

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

JÉSSICA DE SOUZA LOPES

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: FLUXO DE INTERNAÇÕES PELAS CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientador: Prof.^o Dr. Everton Nunes da Silva
Coorientador: Prof.^o Dr. Walter Massa Ramalho

Brasília - DF, 16 de novembro, 2018.

JÉSSICA DE SOUZA LOPES

**REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE: FLUXO DE INTERNAÇÕES PELAS CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Aprovado em: 16/11/2018

BANCA EXAMINADORA:

Prof.º Everton Nunes da Silva
Universidade de Brasília
(Presidente)

Prof.ª Mariana Sodário Cruz
Universidade de Brasília

Prof.º Marcos Takashi Obara
Universidade de Brasília

Prof.º Jorge Otávio Maia Barreto
Fiocruz de Brasília
(suplente)

Dedico esse trabalho a Simone Souza, por que eu vejo sua história e percebo como eu tenho sorte em te ter como referência. Como tenho sorte de ser parecida com você por inteiro. Sua fé inspira. Sua força me encoraja. Suas palavras me acalentam. Gratidão por nunca ter desistido. E por me ensinar a manter a cabeça erguida, mesmo andando no meio do olho de um furacão. E por sempre ter confiado e acreditado que eu ia vencer. Estou vencendo, por você e pra você. Meu melhor e eterno amor, minha mãe.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus que me abençoou e permitiu passar por cada etapa e chegar até aqui, ser mestre em saúde coletiva. A minha espiritualidade que me guiou e me deu forças pra vencer, desde sempre até o fim dessa vida.

A minha mãe que me falta palavras para poder descrever tanta gratidão e amor que sinto por tudo que ela fez pra que eu tivesse as oportunidades que tive e que sempre posso contar com ela pra estar ao meu lado em cada fase que passamos juntas e ainda vamos passar.

A minha avó Wanda Batista *in memoriam*, que sempre acreditou que eu realizaria todos os meus sonhos, que se foi cedo demais para estar presente fisicamente para ver a realização de mais um, mas a guardo no coração e sei que está comigo sempre. A toda minha família e aqueles que eu escolhi pra ser família também, muito obrigada por tanto e por estarem ao meu lado.

A cada um dos meus amigos que acompanharam, me abraçaram e entenderam todos os momentos ausentes e minhas falhas.

Em cada crise de ansiedade, em todas às vezes que deu vontade de desistir. Em especial a Monalisa Guedes, Ana Paula Caldas e Stephanie Nunes, minhas irmãs de alma.

Ao Rebert Felipe, meu compadre e melhor amigo, que sempre me ajudou e me fez rir nos piores momentos. A Mariane Sanches que segurou os perrengues, mas também vibrou todas as vitórias, e que se tornou minha parceira na arte de ensinar.

A minha turma do mestrado acadêmico, todos os contratempos de matérias e agonias da dissertação, meu muito obrigada. Em especial a Regina Futino, sempre atenciosa e carinhosa. A Maíra Ramos, amiga e parceira de profissão, que foi essencial pra que eu pudesse passar na seleção do mestrado e ainda compartilhar todas as angústias e risadas desse universo da Saúde Coletiva.

Ao casal que amo demais Weverton e Indyara, que sempre estiveram prontos a consolar, rir, ajudar e a me fazer enxergar tudo de uma maneira melhor e diferente.

Os presentes mais ausentes que existem (risos) que esse mestrado trouxe pra minha vida, mas que guardo com muito carinho cada momento com vocês: Alícia Krüger, Camila Lopes, Karolina Albuquerque e Viviane Carvalho. Sem vocês seria infinitamente

horrível essa caminhada de dois anos (e meio). Gratidão sempre pela vida de cada uma.

A banca examinadora que traz contribuições e melhorias para meu trabalho. A Professora Dr.^a Mariana Sodário, por ser a pessoa que me resgatou de um poço de tristeza e vontade de desistir do mestrado. Gratidão sempre pelos compartilhamentos de vida, e principalmente por ter me encorajado para finalizar essa caminhada árdua, mas necessária para a conclusão de um sonho futuro.

Ao Dr^o Jorge Otávio Maia, referência em políticas públicas e que tive a honra de conhecer e poder contar com seus ensinamentos nesse momento tão esperado. Ao Professor Dr^o Marcos Obara pela paciência e sabedoria que ensina. A todos, muito obrigada por aceitarem estar na minha banca, é um apreço imenso.

Aos melhores, meus orientadores professores: Dr. Everton Nunes e Dr. Walter Ramalho, que me aceitaram aos 41 minutos do 2º tempo (risos). Fizeram-me enxergar que existem ótimos orientadores e professores que devo ter como exemplo quando me tornar uma no futuro. Conseguindo ser compreensivos e sensíveis aos problemas pessoais e toda a minha história, e ainda sim me guiarem para concluir um maravilhoso trabalho, que assim fizemos. Por cada ensinamento pra vida e por terem sempre acreditado no meu trabalho e que daria tudo certo. Eu não tenho palavras pra descrever como essa parceria foi incrível, e como vocês são sensacionais em tudo que fazem. Meu muito obrigado hoje e sempre, com vocês essa travessia se tornou leve e prazerosa.

E todos aqueles que não foram citados (principalmente os presentes que o ano de 2018 me trouxe) mas que guardo na memória e no coração todos os momentos agradeço pelo presente ou pela lição, pois tudo virou uma experiência que só enobrece a minha jornada por aqui.

*“Ela decidiu voar.
Soltar-se dos medos dos conceitos básicos.
Ela decidiu aprender mais sobre a vida.
Conhecer mais lugares.
Analisar melhor o tempo.
Ela aproveitou a coragem para subir no palco.
Enfrentar a plateia, sem vergonha dos aplausos ou receio das vaias.
Ela voou.
E mostrou-se liberdade aos que juravam que ela jamais sairia do lugar.
Bateu asas.
Hoje, não somente o mundo pertence a ela, mas ela pertence ao mundo.
É justo.”*

Edgard Abbehusen.

Resumo

Objetivo: Analisar o fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) nos municípios brasileiros, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações após a publicação do Decreto 7.508/11.

Método: Trata-se de um estudo ecológico e exploratório, do tipo antes e depois. Para identificar os fluxos de internações por ICSAB, foram cruzados os dados de origem dos pacientes (município de residência) com os dados do local da realização das internações (município de atendimento) através do software Tabwin. Analisou-se a distribuição das ICSAB em três recortes geográficos (dentro do município, fora do município e dentro de sua região de saúde, e fora da região de saúde) em dois períodos distintos (2008 a 2010 - 2014 a 2016). Através do modelo logit. pelo o software Stata, com a variável dependente dicotômica e com as variáveis explicativas: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, ii) porte populacional dos municípios, sendo considerado municípios de pequeno porte aqueles que tinham população menor que 10 mil habitantes; iii) número de leitos hospitalares vinculados ao SUS por 1.000 habitantes; iv) variável dicotômica para representar as regiões brasileiras, tendo a região Sudeste como referência. Utilizou-se a Curva de Lorenz para mostrar graficamente o aumento de concentrações das internações ICSAB.

Resultados: As internações por ICSAB foram majoritariamente realizadas dentro dos limites dos municípios. No entanto, houve maior crescimento das internações fora dos municípios, seja dentro da região de saúde seja fora dela. Houve maior concentração das internações por ICSAB entre os dois períodos analisados neste estudo.

Conclusão: Esse padrão está em consonância com as diretrizes da regionalização da saúde, visto que se espera que os serviços de média e alta complexidade sejam organizados de forma a obter ganhos de escala. Recomenda-se verificar as causas do aumento da concentração das internações evitáveis.

Palavras-chave: Regionalização, Políticas Públicas, Atenção Primária à Saúde, Transferência de Pacientes.

Abstract

Objective: To analyze the flow of hospitalizations due to conditions sensitive to basic care (ICSAB) in the Brazilian municipalities, in order to verify if there was a greater concentration of hospitalizations after the publication of Decree 7.508 / 11. **Method:** This is an ecological and exploratory study, before and after. In order to identify the hospitalization flows by ICSAB, the patients' origin data (municipality of residence) were cross-referenced with data from the place of hospitalization (care municipality) through Tabwin software. The distribution of the ICSABs was analyzed in three geographic cut-outs (within the municipality, outside the municipality and within their health region, and outside the health region) in two different periods (2008 to 2010 - 2014 to 2016). Through the logit model. by the Stata software, with the dichotomous dependent variable and the explanatory variables: i) Human Development Index (HDI) of the municipalities, ii) population size of the municipalities, being considered small municipalities those with population less than 10 thousand inhabitants ; iii) number of hospital beds linked to SUS per 1,000 inhabitants; iv) a dichotomous variable to represent the Brazilian regions, with the Southeast region as a reference. The Lorenz Curve was used to graphically show the increase in ICSAB admissions concentrations. **Results:** ICSAB admissions were mostly performed within the limits of the municipalities. However, there was a greater growth of hospitalizations outside the municipalities, both within and outside the health region. There was a higher concentration of hospitalizations for ICSAB between the two periods analyzed in this study. **Conclusion:** This pattern is in line with the guidelines of health regionalization, since medium and high complexity services are expected to be organized in order to

achieve economies of scale. It is recommended to check the causes of increased concentration of avoidable hospitalizations.

Keywords: Regionalization, Public Policies, Primary Health Care, Patient Transfer.

Lista de ilustrações

- Dissertação

Figura 1 - Linha do tempo da regulação da regionalização e atenção básica no Brasil de 1988 a 2017.

- Artigo

Figura 1: Curva de Lorenz representando a relação das ICSAB e o número de municípios brasileiros, do período de 2008-2010 e 2014-2016.

Lista de tabelas

- Dissertação

Tabela 1 - Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária e CID-10.

- Artigo

Tabela 1 - Média das internações por condições sensíveis à atenção básica no Brasil, no período de 2008-2010 e 2014-2016.

Tabela 2 - Crescimentos das internações por ICSAB nos municípios em relação às regiões geográficas brasileiras nos períodos 2008-2010 e 2014-2016.

Tabela 3 - Fatores associados ao fluxo de internação por ICSAB de residentes dos municípios brasileiros dentro da região de saúde a partir do modelo logit, Brasil.

Tabela 4 - Fatores associados ao fluxo de internação por ICSAB de residentes dos municípios brasileiros para fora da região de saúde a partir do modelo logit, Brasil.

Lista de abreviaturas e siglas

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CID -10- Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conferência Nacional de Saúde

COAP - Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde

GM/MS – Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICSAB – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica

MS - Ministério da Saúde

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOAS 2001/2002 - Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001/2002

NOB 96 – Norma Operacional Básica de 1996

PAB - Piso de Atenção Básica

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PPI - Programação Pactuada e Integrada

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASE - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução	pág.13
1.1 Regionalização.....	pág 14
1.2 Marco Legal.....	pág.15
1.3 Municipalização - Integralidade.....	pág.17
1.4 PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.....	pág.21
1.5 Redes de Atenção.....	pág.24
1.6 Internações em condições sensíveis a atenção básica – ICSAB.....	pág.27
1.7 Fluxo de pacientes.....	pág.29
1.8 Regulação da Regionalização e o decreto 7.508/2011.....	pág.32
2. Objetivos	pág.33
3. Métodos	pág.34
3.1 Análise estatística.....	pág.35
4. Resultados e Discussão	pág.36
4.1 Artigo – Revista Saúde Pública	pág. 37
5. Considerações Finais da Dissertação	pág.54
6. Referências Bibliográficas	pág.55
7. Anexos	pág.67

1. Introdução

A atenção básica, sendo um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrange a promoção e a proteção da saúde, é considerada o eixo fundamental para organizar o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Um indicador que é utilizado para avaliar a atenção básica baseia-se nas internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), que são o conjunto das hospitalizações causadas por doenças infecciosas, doenças crônicas como: diabetes, asma, entre outras, que evitáveis por imunização e tratamentos precoces, poderiam ter seu risco, readmissões e tempo de permanência no hospital diminuídos em toda a população (1,2).

Regionalização são as ações e serviços de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, com regiões de saúde referidas a territórios delimitados e a populações definidas. O Decreto nº 7.508 de 2011 que a fortalece, afirma que as regiões de saúde têm de possuir pelo menos cinco redes de atenção à saúde, incluindo a de atenção básica (3). E as condições sensíveis da atenção básica são evitáveis de internações, impedindo fluxos dos pacientes para outros municípios e regiões de saúde no país (4).

1.1 Regionalização

O estudo que teve como proposta de analisar a descentralização geográfica, a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde pela primeira vez foi o “Relatório Dawson”. Usado como meio de alcançar maior eficiência para a organização dos sistemas de saúde teve seu início e marco na Inglaterra em 1920. Entre seus objetivos, este relatório propunha disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades da população e integrar as ações curativas com as preventivas (5).

O Sistema Único de Saúde (SUS) consolidado na Constituição Federal de 1988, a partir de lutas sociais durante a Reforma Sanitária Brasileira, é constituído por princípios e diretrizes. As ações e serviços de saúde deverão integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, assim, um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade por meio das instâncias colegiadas. A descentralização constitui-se da regionalização e hierarquização, integradas pelas ações e serviços do SUS (6;7).

Enquanto diretriz do SUS, a regionalização surge como expressão de compartilhamento solidário de responsabilidades das autoridades da administração pública e especificamente para a saúde no intuito de reduzir as desigualdades e a falta de equidade social no país (8).

A regionalização é pautada nos seguintes pressupostos: territorialização, flexibilidade, cooperação, subsidiariedade, financiamento solidário, cogestão, participação e controle social. É marcada pelos objetivos gerais: garantir acesso, resolutividade e qualidade das ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional a ser atendido ultrapassem a medida local/municipal; garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar a descentralização do sistema fortalecendo o papel dos estados e dos municípios, para que exerçam amplamente suas funções gestoras e para que as demandas e interesses regionais se expressem nas regiões; racionalizar os gastos e aperfeiçoar a aplicação

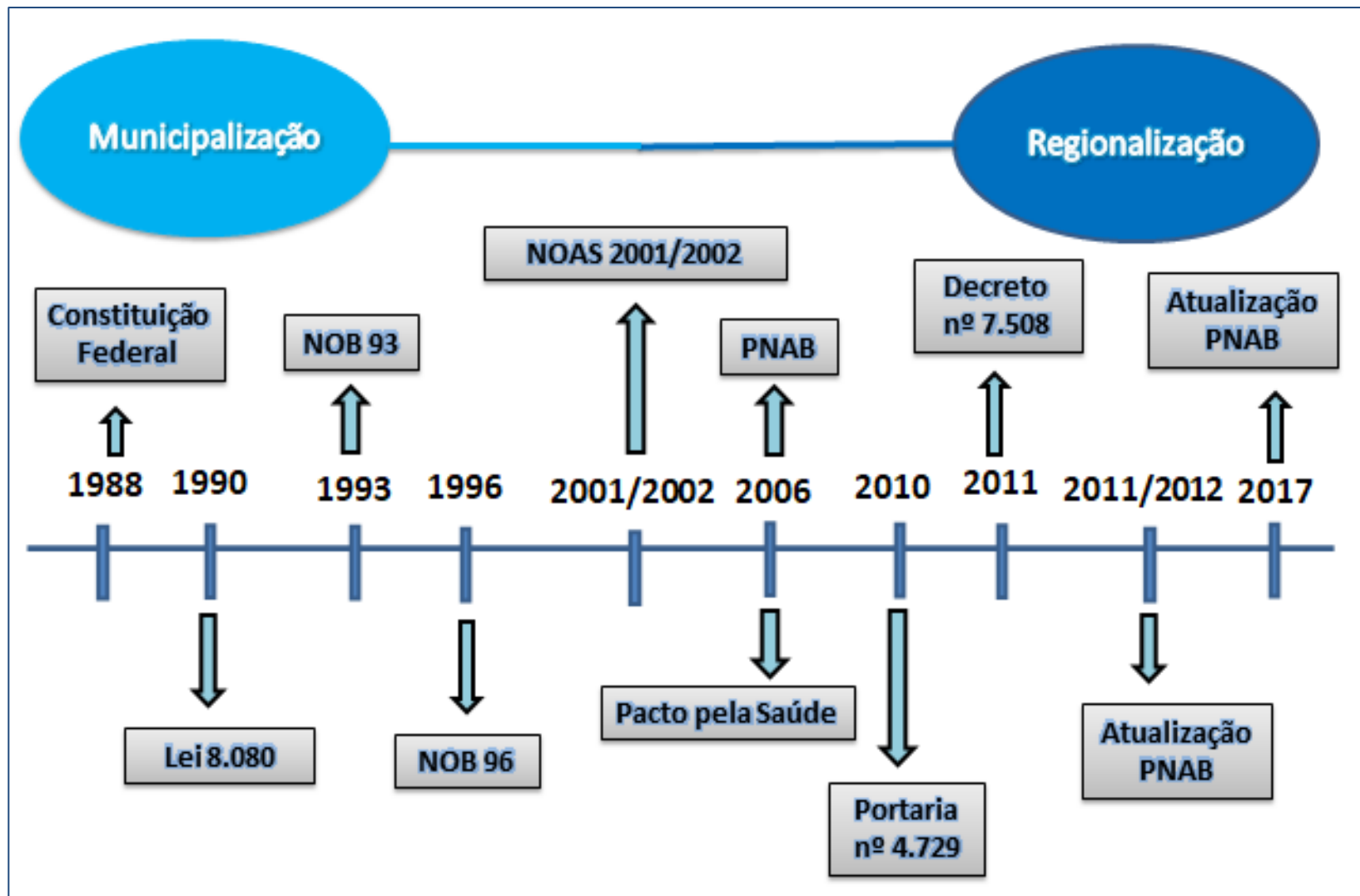
dos recursos, possibilitando ganhos de escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (9;10).

1.2 Marco Legal

O marco institucional do processo da regionalização começa com a promulgação da Constituição Federal, depois com a Lei nº 8.080 que regulamenta o SUS. Posterior se tem a Norma Básica de 1996 (NOB 96), que redefine as responsabilidades dos Municípios, Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. No ano de 2001, dispõe-se da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001/2002) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. Em seguida, o Pacto pela saúde do ano de 2006, reforçando a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional. E ainda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) firmou-se como compromisso do governo brasileiro para efetivação das Redes de Atenção à Saúde no SUS nesse mesmo ano. Em 2010, a Portaria nº 4.729 que estabelece as diretrizes para a organização(o da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que é essencial para o funcionamento da regionalização.

Ainda no ano de 2011 foi estabelecido o Decreto de nº 7.508, que regulamenta a lei nº 8.080 com ênfase na organização do SUS que contempla as regiões de saúde. Em 2012 a partir da portaria de nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, foi aprovada a primeira atualização da PNAB. Finalizando, em 2017 a segunda atualização da PNAB reconhecendo a existência de outros modelos da atenção básica, além da Estratégia da Saúde da Família. O marco se faz importante para que se possa compreender a regulação da regionalização ao longo dos anos, como é representada na figura a seguir:

Figura 1 - Linha do tempo da regulação da regionalização e atenção básica no Brasil de 1988 a 2017.



Fonte: Elaboração própria.

1.3 Municipalização – Integralidade

Na VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, foi aprovada a proposta que mudaria radicalmente a forma como a saúde vinha sendo tratada no nosso país. A proposta previa a criação do SUS e a municipalização da saúde, ideias que acabaram sendo inscritas na Constituição de 88, com sua posterior regulamentação por meio das leis nº 8.080 e 8.142, de 1990 (11).

Portanto, ficam assegurados os princípios que devem reger a organização do sistema de saúde brasileiro, que são: descentralização, equidade, integralidade, participação da população e universalização. Um dos objetivos da Lei Federal é prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Como uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) são a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (12).

O processo de descentralização tinha ênfase na municipalização, que consiste na mudança da decisão nacional e estadual das políticas de saúde do SUS, passando para os municípios. Ou seja, o modelo centralizado é substituído por um sistema no qual os municípios devem assumir a gestão dos programas de saúde pública e de atenção básica à saúde, além de regular a rede hospitalar instalada no município (13).

A partir da definição da responsabilidade municipal, tornou-se evidente a necessidade de estabelecer normas e procedimentos que regulassem o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Assim, a NOB publicada em 1993, definiu explicitamente o município como gestor específico desses serviços. E a articulação entre os gestores nos diferentes níveis de atuação viabiliza-se por meio de dois colegiados de negociação: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIT é constituída de forma paritária, por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Já a CIB, também paritariamente formada, integra-se por entes da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS). No espaço reservado às atribuições de cada esfera, compete ao MS a proposição de políticas, a participação no cofinanciamento, a cooperação

técnica, a avaliação, a regulação, o controle e a fiscalização. À CIT, cabe a pactuação de diretrizes e normas a serem acordadas e deliberadas pela CIB, à qual é atribuída a disposição máxima sobre os termos operacionais (14;15).

As limitações apresentadas pela NOB 93 exigiu a elaboração da NOB 96, que consolida a política de municipalização, estabelecendo o pleno exercício do poder municipal da função de gestor da atenção à saúde, cuja função era gerenciá-la (16).

Barata, Tanaka e Mendes (17) indicam os problemas reais ocorridos no processo de municipalização em diversas regiões do Brasil, por exemplo, os municípios expandindo a atenção médica sem nenhuma combinação regional, o que provoca gasto de recursos públicos por insuficiência assistencial, com serviços de saúde (hospitais) apresentando baixa taxa de ocupação, aparelhos de apoio laboratorial (ultra-som, por exemplo) trabalhando com ociosidade, entre outros problemas.

Apesar da regionalização estar prevista na Constituição Federal de 1988, nas leis e portarias citadas anteriormente, como mecanismo de descentralização, integralidade e hierarquização da saúde, é apenas com a instituição da NOAS que a regionalização passa a ganhar significado e peso dentro do sistema. Nesse primeiro momento, a regionalização, proposta tecnicamente pelo Ministério da Saúde, é uma norma que define módulos assistenciais específicos de organização regional do sistema (18).

Essa estratégia utilizada pela NOAS 01/02, a regionalização, buscava-se via planejamento integrado, a conformação de redes regionalizadas e funcionais de saúde, referidas a territórios e populações definidas. Para tanto, fundamentou-se na elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e das diretrizes para a organização regionalizada da assistência; no fortalecimento da capacidade gestora do SUS por meio da instrumentalização de gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento das funções de gestão do planejamento; da programação pactuada; da regulação; do controle e da avaliação dos serviços; e na criação e atualização das modalidades de habilitação; buscando superar o caráter cartorial do processo (19).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) se baseia na composição de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; na forma de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência

intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades (20)

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é um instrumento de organização dos modelos de atenção e gestão do SUS, que deveria articular e integrar as ações e serviços de assistência ambulatorial, hospitalar, básica, de média e de alta complexidade, permitindo a alocação de recursos entre os municípios e revelando os limites financeiros para a atenção da população própria e referenciada (21).

A PPI é o mecanismo que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território e nortear a alocação dos recursos financeiros para a saúde, a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores. A PPI deve explicitar os pactos de referência entre municípios, gerando a parcela de recursos destinados à própria população e à população referenciada (22).

Na tese de Moreira (23), por exemplo, investigou-se o processo de elaboração da PPI nos municípios do estado de Mato Grosso do Sul, com vistas a identificar os fatores que influenciaram a pactuação destes, na área estratégica “Saúde do Adulto- Hipertensão”. A PPI além de organizar a rede de serviços dando transparência aos fluxos estabelecidos define, a partir de critérios e parâmetros pactuados, o limite financeiro. Os municípios ao elaborarem suas pactuações buscam adequar o volume dos procedimentos aos recursos financeiros disponíveis, não levando em consideração a demanda do município. Percebeu-se, ainda, que esse limite continua sendo usado como base para a definição da programação do município. Um dos fatores identificados como dificultadores para o cumprimento da PPI foi o limite financeiro estabelecido pela União por ocasião da programação das ações.

No início do ano de 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, não como uma norma operacional, mas como um acordo interfederativo articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. E como alterou várias dimensões do funcionamento do SUS, a portaria nº 699/GM DE 30 de Março de 2006 regulamentou as normatizações específicas dessas mudanças (24;25).

Esse Pacto propõe a promoção de um choque de descentralização, a ser efetivada por meio da desburocratização dos processos normativos, pela estruturação das regiões sanitárias e pelo fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartite. A terceira dimensão, o Pacto de

Gestão, tem como principal finalidade a busca de maior autonomia aos Estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS, definindo responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, contribuindo assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. Este pacto busca a solidariedade na gestão, avança na regionalização e na descentralização do SUS, quando busca uma diversidade operativa que respeita as peculiaridades de cada região. Reforça, também, a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (26; 27).

1.4 PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é orientada pelos valores da ética, do profissionalismo e da participação, expressa o acerto na definição pelo Ministério da Saúde de revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. O decreto nº 7.508 de 2011 define que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada. Nesse sentido, a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, por isso a PNAB é tão importante para o sucesso da regionalização (28). São elas:

- a) Ser base, a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização, e sempre com o cuidado;
- b) Ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária;
- c) Coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. As práticas de regulação realizadas na atenção básica devem ser articuladas com os processos regulatórios realizados em outros espaços da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção nas condições e no tempo adequado, com equidade;
- d) Ordenar as redes, reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (29).

O caminho da organização da atenção básica no país em muitos anos de história tem a sua permanência e continuidade como principais características. Foi organizada inicialmente pelos Centros de Saúde e a implantação do Programa de Saúde da Família, especialmente a partir da promulgação da NOB-96. O sistema de financiamento dos recursos oriundos do Piso de Atenção Básica (PAB) induziu a uma reorganização da forma de atenção.

Recompensados com mais recursos os municípios que implantaram formas de assistência inovadoras tais como as equipes de Saúde da Família por exemplo. Essa nova metodologia de repasse de recursos exigiu uma maior participação de gestores e comunidades no planejamento e na avaliação das ações de saúde municipais e contribuiu, ainda, para ampliar e qualificar, por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, o controle social exercido por esses fóruns e o interesse coletivo pela garantia de atenção integral (30).

1.5 Atualização PNAB 2011/ 2012/ 2017

Os recursos previstos para o ano de 2012 seriam quase 40% maiores do que os foram previstos para o ano de 2010. Representando o maior aumento de recursos repassados fundo a fundo desde a criação do PAB a atualização da PNAB de 2011/2012 mudou o desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade. Também atualizou conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da atenção básica na ordenação das Redes de Atenção. Avançou na afirmação de uma atenção básica acolhedora, resolutiva e que segue em frente na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais RAS (31).

A nova PNAB mantém a essência do documento anterior, ao mesmo tempo em que incorpora as inovações dos últimos cinco anos, como a recente flexibilização da carga horária semanal do médico de família e comunidade. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) pode melhorar a discussão sobre o modelo de atenção básica à saúde no País, mas tem problemas técnicos e uma parte importante de seus instrumentos ainda são desconhecidos. O MS também criou uma série de incentivos para o trabalho em municípios com dificuldade de atração ou retenção de médicos, mas ainda não interferiu na precariedade dos vínculos de trabalho (32).

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. A proposta da última atualização da PNAB passou por consulta pública antes de ser aprovada no mês de agosto, e foi assunto principal entre diversos setores envolvidos (33).

De acordo com o Departamento de Atenção Básica do MS (34), a revisão traz mudanças com relação ao prazo de implantação das equipes, à cobertura do Núcleo Ampliado de

Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), ao teto populacional e à incorporação do Registro Eletrônico em Saúde, além da criação do perfil de gerente de Unidade Básica de Saúde (UBS). Considerando principalmente as indicações dos gestores municipais da saúde sobre a necessidade de se elevar o grau de responsabilidade e de autonomia das gestões locais.

1.5 Redes de Atenção

No dia 30 de dezembro de 2010, o Documento de Referência que estabelece as diretrizes para a organização das RAS (Redes de Atenção à Saúde) no âmbito do SUS, foi oficializado por meio da Portaria GM/MS nº 4.279, publicada no Diário Oficial de 30/12/2010. Este documento havia sido aprovado pela CIT no dia 16 de dezembro .

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Portanto, os serviços especializados que não são oferecidos no município de origem deverão ser ofertados em um dos municípios da região, o mais próximo possível (35,36).

Enquanto ao município cabe a obrigatoriedade de garantir a Atenção Básica, a região de saúde deve, através da rede de atenção à saúde, oferecer a continuidade dos serviços e ações, de forma que todos possam ter acesso a procedimentos complexos, que não são ofertados na atenção básica. E para evitar a centralização em grandes centros urbanos, como sempre aconteceu, o decreto propõe um novo desenho das regiões, de forma a garantir o atendimento o mais próximo possível do usuário. Além disso, assume o desafio de investir na infraestrutura e melhorar a capacidade instalada em novos lugares, diminuindo assim os vazios assistenciais (37).

O modelo de redes de atenção à saúde no SUS é favorecido pelo Pacto de Gestão, estabelecido em uma das estratégias para a regionalização, exigindo uma cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da atenção básica como força que organiza o sistema e coordena. São entendidas como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (38).

A região de Saúde é um espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de Municípios que são fronteiras, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de

saúde. Para ser considerada uma “região de saúde” é preciso que o município ofereça no mínimo as seguintes ações e serviços: atenção básica; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. As regiões de saúde serão a referência para o repasse de recursos entre os entes federativos e também para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (que poderão ser inter-regionais, de acordo com o que foi pactuado nas comissões intergestores). Segundo o Decreto nº 7.508 de 2011, todas as redes de atenção à saúde devem garantir o atendimento integral. Compreender o que é uma região de saúde e porque o SUS se organiza de forma regional e não municipal é tarefa básica para todo conselheiro de saúde, porque será dentro dela que serão ofertados os serviços de média e alta complexidade (39).

Uma rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite conhecimento e resolução para os problemas de saúde da população da área delimitada. Ou seja, exibir a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência possibilita traçar estratégias e perceber os principais estudos na área, bem como as necessidades e possibilidades de realizar redes de atendimento à população, evitando o fluxo de pacientes e migrações para outras regiões e outros municípios (40).

Vários fatores podem interferir na definição das regiões de saúde, entre eles: área total; distâncias geográficas a serem percorridas pelos usuários dos serviços de saúde; características que repercutem nas condições de acesso às unidades de saúde; tamanho, perfil demográfico e epidemiológico e características culturais e socioeconômicas das populações; fluxos populacionais e relações de dependência e complementaridade entre os lugares (41).

As redes de saúde integradas foram promovidas no Brasil para superar a fragmentação decorrente da descentralização do sistema de saúde para o nível municipal. Mesmo com as avaliações escassas, o atraso na implementação dessas redes no Brasil está relacionado ao fato de que a criação delas depende da negociação, da alocação de responsabilidades complexas a um nível de governo muito pequeno para assumir. Isso sugere a necessidade de centralizar certas funções em estruturas ou estados regionais e fortalecer o planejamento (42).

A implementação das RAS aponta para uma maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde no espaço regional, e contribui para o avanço

do processo de efetivação do SUS. A transição entre o ideal de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (43).

1.6 Internações em condições sensíveis a atenção básica – ICSAB

Entendem-se como ICSAB as hospitalizações causadas por doenças infecciosas evitáveis por imunização, as complicações que poderiam ser moderadas por diagnóstico e tratamento precoces, e as complicações agudas de doenças não transmissíveis. Desse modo, espera-se que uma atenção básica eficaz consiga reduzir ICSAB, inclusive readmissões e tempo de permanência no hospital. Quando a atenção básica não garante acesso suficiente e adequado, há demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, com custos e deslocamentos desnecessários (42). A portaria nº 221 afirma que são condições evitáveis e poderiam ser resolvidas neste nível de atenção, sem necessitar de internações hospitalares (44;45).

Essa constatação justifica o interesse pela investigação do tema, uma vez que a ocorrência desse evento traz implicações tanto para o usuário – que não obteve a atenção oportuna e necessária, acarretando prejuízo real à sua condição de saúde – quanto para o sistema de saúde conforme vários aspectos, entre eles o comprometimento do uso racional de recursos nesse ponto da rede de atenção (46).

Na Tabela 1, estão apresentados os diagnósticos que compõem a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Essa relação é constituída por 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos). Para fins de organização, ela está composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção (por exemplo, pré-natal) e a magnitude dos agravos.

Tabela 1 - Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária baseadas na nomenclatura do CID-10.

Grupos de diagnósticos	CID -10
1. Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06,
2. Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09

4. Anemia	D50 18.919 0,7 0,2 1,0
5. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64 56.368 2,0 0,6 3,0
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31 12.055 0,4 0,1 0,6
7. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, 2J15.8- J15.9, J18.1,
8. Asma	J45-J46 271.323 9,7 2,8 14,5
9. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47 206.251 7,4 2,1 11,0
10. Hipertensão	I10-I11 146.426 5,2 1,5 7,8
11. Angina pectoris	I20 96.781 3,5 1,0 5,2
12. Insuficiência cardíaca	I50, J81 314.029 11,2 3,2 16,8
13. Doenças cérebro-vasculares	I63-I67, I69, G45-G46 181.837 6,5 1,9 9,7
14. Diabetes mellitus	E10-E14 120.878 4,3 1,2 6,5
15. Epilepsias	G40-G41 51.570 1,8 0,5 2,8
16. Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0 200.571 7,2 2,0 10,7
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08 76.110 2,7 0,8 4,1
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76 48.644 1,7 0,5 2,6
19. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2 88.747 3,2 0,9 4,8
20. Doenças relacionadas	O23, A50, P35.0

CID-10: Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão.

Fonte: Elaboração própria

1.7 Fluxo de pacientes

A configuração da rede de serviços de saúde dos municípios deve ter a maior parte dos atendimentos e eficácia na atenção básica. A precariedade da oferta, e a falha nesse nível, têm por consequência a internação e atendimento nos outros níveis. Por isso, reafirma-se a relevância da regionalização da assistência na organização das referências para a população. Quanto menor a capacidade instalada de serviços, maior será a dependência de outros locais para o atendimento às necessidades de internação, aumentando também as preocupações e dificuldades encontradas pelo gestor local e usuários. Portanto a regionalização se torna importante como estratégia para organizar os fluxos de atendimento (47).

A regionalização da saúde estava presente como preocupação de dirigentes de saúde há muitos anos, em torno da articulação entre municípios exportadores e importadores de pacientes. A lógica presumida do fluxo é que quanto maior a evasão de pacientes, menor seria a capacidade de fornecer assistência em saúde local ou regionalmente para a população. Por outro lado, quanto maior a invasão de pacientes, maior o poder de atração exercido pelas condições de oferta de assistência. Cada região possui um município pólo que concentra os recursos de assistência de nível secundário e terciário e receberia o fluxo total. A procura de recursos diagnósticos e de tratamento fora do local de residência, ou seja, para local de atendimento, permite concluir o grau da assistência segundo os módulos assistenciais vigentes. Ainda que a universalidade do SUS estabeleça o direito à assistência em qualquer serviço do sistema, é fundamental compreender a procedência dos pacientes (município de residência) para o planejamento da assistência à demanda local e regional (48;49).

Para Oliveira, Carvalho e Travassos (50) as redes de serviços hospitalares diferenciam seu comportamento conforme a complexidade do atendimento expressando a desigualdade regional no acesso. Em razão disso a regionalização configura importante estratégia para garantir a universalidade, a integralidade e a equidade a que o cidadão tem direito, preceitos constitucionais com variados graus de dificuldade na sua consolidação.

Considera-se assim que a investigação de fluxos não relacionados diretamente à assistência a saúde pode contribuir para a elaboração de reflexões que ajudem a identificar territórios

que apresentem maior coerência com a lógica social e econômica regional, contribuindo para a construção de regiões de saúde com maior capacidade de integração municipal na gestão das ações e dos serviços de saúde (51).

A efetiva implementação de redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), com base na Atenção Básica, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade. Observando o direito universal à saúde, a redução das desigualdades deve ser política pública prioritária e prevê a garantia de acesso à rede ambulatorial e domiciliar com financiamento adequado, regulamentação e capacitação nos seus vários níveis de complexidade, ajustados às necessidades dos cidadãos, especialmente aqueles em maior situação de vulnerabilidade, tanto na rede pública quanto na rede privada (52).

Para existir o fluxo de pacientes entre os municípios e regiões de saúde, existem alguns fatores que devem ser levados em consideração, como por exemplo: o acesso, a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde. Por isso deve-se entender cada um dos seus significados. O que nos informa sobre a facilitação (aumentaria) ou dificuldade (diminuiria) do fluxo de pacientes, principalmente entre os municípios vizinhos e regiões de saúde, vizinhas ou não (53).

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto. A terminologia empregada também é variável. Alguns autores colocam acessibilidade como: caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem acesso como o ato de ingressar ou entrada; ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Autores também variam em relação à perspectiva do conceito: uns enfocam nas características dos indivíduos; outros nas da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços de saúde (54).

Albuquerque, Maciel, Feitoza, Mendes e Martelli (55) expõe que acessibilidade ou acesso aparecem como um dos aspectos da oferta de serviços relativos à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Destaca ainda a acessibilidade em duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional. A primeira refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. A segunda diz respeito a todas as

características da oferta que podem facilitar ou dificultar a capacidade das pessoas no uso dos serviços.

Reis, Coimbra, Silva (56) usam o termo acesso como sinônimo de acessibilidade para indicar o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. A portaria 4.279 (57) aponta o conceito de acesso, com a ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços.

O conceito de uso de serviços de saúde tem um sentido amplo, compreendendo todo o contato direto (consultas médicas, hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) dos indivíduos com os serviços de saúde. O processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação de um lado, do comportamento do indivíduo, que procura cuidados, e de outro do profissional, que o conduz dentro do sistema de saúde (58).

1.8 Regulação da Regionalização e o decreto 7.508/2011

Em 28 de junho de 2011, foi assinado o decreto Presidencial 7.508, que regulamenta a Lei no 8.080, de 1990, e aborda a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. O decreto trata da articulação entre União, estados e municípios na área da saúde. Preenche uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ao regulamentar a Lei 8.080, possibilitando o aprimoramento do Pacto pela Saúde. Estruturado em seis capítulos, o decreto estabelece: as diretrizes para a organização das regiões de saúde; as normas e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP) e as diretrizes para elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASE), Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do planejamento em saúde (59).

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) tem por objetivo a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários. Contudo, apesar dos esforços políticos, somente duas das 27 Unidades Federativas assinaram o COAP: Ceará e Mato Grosso do Sul. Uma hipótese da baixa adesão ao COAP é a falta de embasamento científico nas estratégias adotadas pelo mesmo, além de barreiras de adesão e implementação da própria política, como as mudanças organizacionais, políticas e econômicas (60).

A RENAME e a RENASE devem compreender de maneira justa um rol de ações, serviços e medicamentos capazes de atender à integralidade da assistência à saúde, sempre pautada em políticas públicas que a expresse. Esse aspecto é muito relevante para se discutir a judicialização da saúde. Se não existir a política pública por omissão do poder público, nascerá para o cidadão seu direito às ações e aos serviços ali previstos (61).

O decreto afirma que a Rede de Atenção à Saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; espera-se que os fluxos tenham reduzido para que todos estejam contemplados com a integralidade do SUS (62).

2. Objetivo Geral

Analisar o fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) nos municípios brasileiros, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações após a publicação do Decreto 7.508/11 comparando dois períodos distintos (2008-2010 e de 2014-2016).

Objetivos específicos

1. Estimar a concentração das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) dentro dos municípios brasileiros entre os períodos de 2008-2010 e 2014-2016.
2. Caracterizar o aumento do fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) de um município para sua própria região de saúde brasileira entre os períodos de 2008-2010 e 2014-2016.
3. Determinar o perfil do fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) entre as regiões de saúde brasileiras entre os períodos de 2008-2010 e 2014-2016.

3. Métodos

Trata-se de um estudo ecológico e exploratório, do tipo antes e depois, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) com o processo de regionalização da saúde. Para tal, foram analisados os dados de dois períodos de três anos cada (2008-2010 *versus* 2014-2016). A escolha dos períodos foi baseada na publicação do Decreto 7.508/11, o qual foi um marco para o processo de regionalização da saúde no Brasil.

Para comparar os dados entre os dois períodos, foram analisadas todas as internações por ICSAB registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (63). Para identificar os fluxos de internações por ICSAB, foram cruzados os dados de origem dos pacientes (município de residência) como os dados do local da realização das internações (município de atendimento). Dessa forma, pode-se verificar a distribuição das internações por ICSAB dos residentes de um município em três recortes geográficos: i) internações realizadas dentro do próprio município; ii) internações realizadas fora do município, mas dentro da sua região de saúde; iii) internações realizadas fora da região de saúde do município. A composição dos municípios que conforma cada região de saúde foi obtida do IBGE (64).

As ICSAB foram escolhidas, pois o Decreto 7.508/2011 estabelece que as regiões de saúde devam possuir pelo menos cinco redes de atenção à saúde, sendo uma delas relacionada à atenção básica (65). Adotou-se a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, a qual é composta por 20 condições de saúde que poderiam ser evitadas caso houvesse a oferta de serviços de atenção básica de qualidade e em tempo oportuno. Essas internações vêm sendo usadas como indicador do acesso e qualidade da atenção básica (66).

3.1 Análise estatística

Os dados foram tabulados para cada um dos 5.570 municípios brasileiros. Foram calculadas as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) do fluxo de internações por ICSAB. Esses dados foram calculados para o Brasil e também estratificados por região geográfica.

Para verificar os fatores associados à concentração das internações por ICSAB no Brasil, foi conduzida uma análise de regressão logística (modelo *logit*). A variável dependente foi uma variável dicotômica, assumindo o valor 1 para os casos em que houve aumento no percentual das internações por ICSAB para fora do município; caso contrário, assume-se o valor 0. Essa variável foi calculada pela subtração dos percentuais depois (2014-2016) e antes (2008-2010) do Decreto 7.508/11. O aumento da concentração foi estratificada para dois recortes geográficos: i) internações realizadas fora do município, mas dentro da sua região de saúde; ii) internações realizadas fora da região de saúde do município.

As variáveis explicativas selecionadas foram: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, calculado pela Federação das Indústrias do Estado Rio de Janeiro (FIRJAN) (67); ii) porte populacional dos municípios, sendo considerado municípios de pequeno porte aqueles que tinham população menor que 10 mil habitantes; iii) número de leitos hospitalares vinculados ao SUS por 1.000 habitantes; iv) *dummies* para representar as regiões brasileiras, tendo a região Sudeste como referência.

Também foi calculada a curva de Lorenz para os dois períodos analisados, no intuito de verificar graficamente se houve maior concentração das internações por ICSAB. O gráfico representa uma curva de frequências acumuladas, que compara a distribuição observada de uma variável (internações por ICSAB) com uma esperada de completa igualdade (diagonal). Quanto maior a curva e sua distância para a diagonal de igualdade, maior é a concentração. Na sua adaptação para a saúde, o eixo X representa a proporção acumulada da população, e no eixo Y, a proporção acumulada das internações por ICSAB (68).

Aspectos éticos

Por se tratar de dados secundários, não nominais e disponíveis publicamente, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme estabelece a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Resultados e Discussão

Revista Caderno de Saúde Pública

Artigo - Regionalização da saúde: fluxo de internações pelas condições sensíveis à atenção básica nos municípios brasileiros

Jéssica de Souza Lopes¹; Everton Nunes da Silva ²; Walter Massa Ramalho ³

^{1,2} Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências de Saúde - Universidade de Brasília. 70910-900. Asa Norte, Brasília – DF. jessicalopes.scunb@gmail.com

³ Programa de Pós graduação em Medicina Tropical. Núcleo de Medicina Tropical. Universidade de Brasília (DF)

Resumo

Objetivo: Analisar o fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) nos municípios brasileiros, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações após a publicação do Decreto 7.508/11. **Método:** Trata-se de um estudo ecológico e exploratório, do tipo antes e depois. Para identificar os fluxos de internações por ICSAB, foram cruzados os dados de origem dos pacientes (município de residência) como os dados do local da realização das internações (município de atendimento). Analisou-se a distribuição das ICSAB em três recortes geográficos (dentro do município, fora do município e dentro de sua região de saúde, e fora da região de saúde) em dois períodos distintos (antes e depois da publicação do Decreto 7.508/11). **Resultados:** As internações por ICSAB foram majoritariamente realizadas dentro dos limites dos municípios. No entanto, houve

maior crescimento das internações fora dos municípios, seja dentro da região de saúde seja fora dela. Houve maior concentração das internações por ICSAB entre os dois períodos analisados neste estudo. **Conclusão:** Esse padrão está em consonância com as diretrizes da regionalização da saúde, visto que se espera que os serviços de média e alta complexidade sejam organizados de forma a obter ganhos de escala.

Palavras-chave: Regionalização, Políticas Públicas, Atenção Primária à Saúde, Transferência de Pacientes.

Abstract

Objective: To analyze the flow of hospitalizations due to conditions sensitive to basic care (ICSAB) in the Brazilian municipalities, in order to verify if there was a greater concentration of hospitalizations after the publication of Decree 7.508 / 11. **Method:** This is an ecological and exploratory study, before and after. In order to identify the hospitalization flows by ICSAB, the origin data of the patients (municipality of residence) were cross-referenced as the data of the place of hospitalization (municipality of care). The ICSAB distribution was analyzed in three geographic cut-outs (within the municipality, outside the municipality and within its health region, and outside the health region) in two distinct periods (before and after the publication of Decree 7.508 / 11) . **Results:** ICSAB admissions were mostly performed within the limits of the municipalities. However, there was a greater growth of hospitalizations outside the municipalities, both within and outside the health region. There was a higher concentration of hospitalizations for ICSAB between the two periods analyzed in this study. **Conclusion:** This pattern is in line with the guidelines of health regionalization, since medium and high complexity services are expected to be organized in order to achieve economies of scale.

Keywords: Regionalization, Public Policies, Primary Health Care, Patient Transfer.

Introdução

No âmbito da saúde, o conceito de regionalização segue o que define a Constituição de 1988 e a Lei Nº 8080/90, ao estabelecer que as regiões de saúde possuam particularidades entre si e guardam correlações com o espaço territorial que integram. Atribui-se o papel de elemento central na estruturação dos serviços de saúde no país em conjugação com a descentralização, que é uma importante diretriz do SUS ¹. A regionalização possui objetivos, tais como: garantir acesso e o direito à saúde; resolutividade e qualidade às ações e serviços de saúde; reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade; garantir a integralidade; racionalizar os gastos e otimizar os recursos e potencializar o processo de descentralização ².

No início da implementação do SUS, o financiamento da saúde pública favoreceu o processo de municipalização dos serviços de saúde, o que resultou na fragmentação dos serviços de saúde ³. No entanto, com o passar dos anos, verificou-se que os municípios não tinham capacidade de ofertar todos os serviços necessários (integralidade) à população, visto que a maior parte dos municípios é de pequeno porte ⁴. Assim, a partir da NOAS 01/02, essa orientação muda, passando a incentivar a regionalização da saúde. Essa estratégia busca, via planejamento integrado, a conformação de redes regionalizadas de saúde, adstritas a territórios delimitados e a populações definidas⁵. Para tanto, utilizou-se instrumentos legais que fortalecem a estratégia, como a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI), o Pacto pela Saúde e o Decreto nº 7.508 de 2011 ⁶.

O Decreto 7.508/2011 regulamentou a articulação entre União, estados e municípios na área da saúde, com vistas a fortalecer as redes de atenção à saúde. A configuração da rede de serviços de saúde dos municípios deve ter como principal porta de entrada os serviços de atenção básica, e suas falhas têm provocado internação e atendimento nos outros níveis de maior complexidade ^{7,8}. Por isso, reafirma-se a relevância da política de regionalização da assistência na organização das referências para a população, como estratégia para organizar os fluxos de atendimento ⁹.

Para a regionalização, é importante que os municípios tenham uma referência de encaminhamento de pacientes segundo complexidade do cuidado, o qual se tornando polo que concentra os recursos de assistência de nível secundário e terciário e exportador de serviços de saúde em âmbito hospitalar. Neste caso, a compreensão dos fluxos de pacientes

segundo municípios que exportam e os que importam é estratégico para a organização dos serviços e a adequação ao planejamento da assistência à demanda local e regional ¹⁰.

O objetivo do estudo é analisar o fluxo de internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) nos municípios brasileiros, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações após a publicação do Decreto 7.508/11.

Método

Trata-se de um estudo ecológico e exploratório, do tipo antes e depois, com o intuito de verificar se houve maior concentração das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB) com o processo de regionalização da saúde. Para tal, foram analisados os dados de dois períodos de três anos cada (2008-2010 *versus* 2014-2016). A escolha dos períodos foi baseada na publicação do Decreto 7.508/11, o qual foi um marco para o processo de regionalização da saúde no Brasil.

Para comparar os dados entre os dois períodos, foram analisadas todas as internações por ICSAB registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) ¹¹. Para identificar os fluxos de internações por ICSAB, foram cruzados os dados de origem dos pacientes (município de residência) como os dados do local da realização das internações (município de atendimento). Dessa forma, pode-se verificar a distribuição das internações por ICSAB dos residentes de um município em dois recortes geográficos: i) internações realizadas fora do município, mas dentro da sua região de saúde; ii) internações realizadas fora da região de saúde do município. A composição dos municípios que conforma cada região de saúde foi obtida do IBGE¹².

As ICSAB foram escolhidas, pois o Decreto 7.508/2011 estabelece que as regiões de saúde devam possuir pelo menos cinco redes de atenção à saúde, sendo uma delas relacionada à atenção básica¹³. Adotou-se a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, a qual é composta por 20 condições de saúde que poderiam ser evitadas caso houvesse a oferta de serviços de atenção básica de qualidade e em tempo oportuno. Essas internações vêm sendo usadas como indicador do acesso e qualidade da atenção básica¹

Análise estatística

Os dados foram tabulados para cada um dos 5.570 municípios brasileiros. Foram calculadas as medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio padrão) do fluxo de internações por ICSAB. Esses dados foram calculados para o Brasil e também estratificados por região geográfica.

Para verificar os fatores associados à concentração das internações por ICSAB no Brasil, foi conduzida uma análise de regressão logística (modelo *logit*). A variável dependente foi uma variável dicotômica, assumindo o valor 1 para os casos em que houve aumento no percentual das internações por ICSAB para fora do município; caso contrário, assume-se o valor 0. Essa variável foi calculada pela subtração dos percentuais depois (2014-2016) e antes (2008-2010) do Decreto 7.508/11. O aumento da concentração foi estratificada para dois recortes geográficos: i) internações realizadas fora do município, mas dentro da sua região de saúde; iii) internações realizadas fora da região de saúde do município.

As variáveis explicativas selecionadas foram: i) Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) dos municípios, calculado pela Federação das Indústrias do Estado Rio de Janeiro (FIRJAN)¹⁵; ii) porte populacional dos municípios, sendo considerado municípios de pequeno porte aqueles que tinham população menor que 10 mil habitantes; iii) número de leitos hospitalares vinculados ao SUS por 1.000 habitantes; iv) *dummies* para representar as regiões brasileiras, tendo a região Sudeste como referência.

Também foi calculada a curva de Lorenz para os dois períodos analisados, no intuito de verificar graficamente se houve maior concentração das internações por ICSAB. O gráfico representa uma curva de frequências acumuladas, que compara a distribuição observada de uma variável (internações por ICSAB) com uma esperada de completa igualdade (diagonal). Quanto maior a curva e sua distância para a diagonal de igualdade, maior é a concentração. Na sua adaptação para a saúde, o eixo X representa a proporção acumulada da população, e no eixo Y, a proporção acumulada das internações por ICSAB¹⁶.

Aspectos éticos

Por se tratar de dados secundários, não nominais e disponíveis publicamente, não foi necessário submeter ao Comitê de Ética em Pesquisa conforme estabelece a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

A Tabela 1 mostra a evolução das internações por ICSAB no Brasil nos dois períodos analisados: antes e depois da publicação do Decreto 7.508/11. Houve uma queda na média no número de internações por ICSAB, passando de 449,21 no período 2008-2010 para 392,97 no período 2014-2016.

Em relação à distribuição das internações por ICSAB por local de internação, verificou-se que os atendimentos ocorrem em sua maioria no próprio município. No entanto, esse percentual diminuiu após a publicação do Decreto 7.508/11 em aproximadamente 5%. Onde se verificou um maior crescimento no fluxo das internações por ICSAB foi para fora da região de saúde, correspondendo a um crescimento de 33,89% (Tabela 1).

Tabela 1 – Média das internações por condições sensíveis à atenção básica no Brasil, no período de 2008-2010 e 2014-2016.

Internações ICSAB	2008-2010			2014-2016			Crescimento % das ICSAB
	Média	Desvio padrão	%	Média	Desvio padrão	%	
No município	369,84	1.520,48	82,3	307,51	1.488,87	78,2	-4,98%
Na região (excluindo município de residência)	52,96	134,45	11,8	54,49	156,26	13,9	17,79%
Fora da região	26,39	85,76	5,9	30,95	96,71	7,9	33,89%
Total	449,21	1.579,36	100	392,97	1.571,19	100	-

A Tabela 2 mostra o percentual de municípios que apresentou aumento relativo das internações por ICSAB por recorte geográfico. Enquanto 14,74% dos municípios brasileiros apresentaram crescimento das internações por ICSAB no seu próprio município entre os períodos 2008-2010 e 2014-16, 55,30% e 69,25% aumentaram a concentração do fluxo de

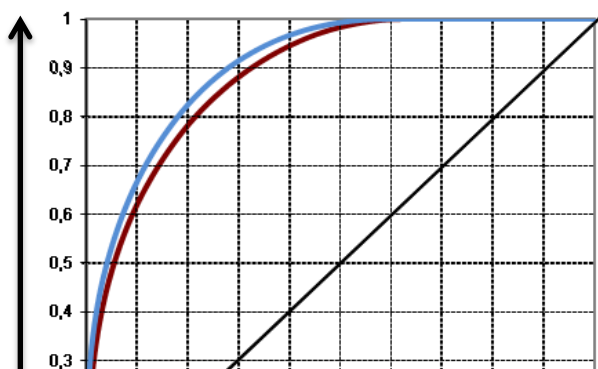
internações por ICSAB na sua região de saúde ou fora dela, respectivamente. Esse padrão se reproduz no contexto das regiões brasileiras, com maior crescimento relativo do fluxo de internações por ICSAB fora da região de saúde, variando de 66,89% dos municípios no Sul a 72,68% dos municípios no Nordeste.

Tabela 2: Crescimentos das internações por ICSAB nos municípios em relação às regiões geográficas brasileiras nos períodos 2008-2010 e 2014-2016.

Região	Número de municípios	No município		Na região		Fora da região	
		% municípios (aumento)	Desvio padrão	% municípios (aumento)	Desvio padrão	% municípios (aumento)	Desvio padrão
Brasil	5.569	14,74	35,45	55,30	49,72	69,25	46,14
Norte	450	23,11	42,20	46,66	49,94	69,77	45,97
Nordeste	1.784	17,44	37,96	53,28	49,90	72,68	44,56
Centro-oeste	467	14,77	35,52	59,10	49,21	68,09	46,66
Sudeste	1.668	10,91	31,18	54,91	49,77	67,44	46,87
Sul	1.190	12,85	33,48	60,67	48,86	66,89	47,08

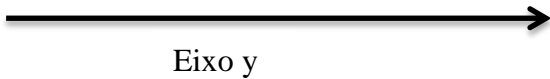
A Figura 1 mostra graficamente que houve maior concentração das internações por ICSAB entre os dois períodos analisados neste estudo. Em torno de 10% dos municípios são responsáveis por 60% das internações por ICSAB, ao passo que 40% dos municípios não realizaram nenhuma internação por não possuírem leitos hospitalares do SUS. Houve um deslocamento da curva de Lorenz entre o 1º e o 2º período, deixando-a mais distante da diagonal.

Figura 1: Curva de Lorenz representando a relação das ICSAB e o número de municípios brasileiros, do período de 2008-2010 e 2014-2016.



Linha **vermelha**, 1º período, gini 0,777.
 Linha **azul**, 2º período, gini 0,809

Eixo y



As tabelas 3 e 4 mostram os fatores associados à concentração do fluxo de internação ICSAB para fora do município, seja dentro da sua região de saúde seja fora dela. Por um lado, municípios de pequeno porte, com população menor que 10.000 habitantes, mostraram uma relação negativa com o aumento do fluxo de internações por ICSAB tanto para dentro da região de saúde quanto para fora dela. Por outro lado, quanto maior o número de leitos do SUS e do IDH do município, maior a concentração do fluxo de ICSAB dentro da região e fora dela. Diferenças regionais parecem não estarem associadas ao aumento da concentração do fluxo de internações por ICSAB, visto que a maioria das variáveis não foram estatisticamente significativas.

Tabela 3 — Fatores associados ao fluxo de internação por ICSAB de residentes dos municípios brasileiros dentro da região de saúde a partir do modelo logit, Brasil

Dentro da região de saúde e fora do município	coef	Std. Err	z	p> z	[95 % conf. Interval]	
Município pequeno (<10.000 hab.)	-.5049766	.0592821	-8.52	0.000	-.6211675	-.3887857
Número de leitos do SUS	.2200962	.0191536	11.49	0.000	.1825559	.2576365

por 1.000 hab.						
IDH	1.908334	.572205	3.34	0.001	.7868324	3.029835
Norte	-.2403839	.1210909	-1.99	0.047	-.4777177	-.0030501
Nordeste	.0168057	.1001277	0.17	0.867	-.179441	.2130523
Sudeste	.102675	.0830276	1.24	0.216	-.0600562	.2654062
Centro-oeste	.0317664	.1104684	0.29	0.774	-.1847476	.2482804
Constante	-1.109139	.397629	-2.79	0.005	-.1888478	-.3298006

Tabela 4 — Fatores associados ao fluxo de internação por ICSAB de residentes dos municípios brasileiros para fora da região de saúde a partir do modelo logit, Brasil

Fora da região de saúde	coef	Std. Err	z	p> z	[95 % conf. Interval]	
Município pequeno (<10.000 hab.)	-.3437957	.0621279	-5.53	0.000	-.4655641	-.2220273
Número de leitos do SUS por 1.000 hab.	.0994454	.0188061	5.29	0.000	.0625862	.1363045
IDH	1.758388	.606583	2.90	0.004	.5695073	2.947269
Norte	.2235723	.1286051	1.74	0.082	-.0284891	.4756337
Nordeste	.3828197	.1060442	3.61	0.000	.1749768	.5906626
Sudeste	-.1099036	.085495	-1.29	0.199	-.2774707	.0576635
Centro-oeste	-.0343793	.114328	-0.30	0.764	-.2584581	.1896994
constante	-.4102231	.4204917	-0.98	0.329	-1.234372	.4139254

Discussão

Este estudo analisou a distribuição das ICSAB em três recortes geográficos (dentro do município, fora do município e dentro de sua região de saúde, e fora da região de saúde) em dois períodos distintos (antes e depois da publicação do Decreto 7.508/11). Apesar de as internações por ICSAB serem, na sua maior proporção, realizadas dentro dos limites dos municípios, houve maior crescimento das internações fora dos municípios, seja dentro da região de saúde seja fora dela. Esse padrão está em consonância com as diretrizes da regionalização da saúde, visto que se espera que os serviços de média e alta complexidade

sejam organizados de forma a obter ganhos de escala. Há evidências que hospitais com maior volume de produção geram melhores resultados, também em termos de redução da mortalidade quando da taxa de reinternação ^{17, 18, 19, 20, 21}.

Um achado que chamou a atenção no estudo é que o maior crescimento dos fluxos de internações por ICSAB ocorreu fora da região de saúde, o que pode sinalizar que as regiões de saúde ainda não estão plenamente organizadas para atender as demandas de média e alta complexidade de seus habitantes. Esperava-se que esse fluxo de internações fosse diminuir após o Decreto 7.508/11, caso a política de regionalização e as redes de atenção estivessem funcionando na sua totalidade. Essa questão pode estar relacionada às dificuldades de acesso e de qualidade dos serviços de atenção básica ²², o que pode resultar em mau funcionamento das redes.

Verificou-se que houve uma redução substancial das internações por ICSAB em termos médios no Brasil, semelhante a que outros estudos documentaram. Ferreira, Dias e Mishima²³ afirmam que logo após a implantação da Estratégia Saúde da Família, houve decréscimo no total de ocorrências de internações, em função da queda no número de casos dos agravos em diferentes grupos da lista. Moretti e Fedosse²⁴, que analisaram os dados entre os anos 2000 e 2016, verificaram uma redução das taxas de ICSAB por região geográfica, sendo que a região que apresentou maior redução foi a Centro-Oeste, com redução de 42,5%, seguida da região Sul (37,8%), Nordeste (33,1%), Sudeste (31,1%) e Norte (20,6%). Essa queda é justificada pela melhora na cobertura da atenção básica no país, como afirmam estudos com esse enfoque, como Pinto e Giovanella ^{25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32}.

A concentração das taxas de internações por ICSAB em poucos municípios é explicada porque os grandes centros de referência são, naturalmente, aqueles que atraem os maiores contingentes populacionais. As taxas de invasão expressa no âmbito das internações realizadas em determinado município faz com que os fluxos intermunicipais de internações aumentem e revelem uma prática típica desses grandes aglomerados ³³.

A concentração de internações faz parte da regionalização, pois permite aos hospitais obterem maiores ganhos de escala, tanto no aumento da produtividade quando na redução dos custos dos insumos utilizados (poder de barganha) ³⁴. Hospitais grandes e concentrados são mais eficientes, são fixados em municípios de maior estrutura e afastado

geograficamente de outro contingente de pessoas que necessitam de apoio logístico e transporte sanitário, sistema de regulação de leitos, referência e contra-referência para não privar o acesso do hospital regional. De acordo com Barreto Jr ³⁵ foi possível verificar que o processo de regulação do sistema de saúde brasileiro foi fortemente orientado para a descentralização da política através da municipalização das ações e dos serviços de saúde. A desigualdade de oferta possui expressão em diversas esferas de organização do território, havendo discordância no interior de um mesmo município, entre os municípios e entre os estados da federação. Em geral, há vazios na oferta dos municípios ou estados de expressiva demanda que apenas podem ser cobertos pelo o fluxo para outras regiões do país.

A lógica de organização dos serviços de saúde não exige, obrigatoriamente, a existência de hospitais em todas as cidades, desde que as referências regionais sejam acessíveis e claramente definidas ³⁶. Cardoso et. al.³⁷ mostram que maiores taxas de internações ocorreram em regiões de baixa renda, por isso a classe socioeconômica tem sido um importante marcador de barreira ou de acesso aos serviços de saúde, o que pode levar a compreender outros fatores que influenciam a utilização dos serviços, como transporte ou conhecimento do sistema de saúde.

As limitações do estudo se deram pela falta de referências de dados nacionais no período analisado, mesmo com uma extensa bibliografia sobre regionalização. Poucas referências acerca da concentração das ICSAB. A observação é que uma boa parte dessas referências trazem dados muito importantes, mas em casos específicos como são o caso do estado de São Paulo, que é foco de vários estudos e também alguns outros estados e/ou municípios isolados. Não foram foco do estudo as internações de cada um dos diagnósticos isolados que compõe a lista de ICSAB. A análise restrita às internações no SUS (em hospitais públicos ou privados e filantrópicos conveniados) é uma limitação do estudo. No entanto, o SIH tem como vantagem a cobertura nacional e ampla de todas as internações no país.

Considerações finais

O fluxo de região para região continua com o crescimento elevado, obtendo-se maior concentração das internações por condições sensíveis à atenção básica após a publicação

do Decreto 7.508/11. Esse padrão parece estar em consonância com as diretrizes da regionalização da saúde, visto que há incentivo para obter ganho de escala em serviços de saúde de maior complexidade tecnológica, como os hospitais, o que nos faz refletir e buscar motivos que expliquem a concentração das internações.

Concluiu-se que a regionalização trouxe mais autonomia para os municípios, reforçando a integralidade e a descentralização, mas ainda devem-se investigar as causas para o aumento desse fluxo. Percebeu-se que mesmo antes do decreto 7.508 de 2011 ser estabelecido os fluxos das internações sensíveis as condições básicas já eram elevados no país, e mesmo depois continua aumentando, principalmente o fluxo de região para outra região de saúde.

Referências Bibliográficas do Artigo

1. Fernandes Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2017 abril [citado em 2018 20 de Maio]; 22 (4): 1311-1320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14181232017002401311&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/141381232017224.26412016>.

2. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf

3. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, Unger JP, Da-Silva MRF, De Paepe P, Vázquez ML. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: From formulation to practice. Health Policy Plan. 2015 [citado em 2018 25 de Maio]; 30(6):705–17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157>

4. Machado Juliana Costa, Cotta Rosângela Minardi Mitre, Soares Jeferson Boechat. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde: a questão da descontinuidade político-administrativa. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 Mar [citado 2018 30 de maio]; 19(52): 159-170. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832015000100159&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.1002>.

5. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Regionalização solidária e cooperativa. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série: Pactos pela Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regionalizacao2006.pdf>

6. Albuquerque Mariana Vercesi de, Viana Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Saúde debate [Internet]. 2015 Dezembro [10 de outubro de 2018] ; 39(spe): 28-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005390>

7. Cecilio Luiz Carlos de Oliveira, Andreazza Rosemarie, Carapinheiro Graça, Araújo Eliane Cardoso, Oliveira Lissandra Andion de, Andrade Maria da Graça Garcia et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Novembro [citado 10 de junho de 2018] ; 17(11): 2893-2902. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100006>.

8. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de junho.

9. Lima, MCR. Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da Metade Sul do RS [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (RS), 2010.
10. Rocha Juan Stuardo Yazlle, Monteiro Rosane Aparecida, Moreira Marizélia Leão. Fluxo de hospitalização nos sistemas público e privado no estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2015 [citado 10 outubro de 2018] ; 49: 69. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100258&lng=en. Epub Oct 13, 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005696>.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>
12. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. PNS - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. [online] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=downloads>.
13. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de junho.
14. Alfradique Maria Elmira, Bonolo Palmira de Fátima, Dourado Inês, Lima-Costa Maria Fernanda, Macinko James, Mendonça Claunara Schilling 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 [Internet]. junho 2009 [27 junho de 2018] ; 25(6): 1337-1349. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en.

15. Federação das Indústrias do Estado Rio de Janeiro (FIRJAN) (2018). Consultado em Junho de 2018. Disponível em: <http://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>

16. Maria Cristina Schneider , Carlos Castillo-Salgado, Jorge Bacallao, Enrique Loyola, Oscar J. Mujica, Manuel Vidaurre, et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. junho 2002 [citado 28 junho de 2018]. 12(6). Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

17. Sahil Khera, Dhaval Kolte, Tanush Gupta , Andrew Goldsweig , Poonam Velagapudi , Ankur Kalra, et al. Association Between Hospital Volume and 30-Day Readmissions Following Transcatheter Aortic Valve Replacement. JAMA Cardiol [Internet]. 2017 [citado em 2 de outubro]. 2(7):732–741. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5710612>

18. John D. Birkmeyer, Andrea E. Siewers, Emily V.A. Finlayson, Therese A. Stukel et al. Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med 2002 [Internet]. 2018 [citado em 4 de outubro];346:1128-1137. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11948273>

19. Nimptsch U, Mansky T. Hospital volume and mortality for 25 types of inpatient treatment in German hospitals: observational study using complete national data from 2009 to 2014. BMJ Open. 2017 [Internet]. 2018 [citado em 3 de outubro];7(9):e016184. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28882913>

20. Jonathan F. Finks, Nicholas H. Osborne, John D. Birkmeyer. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. N Engl J Med 2011[Internet]. 2018 [citado em 6 de outubro];364:2128-37. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1010705>

21. Joseph S. Ross, Sharon-Lise T. Normand, Yun Wang, Dennis T. Ko, Jersey Chen,

Elizabeth E. Drye, et al. Hospital Volume and 30-Day Mortality for Three Common Medical Conditions. *N Engl J Med* 2010[Internet]. 2018 [citado em 6 de outubro]; 362:1110-8. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa0907130>

22. Ferreira Janise Braga Barros, Borges Márcio José Garcia, Santos Luciane Loures dos, Forster Aldaísa Cassanho. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 Mar [citado 2018 Set 11] ; 23(1): 45-56. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=pt.

23. Marianna Ferreira, Bruna Moreno Dias, Silvana Martins Mishima. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 oct/dec;14(4):760-70. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a03.htm>

24. Moretti Patrícia Garmus de Souza, Fedosse Elenir. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioter. Pesqui.* [Internet]. setembro 2016 [citado 11 setembro de 2018] ; 23(3): 241-247. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502016000300241&lng=en.

25. Pinto Luiz Felipe, Giovanella Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. março 2018 [citado 14 outubro de 2018] ; 23(6): 1903-1914. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

26. Araujo. Waleska regina Machado. ICSAP no Brasil: análise hierarquizada de fatores de contexto, estrutura e processo de trabalho [dissertação]. UFMA, Programa da pós-graduação em Saúde Coletiva. UFMA. 2015.

27. Barreto Jorge Otávio Maia, Nery Inez Sampaio, Costa Maria do Socorro Candeira.

Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. março 2012 [11 setembro de 2018] ; 28(3): 515-526. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>.

28. Campos Amanda Zandonadi de, Theme-Filha Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad. Saúde Pública [Internet]. Maio 2012 [citado 13 setembro de 2018] ; 28(5): 845-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>.

29. Yasuda AM. A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à Atenção Primária [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

30. Pazó Rosalva Grobério, Frauches Diana de Oliveira, Galvêas Débora Pereira, Stefenoni Anelise Venturini, Cavalcante Elton Luiz Batista, Pereira-Silva Fernando Henrique. Hospitalization for primary care sensitive conditions in Espírito Santo: an ecological descriptive study, 2005 - 2009. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2012 Jun [citado 2018 Set 11] ; 21(2): 275-282. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200010&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742012000200010>.

31. Arantes Luciano José, Shimizu Helena Eri, Merchán-Hamann Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Maio 2016 [citado 18 setembro 2018] ; 21(5): 1499-1510. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000501499&lng=en.

32. Rehem Tania Cristina Morais Santa Barbara, Egrý Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011 Dec [citado 24 setembro de 2018] ; 16(12): 4755-4766. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232011001300024&lng=en.

33. Barreto Junior Irineu Francisco. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. Saude soc. [Internet]. Junho 2015 [citado 11 junho de 2018]; 24(2); 461-471. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200461&lng=en.

34. Johnathan G. Munn , Caroliniana S. Padgett. The effects of agglomeration on interregional hospital patient flow. Journal of Economics and Finance [Internet]; junho 2015 [citado 20 setembro de 2018], v. 39, n. 2, p. 412-430, 2013. Disponível em : <https://link.springer.com/article/10.1007/s12197-013-9275-x>

35. Barreto Junior, Irineu Francisco, Silva, Zilda Pereira da. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. São Paulo em Perspectiva, 2004 [Internet]; 2015 June [citado 13 setembro de 2018], 18(3), 47-56. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392004000300006>

36. Mendes, Eugênio Vilaça As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. [Internet]; 2015 [citado 13 agosto de 2018]; 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965

37. Clareci Silva Cardoso, Cristiane Menezes Pádua, Arnaldo Almeida Rodrigues-Júnior, Denise Alves Guimarães, Suzana Freitas Carvalho, Rosângela Freitas Valentin, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 2018 outubro 13]; 34(4). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n4/227-234/#>

5. Considerações finais da Dissertação

A partir dos dados levantados conclui-se que houve um aumento de concentrações das internações por condições sensíveis à atenção básica de uma região de saúde para outra, após o ano de 2011. E que mesmo antes, os números já se mostravam elevados, trazendo uma reflexão à cerca do funcionamento das redes de atenção e da regionalização.

As limitações do estudo se deram pela falta de referências de dados nacionais no período analisado, mesmo com uma extensa bibliografia sobre regionalização. Poucas referências acerca da concentração das ICSAB. A observação é que uma boa parte dessas referências trazem dados importantes, mas em casos específicos como são o caso do estado de São Paulo, que é foco de vários estudos e também alguns outros estados e/ou municípios isolados. Não foram foco do estudo as internações de cada um dos diagnósticos isolados que compõe a lista de ICSAB. A análise restrita às internações no SUS (em hospitais públicos ou privados e filantrópicos conveniados) é uma limitação do estudo. No entanto, o SIH tem como vantagem a cobertura nacional e ampla de todas as internações no país.

Poderia ter uma análise com taxas ajustadas por idade, corte acima dos 65 anos, por exemplo, por que no país está acontecendo o crescimento da terceira idade na pirâmide de faixa etária, o que poderia explicar o aumento dessas internações. Uma vez que os idosos são mais frágeis e poderiam facilmente evoluir essas condições para internação. Poderia verificar a cobertura de plano de saúde nas regiões, se seria uma variável explicativa também.

Recomenda-se verificar as causas das elevações e estudos que possam ir à campo de prática para analisar se a política de regionalização está sendo eficaz na melhoria do acesso e equidade nos serviços para os usuários do SUS. E também se as esferas (municipais, estaduais e união) estão cumprindo com suas responsabilidades e seus respectivos papéis na gestão.

A dissertação contribui para o aumento da bibliografia no campo da Saúde Coletiva, porque estudos que retratam os dados nacionais ainda são poucos, pois há muito mais dos que são específicos por estado ou municípios. Por isso deve-se continuar a debater e a pesquisa sobre o tema para contribuir para uma política pública efetiva.

6. Referências Bibliográficas

1. Moretti Patrícia Garmus de Souza, Fedosse Elenir. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas internações por causas sensíveis à atenção básica. *Fisioter. Pesqui.* [Internet]. Set/ 2016 [citado em 6 de set 2018] ; 23(3): 241-247. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300241&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/14662023032016>.
2. Nedel Fúlvio Borges, Facchini Luiz Augusto, Martín-Mateo Miguel, Vieira Lúcia Azambuja Saraiva, Thumé Elaine. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Dec [citado 13 julho de 2018] ; 42(6): 1041-1052. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600010>.
3. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). A Regionalização da Saúde - O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília DF, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37450>> Acesso em: Julho /2017.
4. Mendes, Eugênio Vilaça O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7
5. Silva Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. Jun/2011 [citado 11 Junho de 2018] ; 16(6): 2753-2762. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.
6. Carvalho, Gilson. A saúde pública no Brasil. *Estudos Avançados* [Internet]. 2013 [citado 13 Junho de 2018]; 27(78), 7–26. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.

7. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Seção II- DA SAÚDE. Acesso em 20/06/2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoofederal.pdf

8. Fernandes Fernando Manuel Bessa. Regionalização no SUS: uma revisão crítica. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Abril/2017 [Citado 15 Junho de 2018]; 22(4): 1311-1320. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401311&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.26412016>.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

10. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Pacto de gestão: garantindo saúde para todos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_gestao.pdf

11. Yunes, João. O SUS na lógica da descentralização. Estudos Avançados [Internet]. 1999 [citado 18 Junho de 2018]; 13(35), 65-70. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100006>

12. Brasil. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Acesso em: 20/06/2017. Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf> >.

13. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003.

14. Fadel, Cristina Berger, Schneider, Luciana, Moimaz, Suzely Adas Saliba, & Saliba, Nemre Adas. (2009). Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. *Revista de Administração Pública*, 43(2), 445-456. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122009000200008>

15. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à saúde. Sistema Único de Saúde, NOAS-SUS – 2001/2002. Brasília, DF, 2001.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional assistência, Saúde/NOB-SUS 96.1/96. Brasília;1996.

17. Barata Luiz Roberto Barradas, Tanaka Oswaldo Yoshimi; Mendes José Dínio Vaz. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2004 Mar [citado 2018 Fev 06] ; 13(1): 15-24. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742004000100003&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742004000100003>.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à saúde. Sistema Único de Saúde, NOAS-SUS – 2001/2002. Brasília, DF, 2001.

19. Arretche Marta, Marques Eduardo. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2002 [citado Fev 06 de 2018]; 7(3): 455-479. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000300006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000300006>.

20. Ana Luiza d'Ávila Viana; Nelson Ibañez; Paulo Eduardo Mangeon Elias; Luciana Dias de Lima; Mariana Vercesi de Albuquerque; Fabíola Lana Iozzi. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. São Paulo em Perspectiva [Internet]. 2008 [citado Abr 08 de 2018]; 22 (1), 92–106.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002(a).
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 148 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 85-334-1207-X 1. Diretrizes para o planejamento em saúde. 2. Programação. 3. Dotação de recursos para cuidados de saúde. I. Título. II. Série.
23. Moreira, Lenice Carrilho de Oliveira, & Tamaki, Edson Mamoru. A Programação Pactuada e Integrada como instrumento de garantia da integralidade da atenção à saúde no SUS. Interações (Campo Grande) [internet]. 2017, dez[citado 19 junho de 2018]; 18(4), 99-108. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/inter/v18n4/1518-7012-inter-18-04-0099.pdf>. DOI:<http://dx.doi.org/10.20435/inter.v18i4.145>
24. BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51

25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM 699 de 22 de março de 2006. Aprova e regulamenta o pacto pela saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2006.
26. Machado, Rosani Ramos; Costa, Eliani; Erdmann, Alacoque Lorenzini; Albuquerque, Gelson Luiz de; Ortiga, Ângela Maria Blatt. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [internet] mar/ 2009 [citado 22 julho de 2018]; 11(1), 181–187. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011(a). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 07 abril 2018.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012
30. Carlos Eduardo Aguilera Campos. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* [internet]; set/ 2006 [citado 25 julho de 2018] 2(6),131–147. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/36/14>. [https://doi.org/10.5712/rbmfc2\(6\)36](https://doi.org/10.5712/rbmfc2(6)36)

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde). – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

32. Leonardo Ferreira Fontenelle. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [internet]; 2012 [citado 23julho 2018]; 7(22), 5–9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/417/441>.

DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc7\(22\)417](https://doi.org/10.5712/rbmfc7(22)417)

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017(a).

34. BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB). Nova PNAB é publicada. 22 de setembro de 2017. 2017(b). Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2457

35. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2010.

36. Mendes Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2010 Agosto [citado 8 fevereiro de 2018] ; 15(5): 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

37. Peralta, Jorge A. Gimenez; Peruzzo, Nara Aparecida; Both, Valdevir. De olho na COAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular (CEAP); Editora IFBE. 2014 [citado

em 5 julho de 2018], 48. Disponível em: <http://www.ceap-rs.org.br/wp-content/uploads/2016/05/Cartilha-1.pdf>

38. Lavras Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. [Internet]. 2011 Dez [citado 24 julho em 2018] ; 20(4): 867-874.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

39. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Acesso em: 20/06/2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>

40. Lima, Suzinara Beatriz Soares; Todendi, Pâmela Ferreira; Sarturi, Fernanda; Pellenz, Neida Luiza Kaspary. Regionalização dos serviços de saúde - municípios polo: revisão bibliográfica de 2000-2010. Saúde (Santa Maria) [internet] 2012 [citado 28 julho de 2018]; 38(2), 95–106.

41. Oliveira, Roberta Gondim de (Org.) Qualificação de gestores do SUS. / Organizado por Roberta Gondim de Oliveira, Victor Grabois e Walter Vieira Mendes Júnior. – Rio de Janeiro, RJ : EAD/Ensp, 2009. 404 p., il.

42. Vargas, Ingrid ; Mogollón-Pérez, AS ; Unger, JP ; da-Silva, MR ; De Paepe, P ; Vázquez ML .Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. Health Policy and Planning [internet] julho 2015; [citado em 22 março 2018]; 30 (6), 705–17, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24963157>. Doi: 10.1093 / heapol / czu048

43. Albuquerque, Mariana Vercesi de; Viana, Ana Luiza d'Ávila. Saúde debate. [internet] dez 2015; [citado em 15 fev 2018]; 39(nº especial); 28-38, Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2015.v39nspe/28-38/pt>. <https://doi.org/10.5935/0103->

1104.2015S005390

44. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1.

45. Campos Amanda Zandonadi de, Theme-Filha Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad. Saúde Pública [Internet]. Maio 2012 [citado 10 maio de 2018] ; 28(5): 845-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>.

46. Ferreira Janise Braga Barros, Borges Márcio José Garcia, Santos Luciane Loures dos, Forster Aldaísa Cassanho. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2014 Mar [citado 22 agosto de 2018] ; 23(1): 45-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000100045&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>.

47. Lima, Maristela Correa Rodrigues de. Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da metade sul do RS. [mestrado]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.

48. Pontes Ana Paula Munhen de, Cesso Rachel Garcia Dantas, Oliveira Denize Cristina de, Gomes Antônio Marcos Tosoli. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários?. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Setembro [citado 7 julho de 2018] ; 13(3): 500-507. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300007>.

49. Rocha, Juan Stuardo Yazlle; Monteiro, Rosane Aparecida; Moreira, Marizélia Leão. Fluxo de hospitalização nos sistemas público e privado no estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública Saúde* [Internet]. jun 2015 [citado 22 Maio de 2018]; 49(69); 1–7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005696.pdf. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005696
50. Oliveira Evangelina X. G. de, Carvalho Marília Sá, Travassos Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. abr. 2004 [citado 27 junho de 2018]; 20(2): 386-402. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200006>
51. Mendes Áquilas, Louvison Marília C. P., Ianni Aurea M. Z., Leite Marcel Guedes, Feuerwerker Laura C. M., Tanaka Oswaldo Y. et al . O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde soc.* [Internet]. jun 2015 [citado 1 maio 2018]; 24(2): 423-437. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200003>.
52. Barros, Fernando Passos Cupertino de; Lopes, Jéssica de Souza; Mendonça, Ana Valéria Machado; Sousa, Maria Fátima de. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde em Debate* [internet] 2016. [citado em 22 março de 2018]; 40(110); 264–271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n110/0103-1104-sdeb-40-110-0264.pdf>. DOI: 10.1590/0103-1104201611020
53. Castro Shamyry Sulyvan, Lefèvre Fernando, Lefèvre Ana Maria Cavalcanti, Cesar Chester Luiz Galvão. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb [16 junho de 2018] ; 45(1): 99-105. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100011&lng=en. Epub Oct 29, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034->

89102010005000048.

54. Travassos Claudia, Martins Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 4 julho de 2018]; 20(2): S190-S198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

55. Albuquerque, Maria do Socorro Veloso de; Maciel, Lyra Tereza; Feitoza, Farias Sidney; Mendes, Marina Ferreira de Medeiros; Martelli, Petrônio José de Lima. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. Saúde debate [Internet]. outubro 2014 [citado 18 agosto de 2018] ; 38(spe): 182-194. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600182&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>.

56. Reis, Regimarina Soares; Coimbra, Liberata Campos; Silva, Antônio Augusto Moura da; Santos, Alcione Miranda dos; Alves, Maria Teresa Seabra; Soares de Britto e; Lamy, Zeni Carvalho et al . Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Nov [citado 11 abril de 2018] ; 18(11): 3321-3331. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001100022>.

57. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único.

58. Novaes Hillegonda Maria Dutilh, Braga Patrícia Emilia, Schout Denise. Fatores associados à realização de exames preventivos para câncer nas mulheres brasileiras, PNAD 2003. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. Dez 2006 [citado 11 agosto de 2018] ; 11(4): 1023-1035. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320060004001023&lng=en.

81232006000400023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000400023>

59. BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. [citado em 20 fevereiro de 2018]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

60. RAMOS, Maíra Catharina. O processo de regionalização via COAP informado por evidências: estamos no caminho certo? [mestrado]. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2017.

61. Santos, Lenir. Unidade 1 –SUS: Estrutura, Competências e Serviços. In: Curso de Judicialização da Saúde na Atenção Domiciliar. [internet]; 2017[citado 6 maio de 2018].

62. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). A Regionalização da Saúde - O Decreto nº 7.508/11 e os desafios da gestão do SUS. Brasília DF, 2014. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-37450>> [citado .

63. Brasil, Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sihsus.htm>

64. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNS - Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. [online] Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?=&t=downloads>.

65. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de junho.

66. Alfradique Maria Elmira, Bonolo Palmira de Fátima, Dourado Inês, Lima-Costa Maria

Fernanda, Macinko James, Mendonça Claunara Schilling 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 [Internet]. junho 2009 [citado 22 junho de 2018] ; 25(6): 1337-1349. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en.

67. Federação das Indústrias do Estado Rio de Janeiro (FIRJAN) (2018). Consultado em Junho de 2018. Disponível em: <http://www.firjan.com.br/ifdm/downloads/>

68. Maria Cristina Schneider , Carlos Castillo-Salgado, Jorge Bacallao, Enrique Loyola, Oscar J. Mujica, Manuel Vidaurre, et al. Métodos de mensuração das desigualdades em saúde. Rev Panam Salud Publica [Internet]. junho 2002 [citado 24 junho de 2018]. 12(6). Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

7. Anexos

Anexo I – Internações Condições Sensíveis à Atenção Básica

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º 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.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**SECRETÁRIO**

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite Haemophilus por	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e	J31

	faringite crônicas	
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	

15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias femininas pélvicas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

Anexo II – Decreto nº 7.508 /2011

Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011.

Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990,

DECRETA:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Este Decreto regulamenta a [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.

CAPÍTULO II

DA ORGANIZAÇÃO DO SUS

Art. 3º O SUS é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.

Seção I

Das Regiões de Saúde

Art. 4º As Regiões de Saúde serão instituídas pelo Estado, em articulação com os Municípios, respeitadas as diretrizes gerais pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite - CIT a que se refere o inciso I do art. 30.

§ 1º Poderão ser instituídas Regiões de Saúde interestaduais, compostas por Municípios limítrofes, por ato conjunto dos respectivos Estados em articulação com os Municípios.

§ 2º A instituição de Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.

Art. 5º Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de:

I - atenção primária;

II - urgência e emergência;

III - atenção psicossocial;

IV - atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e

V - vigilância em saúde.

Parágrafo único. A instituição das Regiões de Saúde observará cronograma pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 6º As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos.

Art. 7º As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

I - seus limites geográficos;

II - população usuária das ações e serviços;

III - rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV - respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Seção II

Da Hierarquização

Art. 8º O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.

Art. 9º São Portas de Entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde os serviços:

I - de atenção primária;

II - de atenção de urgência e emergência;

III - de atenção psicossocial; e

IV - especiais de acesso aberto.

Parágrafo único. Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde.

Art. 10. Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada de que trata o art. 9º.

Art. 11. O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente.

Parágrafo único. A população indígena contará com regramentos diferenciados de acesso, compatíveis com suas especificidades e com a necessidade de assistência integral à sua saúde, de acordo com disposições do Ministério da Saúde.

Art. 12. Ao usuário será assegurada a continuidade do cuidado em saúde, em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região.

Parágrafo único. As Comissões Intergestores pactuarão as regras de continuidade do acesso às ações e aos serviços de saúde na respectiva área de atuação.

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá aos entes federativos, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;
- II - orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;
- III - monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e
- IV - ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

Art. 14. O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento das atribuições previstas no art. 13.

CAPÍTULO III

DO PLANEJAMENTO DA SAÚDE

Art. 15. O processo de planejamento da saúde será ascendente e integrado, do nível local até o federal, ouvidos os respectivos Conselhos de Saúde, compatibilizando-se as necessidades das políticas de saúde com a disponibilidade de recursos financeiros.

§ 1º O planejamento da saúde é obrigatório para os entes públicos e será indutor de políticas para a iniciativa privada.

§ 2º A compatibilização de que trata o **caput** será efetuada no âmbito dos planos de saúde, os quais serão resultado do planejamento integrado dos entes federativos, e deverão conter metas de saúde.

§ 3º O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde.

Art. 16. No planejamento devem ser considerados os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, os quais deverão compor os Mapas da Saúde regional, estadual e nacional.

Art. 17. O Mapa da Saúde será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 18. O planejamento da saúde em âmbito estadual deve ser realizado de maneira regionalizada, a partir das necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde.

Art. 19. Compete à Comissão Intergestores Bipartite - CIB de que trata o inciso II do art. 30 pactuar as etapas do processo e os prazos do planejamento municipal em consonância com os planejamentos estadual e nacional.

CAPÍTULO IV

DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Art. 20. A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção I

Da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES

Art. 21. A Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde.

Art. 22. O Ministério da Saúde disporá sobre a RENASES em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENASES.

Art. 23. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES.

Art. 24. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as

responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Seção II

Da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME

Art. 25. A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS.

Parágrafo único. A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional - FTN que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.

Art. 26. O Ministério da Saúde é o órgão competente para dispor sobre a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas em âmbito nacional, observadas as diretrizes pactuadas pela CIT.

Parágrafo único. A cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Art. 27. O Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores.

Art. 28. O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, cumulativamente:

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e

IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.

§ 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.

§ 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado.

Art. 29. A RENAME e a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos somente poderão conter produtos com registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.

CAPÍTULO V
DA ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA

Seção I

Das Comissões Intergestores

Art. 30. As Comissões Intergestores pactuarão a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção à saúde, sendo:

I - a CIT, no âmbito da União, vinculada ao Ministério da Saúde para efeitos administrativos e operacionais;

II - a CIB, no âmbito do Estado, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais; e

III - a Comissão Intergestores Regional - CIR, no âmbito regional, vinculada à Secretaria Estadual de Saúde para efeitos administrativos e operacionais, devendo observar as diretrizes da CIB.

Art. 31. Nas Comissões Intergestores, os gestores públicos de saúde poderão ser representados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS e pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS.

Art. 32. As Comissões Intergestores pactuarão:

I - aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, de acordo com a definição da política de saúde dos entes federativos, consubstanciada nos seus planos de saúde, aprovados pelos respectivos conselhos de saúde;

II - diretrizes gerais sobre Regiões de Saúde, integração de limites geográficos, referência e contrarreferência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federativos;

III - diretrizes de âmbito nacional, estadual, regional e interestadual, a respeito da organização das redes de atenção à saúde, principalmente no tocante à gestão institucional e à integração das ações e serviços dos entes federativos;

IV - responsabilidades dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, de acordo com o seu porte demográfico e seu desenvolvimento econômico-financeiro, estabelecendo as responsabilidades individuais e as solidárias; e

V - referências das regiões intraestaduais e interestaduais de atenção à saúde para o atendimento da integralidade da assistência.

Parágrafo único. Serão de competência exclusiva da CIT a pactuação:

I - das diretrizes gerais para a composição da RENASES;

II - dos critérios para o planejamento integrado das ações e serviços de saúde da Região de Saúde, em razão do compartilhamento da gestão; e

III - das diretrizes nacionais, do financiamento e das questões operacionais das Regiões de Saúde situadas em fronteiras com outros países, respeitadas, em todos os casos, as normas que regem as relações internacionais.

Seção II

Do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

Art. 33. O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde.

Art. 34. O objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde é a organização e a integração das ações e dos serviços de saúde, sob a responsabilidade dos entes federativos em uma Região de Saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência aos usuários.

Parágrafo único. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT.

Art. 35. O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá indicadores nacionais de garantia de acesso às ações e aos serviços de saúde no âmbito do SUS, a partir de diretrizes estabelecidas pelo Plano Nacional de Saúde.

§ 2º O desempenho aferido a partir dos indicadores nacionais de garantia de acesso servirá como parâmetro para avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços definidos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde em todas as Regiões de Saúde, considerando-se as especificidades municipais, regionais e estaduais.

Art. 36. O Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde conterá as seguintes disposições essenciais:

I - identificação das necessidades de saúde locais e regionais;

II - oferta de ações e serviços de vigilância em saúde, promoção, proteção e recuperação da saúde em âmbito regional e inter-regional;

III - responsabilidades assumidas pelos entes federativos perante a população no processo de regionalização, as quais serão estabelecidas de forma individualizada, de acordo com o perfil, a organização e a capacidade de prestação das ações e dos serviços de cada ente federativo da Região de Saúde;

IV - indicadores e metas de saúde;

V - estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde;

VI - critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente;

VII - adequação das ações e dos serviços dos entes federativos em relação às atualizações realizadas na RENASES;

VIII - investimentos na rede de serviços e as respectivas responsabilidades; e

IX - recursos financeiros que serão disponibilizados por cada um dos partícipes para sua execução.

Parágrafo único. O Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde.

Art. 37. O Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde observará as seguintes diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I - estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II - apuração permanente das necessidades e interesses do usuário; e

III - publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Art. 38. A humanização do atendimento do usuário será fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

Art. 39. As normas de elaboração e fluxos do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde serão pactuados pelo CIT, cabendo à Secretaria de Saúde Estadual coordenar a sua implementação.

Art. 40. O Sistema Nacional de Auditoria e Avaliação do SUS, por meio de serviço especializado, fará o controle e a fiscalização do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde.

§ 1º O Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), conterá seção específica relativa aos compromissos assumidos no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde.

§ 2º O disposto neste artigo será implementado em conformidade com as demais formas de controle e fiscalização previstas em Lei.

Art. 41. Aos partícipes caberá monitorar e avaliar a execução do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, em relação ao cumprimento das metas estabelecidas, ao seu desempenho e à aplicação dos recursos disponibilizados.

Parágrafo único. Os partícipes incluirão dados sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde no sistema de informações em saúde organizado pelo Ministério da Saúde e os encaminhará ao respectivo Conselho de Saúde para monitoramento.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 42. Sem prejuízo das outras providências legais, o Ministério da Saúde informará aos órgãos de controle interno e externo:

I - o descumprimento injustificado de responsabilidades na prestação de ações e serviços de saúde e de outras obrigações previstas neste Decreto;

II - a não apresentação do Relatório de Gestão a que se refere o [inciso IV do art. 4º da Lei no 8.142, de 1990](#);

III - a não aplicação, malversação ou desvio de recursos financeiros; e

IV - outros atos de natureza ilícita de que tiver conhecimento.

Art. 43. A primeira RENASES é a somatória de todas as ações e serviços de saúde que na data da publicação deste Decreto são ofertados pelo SUS à população, por meio dos entes federados, de forma direta ou indireta.

Art. 44. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes de que trata o § 3º do art. 15 no prazo de cento e oitenta dias a partir da publicação deste Decreto.

Art. 45. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 28 de junho de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA
Alexandre Rocha Santos Padilha

ROUSSEFF

Este texto não substitui o publicado no DOU de 29.6.2011