorocaba indica, além da necessidade de mais estudos para melhor compreensão dos fatores envolvidos com esse resultado, o apoio da gestão estadual para melhoria da efetividade da AB nesses departamentos regionais.

Nesse contexto, faz-se necessária a elaboração de mecanismos de apoio às gestões de municípios vulneráveis na contratação de organizações privadas para execução da AB, bem como o auxílio para a implementação de dispositivos para monitoramento dos resultados. Nessa linha, possivelmente o apoio da gestão estadual tanto por meio da elaboração de modelos de contratos a serem utilizados pelas gestões municipais na contratação de entes privados, bem como o auxílio para o monitoramento do cumprimento desses contratos, seria de grande importância para municípios vulneráveis.

Por fim, diante do achado de decréscimo mais pronunciado do percentual do ICSAB em municípios menos populosos e com menor IDH, localidades com maior cobertura da ESF (SALA e MENDES, 2011), essa estratégia pode estar relacionada com a redução do percentual de ICSAB no período avaliado e a continuidade de sua ampliação pode contribuir para a redução desse indicador.

REFERÊNCIAS

BARROS, T. G; LUPPI, C. G. **Hospitais filantrópicos beneficiados por programa de incentivo financeiro: uma análise de desempenho**. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 52-62, jan-mar 2018.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 16. ed. Organização de Alexandre de Moraes. São Paulo: Atlas, 2000.

BRASIL. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. **Lei 9.637**, de 15 de maio de 1988. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família. Avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, DF.: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial**. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013.

CARNEIRO JÚNIOR, N. et al. **Participação das Organizações Sociais na gestão da Atenção Básica em saúde em municípios do estado de São Paulo**. Processo FAPESP: 2019/03961-8. Relatório Científico, São Paulo, 2020.

CARNEIRO JÚNIOR, N, NASCIMENTO, V. B, COSTA, I. M. C. **Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.971-979, 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em junho 2019.

CECCON, R. F.; MENEGUEL, S. N.; VIECIL, P. R. **Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico**. Rev Bras Epidemiol, 17(4): 968-977, 2014.

COELHO, V. S.; GREVE, J. **As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo**. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, vol. 59, no 3, p. 867 a 901, 2016.

D'INMOCCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem**. Rev. bras. enfermagem, jan-fev; 59(1): 84-8, 2006.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. **The role of outcomes in quality assessment and assurance**. Quality Review Bulletin, 18: 356-360, 1992.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch. Pathol Lab Med, 114, p. 1115- 1118, 1990.

FERREIRA, J. S. **Associação do Programa Mais Médicos com a estratégia saúde da família e as internações de condições sensíveis a atenção primária**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva – Sanitarista. Universidade Federal de Pernambuco, 2017.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS. Disponível em <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php>. Acesso em 2021.

GIOVANELLA, L. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Cadernos de Saúde Pública, 34(8), 2018.

HEIMANN, L. S. et al. **Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.

HOMAR, J. C.; MATUTANO, C. C. **La evaluacion de la atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual**. Aten Primaria, 31(1):61-5, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas populacionais anuais de população para municípios de unidades da federação**. Disponível em <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?edicao=17283&t=downloads>. Acesso em 2019.

JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION. **The program evaluation standards**. 2nd ed, Thousand Oaks, CA: Sage, 1994.

LIU, X.; HOTCHKISS, D. R.; BOSE, S. **The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence.** Health Policy Plan, Jan;23(1):1-13, 2008.

MELLO, G. A.; IBANES, N.; VIANA, A. N. **Um Olhar Histórico Sobre a Questão Regional e os Serviços Básicos de Saúde no Estado de São Paulo.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.853-866, 2011.

MENDONÇA, C. S., HARZHEIM, E., DUNCAN, B. B., NUNES, L. N., LEYH, W. **Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil.** Health Policy Plan, 27:348-55, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática do SUS (Datusus). **Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sih/cnv/qisp.def>. Acesso em 2019.

MOLIN, S. et al. **Equidade da Estratégia Saúde da Família (ESF).** Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 28(1): 113-118, 2015.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, 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, Brasília, 19(1):61-75, 2010.

NEDEL, F. B. **Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS).** Rev. Saúde Pública, vol.42, n.6, pp.1041-1052, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde.** 1978. Alma-Ata, USSR. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

PERTENCE, P. P.; MELEIRO, M. M. **Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário.** Rev Esc Enferm USP, 44(4):1024-31, 2010.

PINTO, F. P.; GIOVANELLA, L. **Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):1903-1913, 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Organização das Nações Unidas. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil.** Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/>. Acesso em 2019.

PORTELA, G. Z. **Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255- 276, 2017.

ROSANO, A. et al. **The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review**. The European Journal of Public Health, 23(3):356-60, 2013.

RUSSO, L. X.; SILVA, E. N.; ROSALES, C.; ROCHA, T. A.; VIVAS, G. **Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária**. Rev Panam Salud Publica, 44:e25, 2020.

SALA, A.; MENDES, J. D. **Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos**. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n.4, p. 912- 926, 2011.

SÃO PAULO (Estado), 2006. **Decreto nº 51.433**, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 2006.

SÃO PAULO (Estado). **Departamentos Regionais de Saúde**. Secretaria de Estado da Saúde, 2021. Disponível em <https://www.saude.sp.gov.br/ses/institucional/departamentos-regionais-de-saude/>. Acesso em 2021.

SÃO PAULO (Estado). **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS/SP – Atualização 2018**. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo Técnico de Avaliação e Informação de Saúde. Boletim Eletrônico Gais, 2019.

SCRIVEN, M. **Evaluation Thesaurus**. Newbury Park, CA. Sage Publications, 1991.

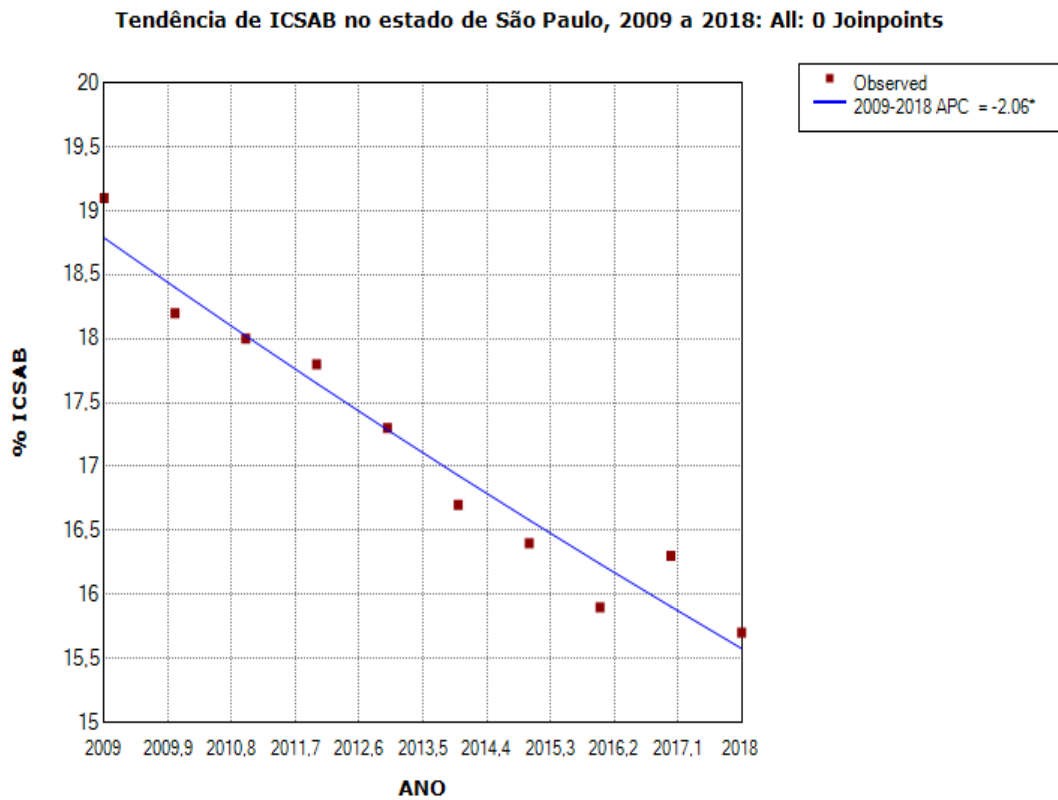
SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

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

VIACAVA, F. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.9, n.3, p.711-724, 2004.

APÊNDICE

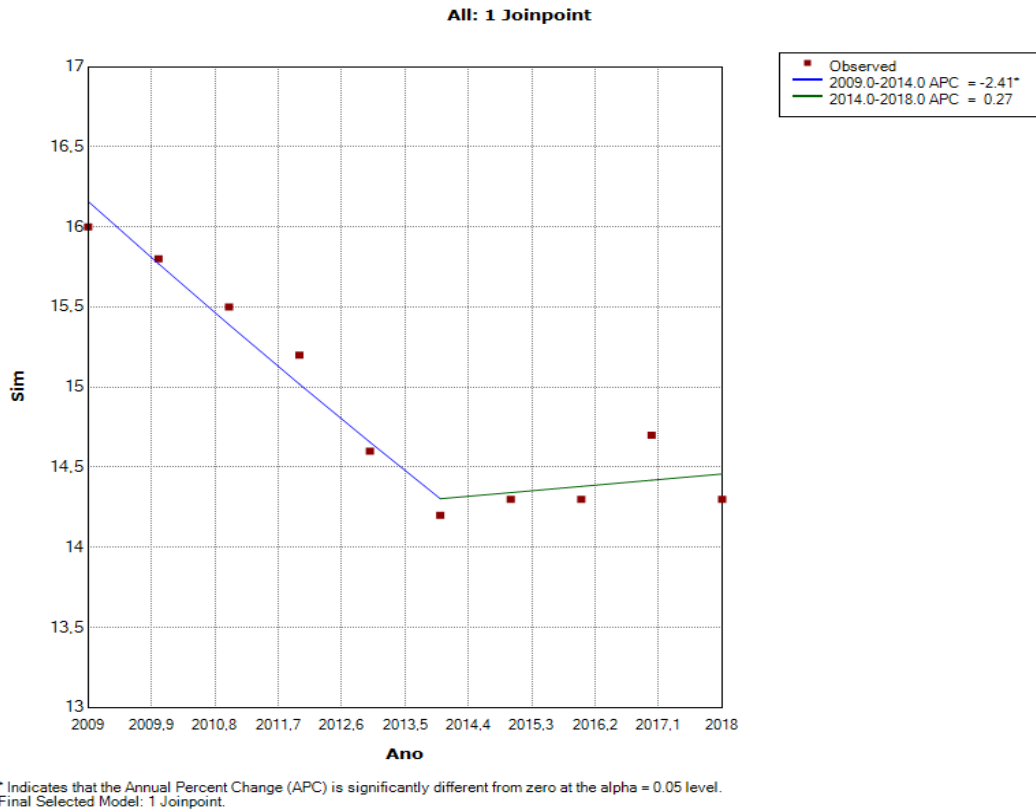
A - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica no estado de São Paulo de 2009 a 2018



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

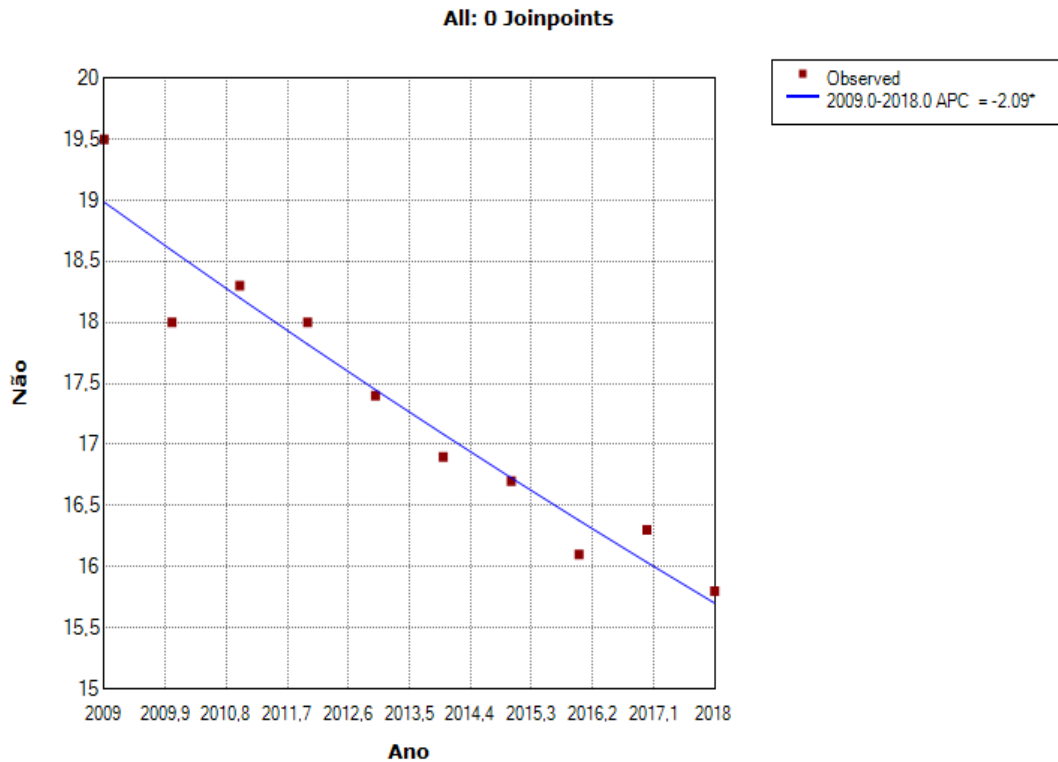
FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018).

B - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019).

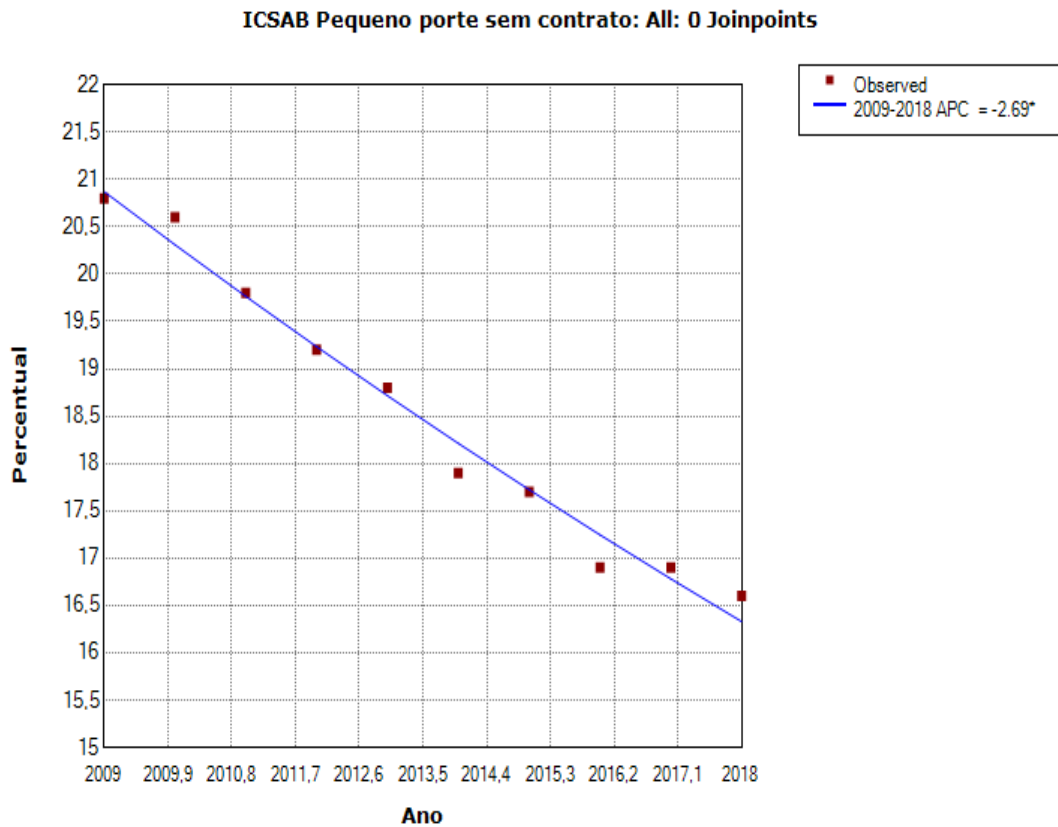
C - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019).

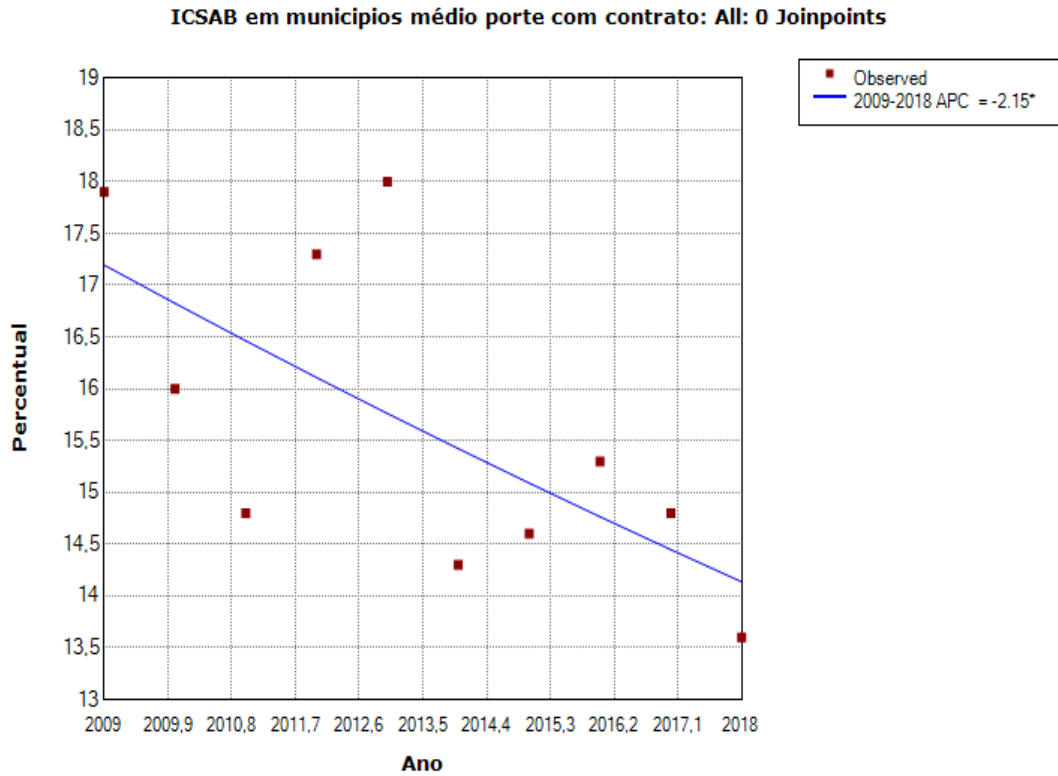
D - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de pequeno porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da AB



*Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019), IBGE (2018).

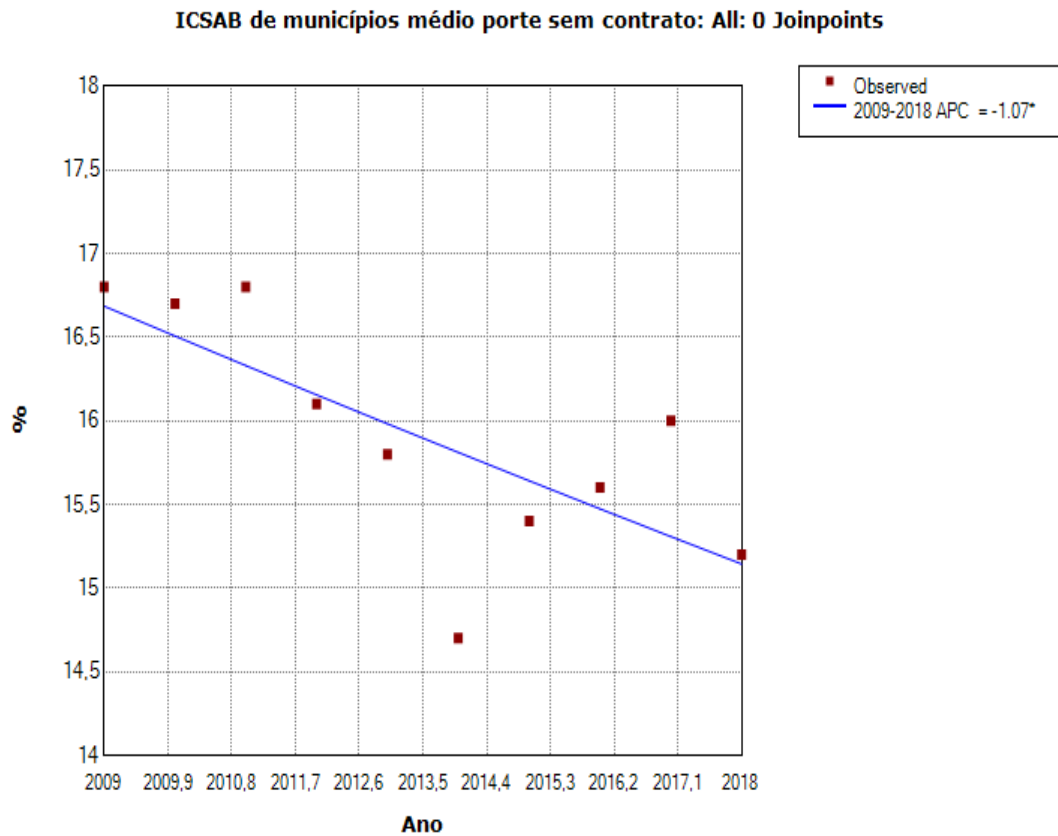
E - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de médio porte populacional com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019), IBGE (2018).

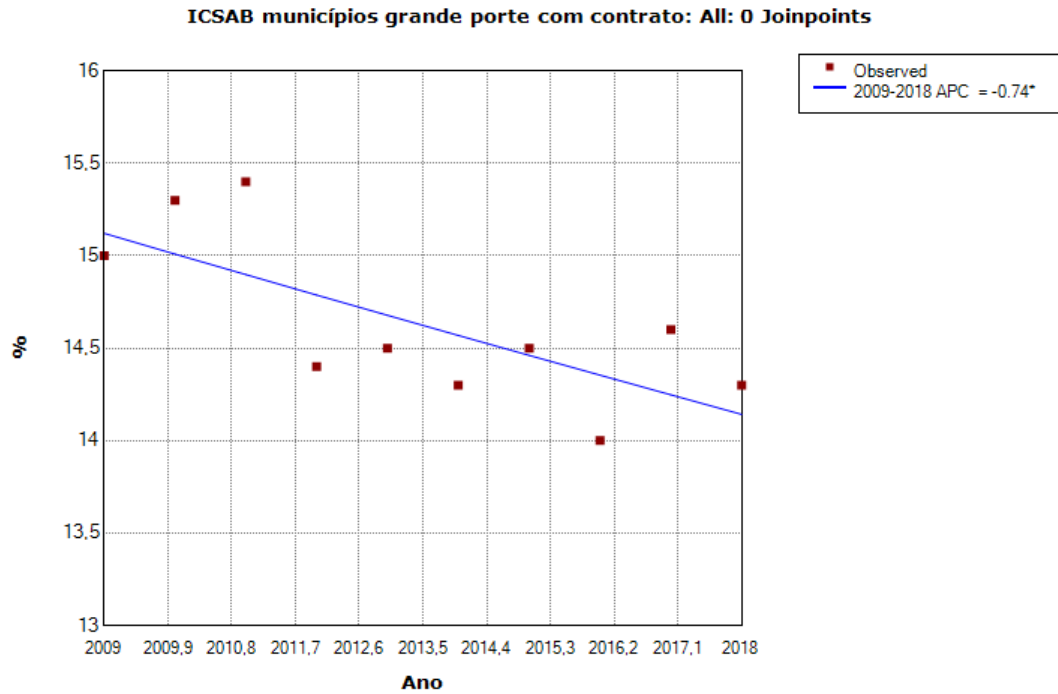
F - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de médio porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019), IBGE (2018).

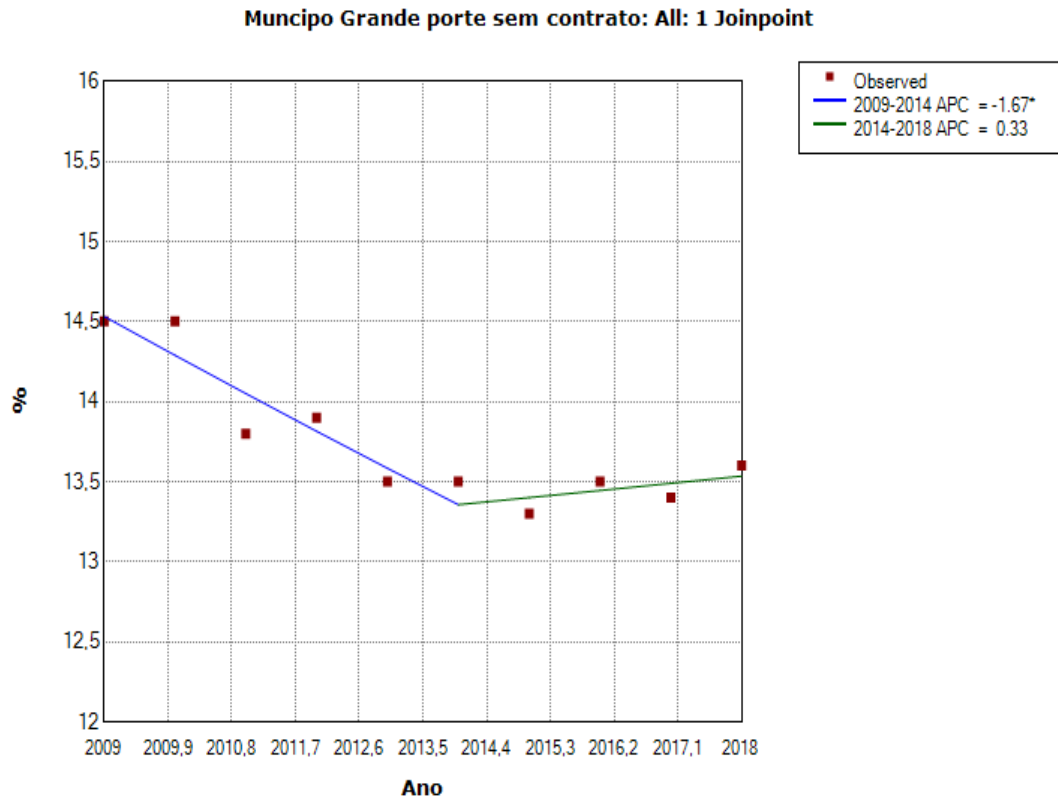
G - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de grande porte populacional com mais de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 0 Joinpoints.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019), IBGE (2018).

H - Tendência do percentual de internações por condições sensíveis à atenção básica de 2009 a 2018 em municípios do estado de São Paulo de grande porte populacional com menos de 20% de contratação intermediada de trabalhadores da atenção básica



* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

FONTE: SIH/SUS (2009 A 2018), CNES (2019), IBGE (2018).