

Impacto do Programa Mais Médicos nas internações por condições sensíveis na Atenção Primária

Impact of the More Doctors Program on hospitalizations due to conditions seen in primary care

Impacto del programa más médicos en las admisiones por condiciones sensibles en Atención Primaria

Adenísio Vicente Martins¹ , Ludmila Grego Maia¹ , Priscila Nunes Pereira¹ , Sérgio Valverde Marques dos Santos¹ , Luiz Almeida da Silva² 

¹Universidade Federal de Goiás – Goiânia (GO), Brasil.

²Universidade Federal de Catalão – Catalão (GO), Brasil.

Resumo

Introdução: No Brasil, um dos principais desafios que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem enfrentado é a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos de família e comunidade.

Assim, o Programa Mais Médicos (PMM) surgiu para suprir a carência de profissionais médicos nas regiões brasileiras, garantindo assistência de qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo: Analisar a efetividade do Programa Mais Médicos no Brasil com base nas internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) antes e depois da implementação.

Métodos: Estudo ecológico de séries temporais, com dados dos anos de 2010 a 2016 — período de três anos antes e depois da implantação do PMM no sudoeste de Goiás — extraídos do Sistema de Informações Hospitalares. A tabulação dos dados foi realizada pelo TabWin3.2, e posteriormente eles foram analisados no programa Stata 15.0, com análise da tendência por meio da regressão linear.

Resultados: A taxa média de internação foi estatisticamente maior que a taxa média de ICSAP ($p < 0,001$). A taxa média de ICSAP nos homens foi estatisticamente maior que a taxa média de ICSAP ($p < 0,05$). Verificou-se redução da taxa de incidência global de ICSAP ($p < 0,001$) após a implantação do PMM ($p < 0,001$). **Conclusões:** Os resultados deste estudo sugerem que a inclusão de médicos nos serviços de APS após a implantação do PMM contribuiu para o acesso aos serviços de saúde, ao mostrar tendência de redução das ICSAP mais significativas em decorrência das ações do Programa.

Palavras-chave: Hospitalização; Consórcios de saúde; Atenção primária à saúde.

Autor correspondente:

Luiz Almeida da Silva

E-mail: enfer_luiz@ufcat.edu.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 17/09/2021.

Aprovado em: 22/07/2022.

Editor associado:

Adelson Jantsch

Como citar: Martins AV, Maia LG, Pereira PN, Santos SVM, Silva LA. Impacto do programa mais médicos nas internações por condições sensíveis na atenção primária. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2022;17(44):3215. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)3215](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)3215)



Abstract

Introduction: In Brazil, one of the main challenges that Family Health Strategy (ESF) has been facing is the high turnover of professionals, especially family and community doctors. Thus, the More Doctors Program (MDP) emerged to meet the shortage of medical professionals in Brazilian regions, to ensure quality care in primary health care. **Objective:** To analyze the effectiveness of the More Doctors Program (MDP) based on hospitalizations for conditions seen in primary care before and after implementation. **Methods:** Ecological time series study, with data from 2010 to 2016, a period of three years before and after the implementation of MDP in Southwest Goiás, extracted from the hospital information system. Data tabulation was performed using TabWin3.2 and later analyzed using the Stata 15.0 program, with trend analysis using linear regression. **Results:** The mean hospitalization rate was statistically higher than that for primary care conditions ($p < 0.001$). The latter was statistically higher in men ($p < 0.05$). There was a reduction in the overall hospitalization rate for primary care-treated conditions ($p < 0.001$) after the implementation of MDP ($p < 0.001$). **Conclusions:** The results of this study suggest that the inclusion of physicians in primary health care services after the implementation of the program contributed to access to health services, by showing a tendency of the Program's actions to reduce the most significant ICSAP.

Keywords: Hospitalization; Health consortia; Primary health care.

Resumen

Introducción: En Brasil, uno de los principales desafíos que la ESF viene enfrentando es la alta rotación de profesionales, especialmente médicos de familia y comunitarios. Así, el PMM surgió para suplir la escasez de profesionales médicos en las regiones brasileñas, para garantizar una atención de calidad en la APS. **Objetivo:** Analizar la efectividad del Programa Más Médicos en Brasil de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles en Atención Primaria antes y después de la implementación. **Métodos:** Estudio ecológico de series de tiempo, con datos de 2010 a 2016, un período de tres años antes y después de la implementación del Programa Más Médicos (PMM) en el Suroeste de Goiás, extraídos del Sistema de Información Hospitalaria. La tabulación de datos se realizó usando TabWin3.2 y luego se analizó usando el programa Stata 15.0, con análisis de tendencias usando regresión lineal. **Resultados:** La tasa promedio de hospitalización fue estadísticamente superior a la tasa promedio de Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles en Atención Primaria (ACSC) ($p < 0,001$). La tasa media de ACSC en los hombres fue estadísticamente más alta que la tasa media de ACSC ($p < 0,05$). Hubo una reducción en la tasa de incidencia global de ACSC ($p < 0,001$) después de la implementación del PMM ($p < 0,001$). Para hombres y mujeres, después de la implementación del PMM, hubo una reducción, además de la tasa de incidencia general de ACSC ($p < 0,05$). **Conclusiones:** Los resultados de este estudio sugieren que la inclusión de médicos en los servicios de APS después de la implementación del PMM contribuyó al acceso a los servicios de salud, al mostrar una tendencia a la reducción de los ICSAP más significativos de las acciones del Programa.

Palabras clave: Hospitalización; Consorcios de salud; Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No Brasil, temos um sistema de saúde planejado para funcionar em níveis de hierarquização, com a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada. Este é o primeiro nível de atenção, sustentado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade, além de garantia de participação popular.¹ Como forma de fortalecer a APS, em 1994 foi lançado o Programa Saúde da Família, hoje estruturado como Estratégia Saúde da Família (ESF).

A ESF tem o intuito de reorganizar o modelo assistencial, tornando-o mais humanizado, redirecionando a atenção e estabelecendo laços fortes com a comunidade e as famílias, em territórios definidos, com ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais, as quais devem contar com um médico de família e comunidade.^{2,3}

Um desafio que a ESF vem enfrentando há alguns anos é a alta rotatividade de profissionais, principalmente médicos de família e comunidade, motivada por variados fenômenos. Estes são divididos por Medeiros et al.⁴ em externos, como a lei da oferta e procura no mercado de trabalho, a conjuntura econômica e as oportunidades de emprego; e internos, que englobam política salarial, política de benefícios, tipo de supervisão, oportunidade de crescimento profissional, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, cultura organizacional e política disciplinar, critérios de avaliação de desempenho e flexibilidade das políticas da instituição.

Há tempos, gestores, estudiosos, trabalhadores e usuários vêm discutindo a alta rotatividade de médicos, a alta densidade e concentração desses profissionais e de vagas de graduação em áreas mais ricas e desenvolvidas. Na tentativa de encontrar uma solução para tais problemas, que impedem a expansão da ESF, em 2013, a Frente Nacional de Prefeitos lançou a campanha nomeada “Cadê o médico?”, que solicitava ao poder público medidas para solucionar essa dificuldade. Nesse mesmo ano, movimentos sociais ganharam as ruas com diversas pautas, entre elas a insatisfação com a qualidade do serviço público de saúde, exigindo uma saúde “padrão FIFA”, já que o Brasil estava em preparativos para sediar a copa do mundo de futebol.^{5,6}

Em julho de 2013, pela Lei nº 12.871, foi consolidado o Programa Mais Médicos (PMM) no Brasil,⁷ que intervém nas três dimensões consideradas necessárias: provimento de profissionais — em caráter emergencial para áreas mais vulneráveis —, melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reordenação da distribuição de vagas de graduação e residência médica, além de mudança de parâmetros curriculares de graduação.⁵

No município de estudo, o programa foi implantado em 2014, inicialmente com três médicos estrangeiros, distribuídos em três UBS. Um pouco adiante, ainda no ano de 2014, conforme assegurado pela Portaria nº 103, de 29 de abril de 2014, foram inseridos no programa mais cinco médicos, alocados em mais cinco UBS deste município. Chegou-se então ao total de oito médicos, distribuídos na rede de APS do município.⁸

Uma das principais apostas do PMM ao suprir a carência de profissionais médicos nas regiões brasileiras é a de garantir assistência de qualidade na APS, expandir e fortalecer a ESF articulando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente no que diz respeito à universalidade.⁶

Como ferramenta para mensurar o alcance dos objetivos do PMM e verificar se houve melhora no acesso e na efetividade da APS, pode-se utilizar a lista brasileira de internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).⁹ Trata-se de um indicador valioso para o monitoramento e a avaliação do acesso e da qualidade da APS, partindo-se do pressuposto que, quando esse nível de atenção é acessado em tempo oportuno, pode reduzir ou evitar a hospitalização por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).^{10,11}

Desse modo, este estudo tem como objetivo verificar a efetividade do PMM com base nas ICSAP, analisando o impacto do programa sobre esse indicador por meio de uma série histórica, antes e depois de sua implementação.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo ecológico de séries temporais, com dados secundários referentes às ICSAP, que mensurou as taxas dos anos de 2010 a 2016 — período de três anos antes a três anos depois da implantação do PMM. As séries temporais podem ser definidas como modelos de organização de determinadas informações quantitativas no tempo.¹²

O cenário de estudo é um município com 99.674 habitantes, localizado no sudoeste do Estado de Goiás e sede de região de saúde Sudoeste II. Ele é referência para outros dez municípios e tem como organização da rede de atenção à saúde (RAS) as ações e serviços da APS, por meio da ESF, com 21 equipes. Destas, 20 são da zona urbana, distribuídas em nove UBS na zona urbana e três na zona rural, com cobertura populacional de 73,83%.⁸ Na zona rural, apesar da existência de três UBS, à época havia apenas uma ESF implantada. As demais não atendiam com base na ESF.

A variável desfecho definida para o estudo foram as ICSAP, adotadas de acordo com a classificação do Ministério da Saúde (Portaria 221/2008). A lista é composta de 19 grupos de causas, com 74

diagnósticos classificados de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). São elas: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54); gastroenterites infecciosas e complicações (E86; A00 a A09); anemia (D50); deficiências nutricionais (E40 a E46; E50 a E64); infecções de ouvido, nariz e garganta (H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31); pneumonias bacterianas (J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1); asma (J45, J46); doenças pulmonares (J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44); hipertensão (I10; I11); angina (I20); insuficiência cardíaca (I50; J81); doenças cerebrovasculares (I63 a I67; I69, G45 a G46); diabetes *mellitus* (E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9); epilepsias (G40, G41); infecção no rim e trato urinário (N10; N11; N12; N30; N34; N39.0); infecção da pele e tecido subcutâneo (A46; L01; L02; L03; L04; L08); doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (N70; N71; N72; N73; N75; N76); úlcera gastrointestinal (K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2); doenças relacionadas ao pré-natal e parto (O23; A50; P35).⁹

Os dados foram extraídos de um banco de dados nacional alimentado pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), no qual são processados os registros de atendimento dos pacientes internados. Esses registros são as Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), preenchidas a cada internação do paciente. Os dados referentes às ICSAP do município são de domínio público e foram obtidos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) pelo programa TabWin3.2 e analisados no programa Stata, versão 15.0. As taxas de ICSAP foram calculadas por ano e por sexo.

Com relação às análises, inicialmente foi realizada análise da tendência por meio da regressão linear generalizada com o método de Prais-Winsten, com variância robusta. Essa análise permitiu observar se as tendências de ICSAP foram estacionárias ($p > 0,05$), decrescentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão negativo) ou crescentes ($p < 0,05$ e coeficiente de regressão positivo), em cada grupo diagnóstico estratificado por sexo.

Em seguida, para verificar o efeito do PMM nas taxas de incidências de ICSAP, foi realizada uma análise *ex-ante* e *ex-post* da implantação do programa. As taxas médias de incidência foram comparadas nos períodos antes da implantação (2010–2012) e depois da implantação (2014–2016). Para evitar potencial viés, o ano de 2013 foi considerado de transição e excluído dessa análise. Foi calculada a razão de taxa de incidência (RTI) acompanhada de seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC95%), entre as taxas antes e depois do programa. A significância estatística foi verificada pelo teste exato de Fisher. Essa análise também foi realizada para a taxa global e por sexo. Em todas as análises, valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significantes.

Por se tratar de estudo com dados secundários, não foi realizado o envio para análise do Comitê de Ética em Pesquisa, contudo os autores seguiram rigorosamente os preceitos éticos e legais na coleta, interpretação e divulgação dos dados.

RESULTADOS

No período estudado, verificou-se o total de 33.820 internações, excluindo-se os partos, no município de estudo, sendo 6.333 ICSAP (17,73%). A taxa média de internação geral no período foi estatisticamente maior que a taxa média de ICSAP (515,50 *versus* 96,53; RTI: 5,32; IC95%: 5,19–5,49; $p < 0,001$).

Do total de ICSAP, a maioria (3.449; 54,46%) ocorreu em mulheres, como pode ser observado na Figura 1. A taxa média de ICSAP nas mulheres, no período do estudo, foi estatisticamente maior que a taxa média global de ICSAP (97 *versus* 87,89; RTI: 1,18; IC95%: 1,12–1,24; $p < 0,001$).

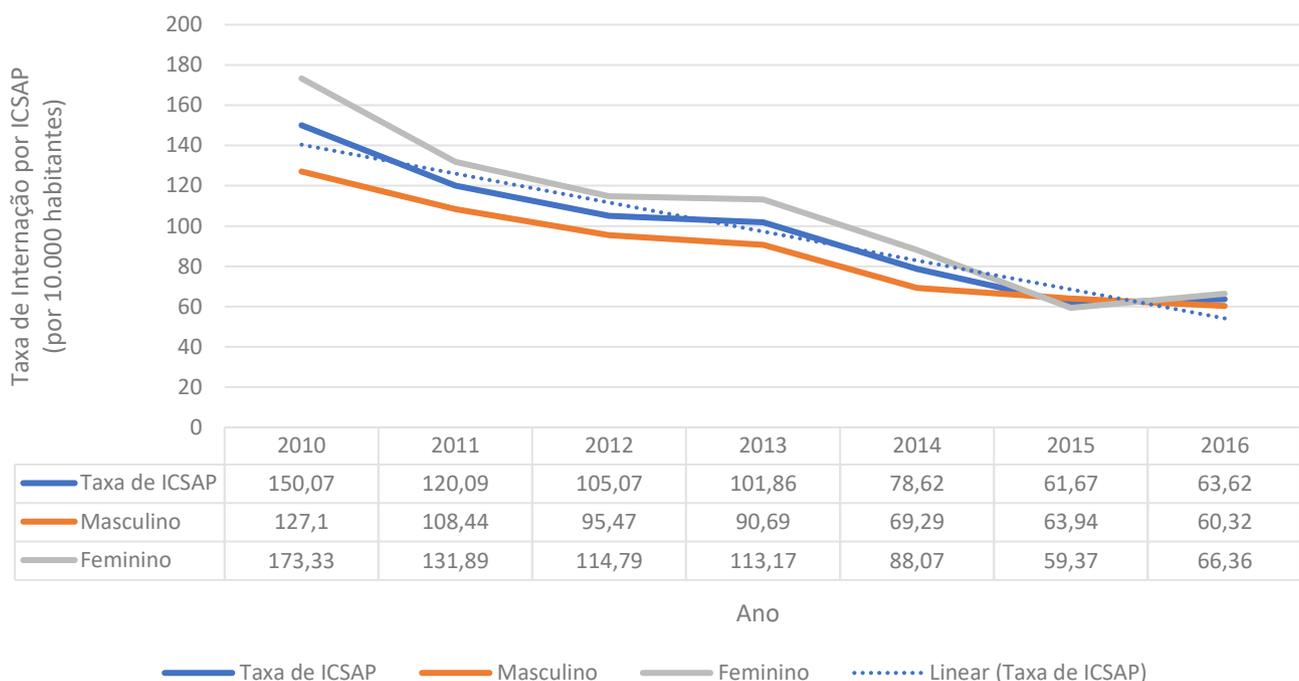
A Tabela 1 mostra a tendência da taxa de ICSAP para a população total, e observa-se que não houve aumento para nenhum grupo específico, com maior redução para gastroenterites e doenças pulmonares, infecções do ouvido, nariz e garganta, assim como hipertensão e insuficiência cardíaca. No entanto, há estabilidade para algumas doenças, como as imunopreveníveis, deficiências nutricionais, angina, doenças cerebrovasculares e diabetes *mellitus*, infecção de pele e doenças relacionadas ao parto e pré-natal.

As Tabelas 2, 3 e 4 mostram as taxas de ICSAP do período, antes e depois da implantação do PMM, de forma geral e separadas por sexo masculino e feminino, respectivamente.

Na Tabela 2, verificou-se redução da taxa de incidência global de ICSAP ($p < 0,001$) e das gastroenterites, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, insuficiência cardíaca, diabetes, infecção nos rins e úlceras, após a implantação do PMM ($p < 0,001$).

Para o sexo masculino, conforme a Tabela 3, após a implantação do PMM, verificou-se redução não só da taxa de incidência global de ICSAP, mas também de gastroenterites, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, insuficiência cardíaca, epilepsia e úlcera gastrintestinal.

Na Tabela 4, pode-se observar que, para o sexo feminino, também houve redução da taxa de incidência global de ICSAP, bem como da de gastroenterites, asma, doenças pulmonares, hipertensão e insuficiência cardíaca — diferindo do sexo masculino porque nas mulheres também diminuíram as taxas de diabetes e infecção nos rins e trato urinário — após a implantação do programa.



ICSAP: internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Figura 1. Taxa de internação por condições sensíveis à Atenção Primária, segundo sexo. Goiás, 2010–2016.

Tabela 1. Tendência da taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária segundo grupo de causas na população total. Goiás, 2010–2016.

ICSAP	População total			Interpretação
	β (IC95%)	R ²	p-valor	
Geral	-14,296 (-17,442; -11,350)	0,963	<0,001	Redução
Doenças imunopreveníveis	-0,138 (-0,365; 0,087)	0,382	0,176	Estabilidade
Gastroenterites	-3,367 (-5,578; -1,156)	0,826	0,011	Redução
Anemia	-0,034 (-0,111; 0,043)	0,372	0,304	Estabilidade
Deficiências nutricionais	-0,025 (-0,070; 0,019)	0,218	0,204	Estabilidade
Infecções do ouvido, nariz e garganta	-0,198 (-0,357; -0,038)	0,596	0,024	Redução
Pneumonias bacterianas	-0,801 (-1,399; -0,230)	0,767	0,016	Redução
Asma	-0,620 (-1,014; -0,226)	0,833	0,010	Redução
Doenças pulmonares	-2,567 (-3,291; -1,844)	0,938	< 0,001	Redução
Hipertensão	-1,208 (-1,593; -0,822)	0,915	< 0,001	Redução
Angina	-0,232 (-0,817; 0,351)	0,482	0,352	Estabilidade
Insuficiência cardíaca	-2,525 (-3,317; -1,732)	0,921	< 0,001	Redução
Doenças cerebrovasculares	0,034 (-1,148; 1,217)	-	0,944	Estabilidade
Diabetes <i>mellitus</i>	-1,105 (-2,579; 0,369)	0,301	0,112	Estabilidade
Epilepsias	-0,156; -0,337; 0,054)	0,601	0,116	Estabilidade
Infecção nos rins e trato urinário	-1,355; -1,630; -1,079)	0,928	< 0,001	Redução
Infecção da pele e tecido subcutâneo	0,098 (-0,089; 0,287)	0,852	0,236	Estabilidade
Úlcera gastrointestinal	-0,359 (-0,547; -0,171)	0,819	0,004	Redução
Relacionadas ao pré-natal e parto	0,094 (-0,060; 0,250)	0,265	0,177	Estabilidade

ICSAP: internações por condições sensíveis à Atenção Primária; β : coeficiente de regressão; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, segundo grupo de causas, antes e após implantação do Programa Mais Médicos. Goiás, 2010–2016*.

ICSAP	2010–2012	2014–2016	RTI (IC95%)	p-valor [§]
	Taxa (IC95%) [†]	Taxa (IC95%) [‡]		
Geral	124,90 (120,70; 129,10)	67,81 (64,83; 70,88)	0,543 (0,514; 0,574)	<0,001
Doenças imunopreveníveis	0,95 (0,62; 1,39)	0,56 (0,32; 0,90)	0,586 (-8,473; 0,623)	0,091
Gastroenterites	18,30 (16,74; 19,98)	6,18 (5,31; 7,16)	0,338 (0,285; 0,401)	<0,001
Anemia	0,15 (0,04; 0,37)	0,03 (0,00; 0,19)	0,238 (0,027; 2,130)	0,200
Deficiências nutricionais	0,33 (0,15; 0,62)	0,21 (0,08; 0,45)	0,635 (0,226; 1,783)	0,400
Infecções do ouvido, nariz e garganta	1,49 (1,07; 2,03)	0,32 (0,14; 0,59)	0,209 (0,102; 0,430)	<0,001
Pneumonias bacterianas	8,53 (7,47; 6,70)	5,38 (4,57; 6,30)	0,631 (0,515; 0,773)	<0,001
Asma	2,55 (1,99; 3,22)	0,20 (0,07; 0,45)	0,081 (0,035; 0,188)	<0,001
Doenças pulmonares	16,92 (15,41; 18,53)	6,11 (5,23; 7,08)	0,361 (0,304; 0,439)	<0,001
Hipertensão	5,72 (4,86; 6,69)	1,08 (0,73; 1,53)	0,188 (0,128; 0,276)	<0,001
Angina	5,87 (4,99; 6,85)	5,07 (4,28; 5,96)	0,863 (0,690; 1,080)	0,200
Insuficiência cardíaca	13,18 (12,25; 14,16)	8,19 (7,18; 9,31)	0,445 (0,381; 0,519)	<0,001
Doenças cerebrovasculares	9,44 (8,32; 10,67)	8,26 (7,25; 9,38)	0,875 (0,774; 1,043)	0,137
Diabetes <i>mellitus</i>	10,46 (9,34; 11,75)	6,63 (5,72; 7,64)	0,634 (0,528; 0,761)	<0,001
Epilepsias	2,44 (1,89; 3,10)	1,87 (1,41; 2,45)	0,767 (0,536; 1,098)	0,148
Infecção nos rins e trato urinário	13,05 (11,74; 14,48)	8,02 (0,70; 0,91)	0,614 (0,521; 0,725)	<0,001
Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,36 (4,53; 6,30)	5,56 (4,73; 6,45)	1,036 (0,828; 1,297)	0,755
Úlcera gastrointestinal	2,92 (2,32; 3,63)	1,35 (0,96; 1,85)	0,464 (0,317; 0,681)	<0,001
Relacionadas ao pré-natal e parto	0,95 (0,62; 1,39)	1,46 (1,05; 1,97)	1,538 (0,943; 2,509)	0,083

ICSAP: internações por condições sensíveis à Atenção Primária; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RTI: razão de taxas de incidência; *2013 foi considerado o período de introdução do programa e, como momento de transição, foi excluído da análise;

[†]Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2010 e 2012; [‡]Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2014 e 2016; [§]Teste exato de Fisher

Tabela 3. Taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, segundo grupo de causas, antes e depois da implantação do Programa Mais Médicos, em indivíduos do sexo masculino. Goiás, 2010–2016*.

ICSAP	2010–2012	2014–2016	RTI (IC95%)	p-valor [§]
	Taxa (IC95%) [†]	Taxa (IC95%) [‡]		
Geral	110,20 (104,70; 115,90)	64,48 (60,41; 68,75)	0,585 (0,539; 0,635)	0,001
Doenças imunopreveníveis	1,01 (0,55-1,70)	0,76 (0,38; 1,36)	0,748 (0,339; 1,657)	0,478
Gastroenterites	15,43 (13,43; 17,65)	7,17 (5,86; 8,69)	0,464 (0,368; 0,587)	0,001
Anemia	0,00 (0,00; 0,00)	0,07 (0,00; 0,39)	Indefinido ^{//}	-
Deficiências nutricionais	0,43 (0,16; 0,95)	0,21 (0,04; 0,60)	0,476 (0,119; 1,903)	0,308
Infecções do ouvido, nariz e garganta	1,59 (0,99; 2,41)	0,41 (0,15; 0,90)	0,259 (0,105; 0,640)	0,001
Pneumonias bacterianas	7,77 (6,78; 8,87)	5,65 (4,49; 7,02)	0,566 (0,430; 0,743)	0,001
Asma	1,88 (1,23; 2,76)	0,27 (0,07; 0,70)	0,146 (0,051; 0,419)	0,001
Doenças pulmonares	16,81 (14,72; 19,12)	6,76 (5,49; 8,24)	0,402 (0,317; 0,509)	0,001
Hipertensão	3,98 (3,00; 5,19)	0,62 (0,28; 1,18)	0,156 (0,076; 0,315)	0,001
Angina	6,74 (5,44; 8,25)	6,69 (5,42; 8,16)	0,993 (0,747; 1,319)	0,956
Insuficiência cardíaca	16,23 (14,17; 18,50)	7,86 (6,48; 9,44)	0,484 (0,387; 0,607)	0,001
Doenças cerebrovasculares	9,13 (7,60; 10,87)	7,79 (6,42; 9,37)	0,854 (0,662; 1,100)	0,222
Diabetes <i>mellitus</i>	7,82 (6,42; 9,45)	6,34 (5,11; 7,78)	0,811 (0,614; 1,071)	0,140
Epilepsias	3,26 (2,38; 4,36)	1,24 (0,73; 1,96)	0,381 (0,220; 0,658)	0,001
Infecção nos rins e trato urinário	6,67 (5,37; 8,17)	5,17 (4,07; 6,48)	0,776 (0,572; 1,053)	0,103
Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,43 (4,27; 6,81)	5,24 (4,13; 6,56)	0,964 (0,701; 1,327)	0,825
Úlcera gastrointestinal	2,48 (2,56; 4,61)	1,79 (1,17; 2,63)	0,516 (0,320; 0,831)	0,006
Relacionadas ao pré-natal e parto	0,29 (0,08; 0,74)	0,41 (0,15; 0,90)	1,428 (0,403; 5,059)	0,600

ICSAP: internações por condições sensíveis à Atenção Primária; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RTI: razão de taxas de incidência; *2013 foi considerado o período de introdução do programa e, como momento de transição, foi excluído da análise;

[†]Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2010 e 2012; [‡]Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2014 e 2016; [§]Teste exato de Fisher; ^{//}Não foram observadas internações por anemia no sexo masculino no período de 2010 a 2012.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa permitiu conhecer o cenário em relação às taxas das internações gerais e de ICSAP, segundo sexo, no município de estudo, entre 2010 a 2016, conforme grupo de causas, antes e depois da implantação do PMM. Foi possível observar, por meio dos dados, que a incidência global das ICSAP teve redução após a implantação do programa em ambos os sexos, não havendo aumento na tendência para nenhum grupo de causa, com destaque para maior redução das gastroenterites e doenças pulmonares, também nos dois sexos.

Outros estudos confirmam essa tendência de redução da taxa de incidência das ICSAP e melhoria do desempenho e atribuem à maior capacidade resolutiva da APS garantida pelo PMM. Este, em essência, carrega a intenção de suprir a carência e promover a fixação do médico em áreas com escassez desse profissional, formando vínculos bem estabelecidos entre profissionais e comunidade, principal objetivo da ESF.^{11,13}

Corroborando essa afirmativa um estudo feito no sertão do Nordeste, que mostra em seus resultados, após a avaliação do impacto do PMM na Atenção Primária, resolutividade de mais de 80% dos problemas, ou seja, a redução de internações por causas sensíveis mostrou-se significativa.¹⁴

Apesar de apresentarem resultados satisfatórios, Gonçalves et al.¹¹ fazem uma observação pertinente: a de que a realidade da APS não precisa somente de profissionais, e sim de investimentos em infraestrutura. Este foi um dos pontos da implantação do PMM e é considerado pelos estudiosos como fator de rotatividade (a questão de falta de infraestrutura).

Tabela 4. Taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária segundo grupo de causas, antes e depois da implantação do Programa Mais Médicos, em indivíduos do sexo feminino. Goiás, 2010–2016*.

ICSAP	2010–2012	2014–2016	RTI (IC 95%)	p-valor§
	Taxa (IC95%)†	Taxa (IC95%)‡		
Geral	139,80 (113,50; 146,20)	71,18 (66,88; 75,69)	0,509 (0,472; 0,549)	<0,001
Doenças imunopreveníveis	0,88 (0,45; 1,54)	0,35 (0,11; 0,81)	0,397 (0,134; 1,127)	0,078
Gastroenterites	21,21 (18,84; 23,80)	5,17 (4,06; 6,45)	0,244 (0,189; 0,315)	<0,001
Anemia	0,29 (0,08; 0,75)	0,00 (0,00; 0,00)	Indefinido	-
Deficiências nutricionais	0,20 (0,04; 0,64)	0,21 (0,04; 0,61)	0,953 (0,192; 4,720)	0,955
Infecções do ouvido, nariz e garganta	1,07 (0,73; 1,53)	0,77 (0,38; 1,38)	0,551 (0,262; 1,159)	0,116
Pneumonias bacterianas	6,05 (5,17; 7,04)	5,10 (4,00; 6,42)	0,724 (0,534; 0,982)	0,037
Asma	3,23 (2,35; 4,34)	0,14 (0,01; 0,50)	0,043 (0,010; 0,179)	<0,001
Doenças pulmonares	17,03 (14,91; 19,37)	5,45 (4,31; 6,81)	0,320 (0,248; 0,414)	<0,001
Hipertensão	7,49 (6,10; 9,09)	1,54 (0,96; 2,33)	0,206 (0,129; 0,326)	<0,001
Angina	4,99 (3,88; 6,33)	3,43 (2,53; 4,53)	0,686 (0,476; 0,991)	0,044
Insuficiência cardíaca	20,62 (18,28; 23,18)	8,53 (7,08; 10,19)	0,414 (0,334; 0,511)	<0,001
Doenças cerebrovasculares	9,76 (8,17; 11,57)	8,74 (7,27; 10,41)	0,895 (0,701; 1,143)	0,376
Diabetes <i>mellitus</i>	13,14 (11,28; 15,21)	6,92 (5,63; 8,43)	0,527 (0,412; 0,673)	<0,001
Epilepsias	1,61 (1,01; 2,44)	2,52 (1,76; 3,48)	1,559 (0,917; 2,649)	0,099
Infecção nos rins e trato urinário	19,52 (17,25; 22,02)	10,91 (9,26; 12,76)	0,559 (0,458; 0,681)	<0,001
Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,28 (4,14; 6,65)	5,87 (4,68; 7,27)	1,111 (0,811; 1,523)	0,512
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	2,05 (1,36; 2,97)	2,09 (1,41; 2,99)	1,021 (0,601; 1,708)	0,939
Úlcera gastrointestinal	2,35 (1,60; 3,32)	0,91 (0,48; 1,55)	0,387 (0,203; 0,737)	0,003
Relacionadas ao pré-natal e parto	1,61 (1,01; 2,44)	2,52 (1,76; 3,48)	1,559 (0,917; 2,648)	0,099

ICSAP: internações por condições sensíveis à Atenção Primária; IC95%: intervalo de confiança de 95%; RTI: razão de taxas de incidência; *2013 foi considerado o período de introdução do programa e, como momento de transição, foi excluído da análise; †Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2010 e 2012; ‡Refere-se à taxa média de ICSAP entre 2014 e 2016; §Teste exato de Fisher; ^{||}Não foram observadas internações por anemia no sexo feminino no período de 2014 a 2016.

Outro estudo que merece destaque é o de Carneiro et al.,¹³ que avaliou os indicadores de mortalidade e ICSAP na APS em crianças menores de cinco anos, visto se tratar de um grupo prioritário no SUS. Realizado na região com os maiores índices de mortalidade do Estado do Pará, a pesquisa mostrou que a partir de 2013, com as ações de saúde do PMM, por meio da assistência curativa e preventiva, houve redução das ICSAP e da mortalidade. Esse êxito pode ser atribuído à ampliação da cobertura da ESF estimulada pelo PMM, que possibilitou ações planejadas, criação de vínculo com a comunidade, acompanhamento longitudinal e maior aceitação do tratamento, além de ter sido um estímulo para os profissionais na educação permanente em saúde.

Esta pesquisa demonstra que houve decréscimo das taxas da maioria dos grupos de causas das ICSAP no período pós-implantação do PMM, o que nos leva a acreditar que isso seja consequência da implantação do programa no município de estudo. Entretanto, não podemos ignorar o fato de que, como Gonçalves et al.¹¹ afirmam em seu estudo, a manutenção das taxas de alguns grupos de causas de ICSAP fornece indícios de que o aprimoramento da APS necessita de outros ajustes.

Pesquisas conduzidas no Brasil têm mostrado importante redução das ICSAP, correlacionando-as a fatores como expansão e fortalecimento da APS, especialmente a partir da implementação da ESF e do PMM. Por se tratar de um indicador relativamente novo no cenário das pesquisas nacionais, estudos que avaliam a tendência das ICSAP apontam a ausência de um padrão de causas mais prevalentes, havendo grande heterogeneidade no *ranking* desses agravos.^{15,16}

No que se refere ao grupo de causas de doenças relacionadas ao pré-natal e parto, a estabilidade na série apresentada alerta sobre a necessidade de investimentos mais contundentes na saúde da mulher, que façam funcionar essa linha de cuidado, uma vez que a sífilis congênita e a síndrome da rubéola congênita são agravos passíveis de diagnóstico precoce quando na ocorrência de um pré-natal de qualidade. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde aparece como potencialidade para fortalecer e qualificar de forma perene o processo de trabalho dos profissionais da APS.¹⁷

Fatores limitadores merecem ser destacados neste estudo, como a abrangência restrita do índice de ICSAP (somente internações pelo SUS), o registro ou sub-registro das hospitalizações e as possíveis falhas na classificação diagnóstica.

Ressalta-se que a ocorrência de ICSAP é multifatorial, podendo ter como variáveis confundidoras possíveis mudanças no perfil de risco social, vulnerabilidade, bem como mudanças na rede estrutural de saúde que não foram passíveis de controle no presente estudo, o que deve ser levado em consideração para trabalhos futuros sobre a temática em discussão.

É válido mencionar que, no recorte temporal deste estudo, houve incremento de 68 para 87,44% de implantação de equipes de ESF no município, e não houve mudança significativa no que se refere ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Ainda, por se tratar de um estudo ecológico, não se pode afirmar a associação entre estabilidade e redução das ICSAPS e o PMM, apesar do impacto em alguns grupos de causas.

CONCLUSÃO

Ao mostrar tendência de redução das ICSAP mais significativas em decorrência das ações do PMM, os resultados deste estudo sugerem que a inclusão de médicos nos serviços de APS após a implantação do programa contribuiu para o acesso aos serviços de saúde e reforça a importância dessas estratégias.

As soluções não são simples, e é necessário o desenvolvimento de outras estratégias concomitantes. A criação e execução de leis pode apresentar resultados promissores para a consolidação da APS, mas para que esse resultado seja alcançado é necessário explorar mais este campo de estudo, utilizando um indicador de qualidade como o das ICSAP.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

AVM: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Escrita – primeira redação, Investigação, Validação. LGM: Administração do projeto, Conceituação, Escrita – primeira redação, Validação. PNP: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Investigação, Validação. SVMS: Análise formal, Escrita – revisão e edição, Supervisão, Validação. LAS: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria de dados, Investigação, Validação.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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). Diário Oficial da União 2017; 21 set. [Internet]. 2017 [acessado em 20 jan. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
2. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. Ciênc Saúde Colet 2016;21(9):2785-96. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>
3. Ney MS, Rodrigues PHA. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia de Saúde da Família. Physis Revista de Saúde Coletiva 2012;22(4):1293-311. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000400003>
4. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos : um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciên Saúde Coletiva 2010;15(Supl. 1):1521-31. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>
5. Storti MMT, Oliveira FP, Xavier AL. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. Interface Comunicação, Saúde, Educação 2017;21(Supl. 1):1301–13. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0511>
6. Gonçalves Junior O, Gava GB, Silva MS. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. Saude Soc 2017;26(4):872-87. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170224>
7. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. 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. Diário Oficial da União 2013; 22 out. [Internet]. 2017 [acessado em 20 jan. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm
8. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [Internet]. 2016 [acessado em 25 abr 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=52>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publicar e definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da Atenção Primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Diário Oficial da União 2008; 17 abr.[Internet]. 2008 [acessado em 20 jan. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html
10. 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
11. 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. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15392016>
12. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. Epidemiol Serv Saúde 2015;24(3):565-76. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>
13. Carneiro VB, Oliveira PTR, Bastos MSCB, Alvarenga EC. Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil. Saúde em Redes 2016;2(4):360-71. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n4p360-371>
14. Alencar APA, Xavier S, Laurentino PAS, Lira PF, Nascimento VB, Carneiro Júnior N, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na Atenção Básica de um município do Sertão Central Nordestino. Revista Eletrônica Gestão e Sociedade 2016;10(26):1290-301. <https://doi.org/10.21171/ges.v10i26.2085>
15. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Reduction of ambulatory care sensitive conditions in Brazil between 1998 and 2009. Rev Saúde Pública 2012;46(2):359-66. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>
16. Cecon RF, Meneghel SN, Viecili PRN. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. Rev Bras Epidemiol 2014;17(4):968-77. <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>
17. Dias HSA, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. Ciên Saúde Coletiva 2013;18(6):1613-24. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600013>