UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

Wanicy Pascoal Espindola

QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Belo Horizonte
2019

Wanicy Pascoal Espindola

QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado
Coorientadora: Profª. Dra. Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte
2019

Espindola, Wanicy Pascoal.
ES77q Qualidade da Atenção à Saúde do Homem na Atenção Primária à Saúde no Brasil [manuscrito]: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. / Wanicy Pascoal Espindola. - - Belo Horizonte: 2019.
154f.
Orientador (a): Antônio Thomaz Gonzaga da Matta-Machado.
Coorientador (a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Pública.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. 3. Saúde do Homem. 4. Hospitalização. 5. Dissertação Acadêmica. I. MattaMachado, Antônio Thomaz Gonzaga da. II. Coorientador Sob Santos renome, Alaneir de Fátima dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 306

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora
Profª. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor
Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-graduação
Prof. Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa
Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor
Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretora
Profª. Alamanda Kfoury Pereira

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Fábio Alves da Silva Júnior

Pró-Reitor de Pesquisa

Prof. Mario Fernando Montenegro Campos

Coordenador do Centro de Pós-Graduação

Prof. Tarcízo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade

Chefe de Departamento de Medicina Preventiva e Social
Prof. Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Coordenadora
Profª. Luana Giatti Gonçalves

Subcoordenadora
Profª. Lidyane do Valle Camelo

Colegiado

Profª. Eli Iola Gurgel Andrade – Titular
Profª. Luana Giatti Gonçalves – Titular
Profª. Lidyane do Valle Camelo – Suplente
Profª. Sandhi Maria Barreto – Titular
Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro – Suplente
Profª. Mariângela Leal Cherchiglia – Titular
Profª. Ilka Afonso Reis – Suplente
Profª. Ada Ávila Assunção – Titular
Profª. Adriane M. de Medeiros – Suplente
Profª. Alaneir de Fátima dos Santos – Titular
Prof. Rafael Moreira Claro – Suplente

Thaís Cristina Marquezine Caldeira – (Representante discente Titular)
Cecília Nogueira Rezende (Representante discente Suplente)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

WANICY PASCOAL ESPINDOLA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE PÚBLICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em SAÚDE PÚBLICA, área de concentração EPIDEMIOLOGIA.

Aprovada em 11 de novembro de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof(a). Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - Orientador
UFMG

Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos - Coorientadora
UFMG

Prof(a). Daisy Maria Xavier de Abreu
UFMG

Prof(a). Adriano Marçal Pimenta
Escola de Enfermagem UFMG

Belo Horizonte, 11 de novembro de 2019.

A todos os pesquisadores do Brasil,
trabalhadores e usuários do
Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por me guiar, iluminar e por não ter me deixado desistir diante das dificuldades.

À minha mãe, pelo apoio, carinho e por sempre acreditar que sou capaz.

Aos meus queridos tios, Neuza e Iran, fontes de inspiração, que me acompanharam e incentivaram ao longo de toda a minha vida. Obrigada por terem contribuído para meu crescimento humano e profissional.

Aos colegas e amigos da Pós-Graduação em Saúde Pública, pelo companheirismo nos momentos de estudos. Em especial cito, Maiara e Brena, juntas nos tornamos um trio inseparável, passamos por tensões, momentos de cansaço e desânimo, mas tenho a certeza que fizemos a melhor escolha do mestrado, optar pela linha de pesquisa da Atenção Primária. E cito também Polyane, que esteve comigo nos vários momentos de condução desse trabalho. Compartilhamos tristeza, angústia, incerteza, aprendizagem e momentos de alegria. Sentirei falta das nossas conversas diárias.

À Dayanna, pela disponibilidade em ajudar e pelo incentivo na realização desta pesquisa com internações sensíveis.

Ao Leonardo, pelo apoio, paciência e pelas horas incansáveis de dedicação em ajudar a solucionar os problemas do banco de dados. Obrigada por ter me auxiliado na realização deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos que direta e indiretamente me apoiaram ao longo desse percurso e me ajudaram a chegar até aqui.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por dar-me a oportunidade de aperfeiçoar meus conhecimentos e por ter concedido minha liberação para o mestrado.

A todos os colegas do Centro de Saúde Guarani, por garantirem o trabalho durante as minhas ausências, para que eu pudesse me dedicar ao mestrado.

Ao meu orientador Thomaz e a minha coorientadora Laine, por terem confiado no meu trabalho e pela oportunidade de crescimento e aprendizagem.

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade,
sem ela a sociedade não muda”

Paulo Freire

RESUMO

No Brasil, algumas iniciativas foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde centradas na qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS), entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), uma estratégia de mudanças nas condições e no modo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, propondo qualificação dos processos assistenciais e aplicação de incentivo financeiro. Desenvolver ações direcionadas à saúde do homem ainda tem sido um desafio para o sistema público de saúde do país, diante disso torna-se necessário avaliar os serviços de níveis primários prestados ao público masculino, com o intuito de favorecer a inserção dessa população aos serviços de saúde e contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade. Nesse sentido, um instrumento que tem sido usado para avaliação indireta do primeiro nível de atenção à saúde refere-se às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), considerado importante indicador de acesso e de efetividade da APS. Este estudo tem por objetivo relacionar a qualidade da APS nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB com as ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, abordagem quantitativa, com dados secundários das bases do PMAQ-AB e do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Foram incluídos municípios com 80% ou mais de adesão das suas equipes ao PMAQ-AB, totalizando 3.897 municípios. Os municípios foram estratificados em dois grupos, sendo categorizados como baixa e média/alta qualidade da APS, tendo como referência a média das notas do PMAQ-AB obtidas pelas equipes de saúde de cada município. Utilizou-se o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE) através de uma regressão marginal Log-Linear Gama. Para a seleção das variáveis de controle na análise multivariada empregou-se os métodos *forward* e *backward*. Considerou-se estatisticamente significativo valor-p< 0,05. Os resultados evidenciaram aumento médio nas taxas de ICSAP sendo de 38% para municípios com população de 20.001 a 50.000 habitantes em comparação as metrópoles e de 14% a cada 1 leito por 1000 habitantes. Já com relação aos planos de saúde, observou-se associação inversa em que o aumento de 10% na cobertura de planos diminui 4% das taxas de ICSAP. Os municípios de baixa qualidade da APS apresentaram uma queda média de 5% ao ano [IC:4%; 6%] na taxa ICSAP e os municípios de média/alta qualidade apresentaram uma queda em média de 4% ao ano [IC:3%; 5%]. Devido a sobreposição dos intervalos de confiança não foi possível afirmar que ocorreu diferença na tendência de redução de taxa de ICSAP para os dois grupos de municípios. Observaram-se que vários fatores estiveram relacionados tanto na avaliação

pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB, quanto na falta de controle de todas as variáveis de confundimento nas taxas de ICSAP. No entanto, destaca-se que melhorias na APS possam ter favorecido a redução das internações sensíveis, o que reforça a importância de investimentos financeiros e direcionamento de políticas públicas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde do Homem. Hospitalização. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

ABSTRACT

In Brazil, some initiatives were developed by the Ministry of Health focused on the quality of Primary Health Care (PHC), among them the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ-AB), a strategy changes in the conditions and way of operation of the Basic Health Units, proposing qualification of care processes and application of financial incentive. Developing actions directed to men's health has still been a challenge for the public health system in the country, so it becomes necessary to evaluate the primary level services provided to the male public, in order to favor the inclusion of this population in health services and contribute to the reduction of morbidity and mortality indicators. In this sense, an instrument that has been used for indirect assessment of the first level of health care refers to Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), considered an important indicator of access and effectiveness of PHC. This study aims to relate the quality of PHC in Brazilian municipalities that participated in the second cycle of PMAQ-AB with ACSCs in the male population aged 20 to 59 years from 2012 to 2016. This is a time series ecological study, quantitative approach, with secondary data from the PMAQ-AB and the Hospital Information of the Unified Health System. We included municipalities with 80% or more adherence of their teams to PMAQ-AB, totaling 3.897 municipalities. The municipalities were stratified into two groups, categorized as low and medium/high quality of PHC, based on the average of the PMAQ-AB scores obtained by the health teams of each municipality. The Generalized Equations Estimating (GEE) model was used through a Log-Linear Gamma marginal regression. For the selection of control variables in the multivariate analysis, the forward and backward methods were employed. It was considered statistically significant valor-p< 0.05. The results showed an average increase in ACSCS rates of 38% for municipalities with a population of 20.001 to 50.000 inhabitants compared to the metropolises and 14% for every 1 bed per 1000 inhabitants. Regarding health plans, there was an inverse association in which the 10% increase in plan coverage decreases 4% of ACSC rates. The low-quality municipalities of PHC presented an average fall of 5% per year [IC: 4%; 6%] in the ICSAP rate and medium/high quality municipalities dropped by an average of 4% per year [IC: 3%; 5%]. Due to the overlap of confidence intervals, it was not possible to state that there was a difference in the trend of reducing the ACSC rate for both groups of municipalities. It was observed that several factors were related both in the punctual assessment of PHC, based on data from PMAQ-AB, and the lack of control of all confounding variables in ACSCS rates. However, it is noteworthy that

improvements in PHC may have favored the reduction of sensitive hospitalizations, which reinforces the importance of financial investments and directing public policies.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Evaluation. Men's Health. Hospitalization. Ambulatory Care Sensitive Conditions.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Relação entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e a qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016. 66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB[1]. 52
Quadro 2- Peso dos indicadores para composição do índice de estratificação dos municípios. 53
Quadro 3 - Critérios de estratificação dos municípios. 53
Quadro 4 - Descrição das variáveis do estudo 60

LISTA DE TABELA

Tabela 1 - Análise descritiva das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016. 63
Tabela 2 - Características descritivas das variáveis independentes contínuas. Municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016. 65
Tabela 3 - Características descritivas das variáveis independentes categóricas. Municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016. 65
Tabela 4 - Análise univariada da influência da qualidade da atenção primária sob a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016. 67
Tabela 5 - Análise univariada da tendência entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e a qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.....67
Tabela 6 - Análise univariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016. 68
Tabela 7 - Análise multivariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016. 69
Tabela 8 - Análise da influência da qualidade da atenção primária sob a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1] controlada pelas variáveis socioeconômicas e características do sistema de saúde - Brasil, 2012 a 2016. 69
Tabela 9 - Análise da tendência controlada pelas variáveis socioeconômicas e cobertura de programas assistenciais entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016. 70

Tabela 10 - Tendência por grupo de causas das internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.....71
Tabela 11 - Análise da alteração na inclinação da curva da taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1], antes e após 2014 - Brasil, 2012 a 2016.....72

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSC	*Ambulatory Care Sensitive Conditions*
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ALAMES	Associação Latino-Americana de Medicina Social
AMAQ	Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID10	Classificação Internacional de Doenças
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CSAA	Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB	Departamento de Atenção Básica
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DIP	Doença Infecciosa e Parasitária
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
eAB	Equipes da Atenção Básica
EMHF	*European Men's Health Forum*
eSB	Equipe de Saúde Bucal

eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEE	*Generalized Equations Estimating*
GPs	*General Practitioners*
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
ILLPV	Instituto Lado a Lado pela Vida
INCA	Instituto Nacional do Câncer
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB Variável	Piso de Atenção Básica Variável
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAN	Plano de Ação Nacional
PCATools	*Primary Care Assessment Tool*
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QUALICOP	Qualidade e Custos da Atenção Primária na Europa
QOF	*Quality and Outcomes Framework*
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informação para à Saúde
SGDAB	Sistema de Gestão da Atenção Básica à Saúde
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SPSS	*Statistical Package for Social Sciences*

SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 20
2 REFERENCIAL TEÓRICO 24
2.1 Atenção Primária à Saúde 24
2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem 31
2.2.1 Atenção à Saúde do Homem 34
2.3 Condições Sensíveis à Atenção Primária 42
2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 47
3 OBJETIVOS 56
3.1 Objetivo Geral 56
3.2 Objetivos Específicos 56
4 METODOLOGIA 57
4.1 Tipo ou desenho de estudo 57
4.2 Universo de pesquisa 57
4.3 Variáveis do estudo e processamento dos dados 57
4.4 Análise estatísticas dos dados 61
4.4.1 Análise descritiva 61
4.4.2 *Análise inferencial* 61
4.5 Aspectos Éticos 62
5 RESULTADOS 63
6 DISCUSSÃO 73
7 CONCLUSÃO 86
REFERÊNCIAS 88
ANEXO A – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária 118
ANEXO B – Artigo 1 121
ANEXO C – Artigo 2 138

1 INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível do sistema de serviços de saúde. Configura-se como umas das portas de entrada e o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único do Saúde (SUS) (STARFIELD, 2002).

O marco mais importante da APS no Brasil ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que em decorrência das suas potencialidades, passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua capacidade de contribuir para a reorientação do modelo assistencial e buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população, desde a criança ao idoso (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). A atenção à saúde da criança e da mulher na APS representou historicamente um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Desde a década de 1990, atenção à saúde estava voltada para programas de saúde materno-infantil, principalmente nas regiões norte e nordeste do país com a finalidade de contribuir na redução dos altos índices de mortalidade infantil e materna (ROSA; LABATE, 2005). Só a partir de 1990, questões relacionadas à saúde do homem começaram a serem discutidas, sob uma perspectiva diferenciada. "Os anos 90 consolidam as noções de poder, desigualdade e iniquidade de gênero na maioria dos estudos sobre homens e saúde [...]" (SHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p. 8).

Atualmente, as temáticas envolvendo saúde e homem vêm sendo discutidas, na tentativa de intervir nas inúmeras demandas de saúde que são inerentes aos homens, bem como nos serviços da APS, com o intuito de favorecer a inserção dessa população aos serviços de saúde e contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade que traduzem o perfil de saúde da população masculina no Brasil (MEDEIROS, 2013). Segundo Gomes (2008), os homens procuram menos os serviços de saúde em relação as mulheres, podendo isso estar relacionado a construção social da masculinidade o que tem relação direta com o modo de perceber e de cuidar do seu corpo. O uso dos serviços de saúde pelos homens concentra-se mais na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento, em geral, acontece em situações extremas de urgência/emergência e ou pelo nível de atenção especializada (MOURA *et al.*, 2014).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2017), a expectativa de vida mundial mostra que as mulheres vivem muito mais do que os homens, com a média de vida entre elas de 73,8 anos, enquanto que entre os homens não alcançam os 70, com uma média de vida de 69,1 anos. No Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), com indicadores superiores à média nacional e dados referentes a 2015-2016, a esperança de vida ao nascer dos homens e mulheres, são respectivamente 72,5 e 79,6 anos.

Regionalmente, Santa Catarina apresenta a maior esperança de vida (79,4 anos), seguida por Espírito Santo (78,5 anos), Distrito Federal (78,4 anos), São Paulo (78,4 anos) e no outro extremo, com as menores esperança de vida, estão Maranhão (70,9 anos) e Piauí (71,2 anos) (IBGE, 2017).

No Brasil, em 2016 ocorreram aproximadamente 370 mil mortes de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, sendo que as três principais causas de óbitos foram causas externas de morbidade e mortalidade, doenças do aparelho circulatório e neoplasias (IBGE, 2017). Dados relativos a morbidade se destacam nas estatísticas referentes às internações hospitalares. No Brasil, os dados de morbidade hospitalar do SUS em 2015/2016, mostraram uma prevalência do sexo feminino em relação ao masculino e quando excluídas as internações ligadas a problemas de gravidez, parto e puerpério nota-se um equilíbrio entre os dois sexos (BRASIL, 2018a). Em análise do sexo masculino, as principais causas que levam às internações, são em primeiro lugar as causas externas, seguidas pelas doenças do aparelho circulatório, digestivo e respiratório (BRASIL, 2018a).

Dados de mortalidade e morbidade no sexo masculino no Brasil revelam que a população masculina tem peculiaridades que necessitam ser entendidas considerando os determinantes sociais do processo de saúde e adoecimento. O estilo de vida da clientela masculina, pautado pelo uso abusivo de álcool, tabaco, pelo sedentarismo e o stress, faz com que essa parcela significativa da sociedade torna-se predisponente a altas taxas de morbimortalidade (BASTOS, 2016). "[...] configuram um contexto multifacetado que impacta os modos de viver e morrer do homem na atualidade" (SOLANO *et al.*, 2017, p. 303).

Em decorrência dos índices de morbimortalidade que demarcam o quadro do processo saúde-doença da clientela masculina em comparação ao das mulheres, que articulado aos processos sociais e culturais contribuem para entender os diferentes níveis de vulnerabilidade que podem se apresentar na população masculina. O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade de atenção à saúde do homem, publicou em 2009 a "Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)", como o intuito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da população masculina brasileira na faixa etária de 20 a 59 anos, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e serviços de assistência integral à saúde, tendo como entrada preferencial a APS (BRASIL, 2009a).

No que se refere à avaliação da qualidade de um sistema de saúde a partir de dados relacionados ao estado de saúde da população atendida, tanto os aspectos da mortalidade quanto da morbidade devem ser considerados (PEIXOTO; ROCHA, 2009). A utilização dos dados de morbidade como instrumento de avaliação de um sistema de saúde é importante para verificar

a capacidade de prevenção como a capacidade de intervenção deste sistema. Nesse sentido, um indicador que tem sido usado para avaliação indireta do primeiro nível de atenção à saúde refere-se às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), também conhecida como internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) (CAMINAL *et al.,* 2001; CAMINAL e CASANOVA, 2003). Desenvolvidas por John Billings e colaboradores na década de 1990, são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da APS acessível, de qualidade e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado (ALFRADIQUE *et al.,* 2009; BOTELHO e PORTELA, 2017).

As ICSAP têm sido utilizadas em muitos países como um instrumento para avaliar os sistemas de saúde (GÉRVAS e HOMAR, 2007; LABERGE *et al.,* 2017; NEDEL *et al.,* 2011) e no Brasil tornou-se um importante indicador indireto da qualidade do acesso ao nível primário (ALFRADIQUE *et al*., 2009). Em uma revisão sistemática, Nedel *et al.,* (2010) mostram várias evidências de que pacientes que consultam em serviços organizados segundo um modelo mais próximo dos princípios da APS ou que residem em áreas com maior proporção desses serviços, tem menor probabilidade de internarem por CSAP em comparação com aqueles que consultam em serviços de atenção ambulatorial/tradicional. De acordo com Avelino *et al.,* (2015) e Pereira Silva e Lima Neto (2014) altas taxas de ICSAP estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da APS para determinados problemas de saúde.

Com o intuito de avaliar o nível de qualidade da atenção ofertada a população e aprimorar a implantação dos atributos da APS, fez-se necessário a implementação de programas a nível primário, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que propõe qualificação dos processos assistenciais na APS e aplicação de incentivo financeiro para o avanço da qualidade (BRASIL, 2011a). O PMAQ-AB foi instituído em 2011 com o objetivo de induzir a melhoria do acesso e da qualidade na APS e está organizado em quatro fases que se complementam e formam um ciclo contínuo de melhoria da qualidade (BRASIL, 2011a).

A avaliação e a certificação propostas pelo PMAQ-AB consideram a realização de processos de autoavaliação pelas equipes, monitoramento de indicadores de desempenho e a avaliação externa, em que analisa as condições de acesso e qualidade das Equipes de Atenção Básica (eAB) a partir de padrões de qualidade estruturados em dimensões (BRASIL, 2015).

Diante do perfil de morbimortalidade que caracteriza o quadro de saúde do homem, torna-se necessário uma APS qualificada que poderá ser capaz de proporcionar a melhoria do acesso, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção da população masculina. Para Starfield (2002), serviços de saúde de alta qualidade estão preocupados não somente com a

adequação dos serviços para o diagnóstico e manejo de doenças, mas também com a adequação dos serviços que previnem doenças futuras e promovam melhoras na saúde. Com isso o estudo propõe responder ao seguinte questionamento: Qual a relação entre qualidade da APS nos municípios que aderiram ao PMAQ-AB e as internações por condições sensíveis à atenção primária na população masculina? Espera-se uma menor ocorrência de ICSAP na população masculina em municipios que apresentem uma APS efetiva e de qualidade, mediante a melhoria do acesso e de atendimento qualificado. Contudo, é importante avaliar à relação da qualidade da APS com as ICSAP, pois possibilitará a compreensão das internações potencialmente previníveis entre os homens e ter maior clareza da qualidade dos serviços de APS a nível nacional. Observa-se muitos estudos direcionados a populações de municípios, regiões de saúde ou estados (ARANTES, SHIMIZU e MERCHÁN-HAMANN, 2016; BOTELHO e PORTELA, 2017; SANTOS, LIMA e FONTES, 2019) e pesquisas de abrangência nacional que avaliem a relação entre qualidade da APS e as ICSAP ainda são escassos no país.

Os resultados deste estudo podem ser de extrema relevância para o desenvolvimento de pesquisas de avaliação dos serviços de saúde, pois além de ampliar a reflexão sobre o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens, e apontar caminhos para a construção de ações em saúde pautadas pelas necessidades da população, podem também contribuir para melhorar os investimentos na APS, reduzir gastos nos sistemas de saúde e aperfeiçoar a estratégia de trabalho das eSF o que pode proporcionar a construção de vínculos e favorecer a um atendimento diferenciado.

Nesse sentido, a proposta do presente trabalho foi avaliar a relação da qualidade da APS nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB com as ICSAP na população masculina.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária à Saúde

A APS constitui o nível de atenção primordial de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na constituição de 1988 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). A APS deve desempenhar papel central na organização da rede de atenção à saúde, tendo como principais atribuições: ser porta de entrada do sistema de saúde, oferecer serviços de boa qualidade e integrado com a rede assistencial; exercer um cuidado contínuo, com capacidade de resolver grande parte das necessidades de saúde da população; realizar a coordenação do cuidado, considerando os fluxos estabelecidos; responsabilizar-se pela população de seu território; incentivar a ação comunitária e promover saúde (BRASIL, 2006).

Um importante marco para o desenvolvimento da APS mundial foi a publicação da Declaração de Alma Ata no ano de 1978, que consagrou uma abordagem de Atenção Primária integral.

> Atenção essencial à saúde, baseada na tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornando-se universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral de um sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo um primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, p. 14).

As percepções sobre o papel da APS no desenvolvimento do sistema social e de saúde se deram de forma diferenciada em grande parte dos países. De acordo com Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), existiram quatro linhas de interpretação da Atenção Primária: (I) APS seletiva: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços, limitado à atenção materno-infantil e doenças infecciosas (*selective primary care*); (II) APS enquanto um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados à toda população (*primary care*); (III) APS abrangente: concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas (*comprehensive primary health care*); (IV)

enfoque de saúde e de direitos humanos uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (OPAS, 2007).

Alguns movimentos ocorreram em prol do fortalecimento da APS, dentre eles os liderados pela OMS e pela OPAS, o que culminou com a proposta de uma APS mais abrangente. "A renovação proposta pela OPAS e pela OMS subentende uma atualização da concepção abrangente de APS como estratégia para reorganizar os sistemas de saúde e garantir o direito à saúde" (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 23).

Para uma APS mais abrangente fez-se necessário definir estratégias para caracterizá-la, mediante a construção de atributos essenciais e derivados dos serviços de APS. De acordo com Starfield (2002) os atributos essenciais da APS são:

- Primeiro contato: o serviço de saúde deve ser porta de entrada preferencial do sistema, ser de fácil acesso ao usuário, de modo que ele tenha o serviço como referência para cada nova necessidade em saúde;
- Longitudinalidade: resulta em constituir um vínculo entre o usuário e o serviço/profissional de saúde ao longo da vida, independentemente da ausência ou presença de doença;
- Integralidade ou abrangência: reconhecer as necessidades dos usuários em todas as suas dimensões (orgânica, psíquica e social), dentro dos limites de atuação dos profissionais de saúde;
- Coordenação do cuidado: garantir a continuidade do cuidado dentro da rede de serviços;

E ainda conforme Starfield (2002) os atributos derivados da APS são:

- Centralidade na família: considerar o contexto e a dinâmica familiar para melhor avaliar como responder às necessidades de cada membro;
- Orientação para a comunidade: conhecer as necessidades de saúde da população dado o contexto social e econômico em que vive;
- Competência cultural: reconhecer as necessidades dos diferentes grupos populacionais e entender suas representações dos processos saúde-doença.

O uso do termo Atenção Básica em Saúde (ABS) para designar a APS no SUS buscou diferenciar as políticas propostas pelo movimento sanitário, distanciando-as dos programas de APS seletivos e focalizados, o termo básico tem o sentido de essencial, fundamental, distinto de primário, que pode significar primitivo, fácil e rude (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Hoje ambos os termos são considerados sinônimos e designa unidades locais de saúde ou nível de atenção à saúde. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera, nas atuais

concepções, os termos ABS e APS como termos equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas (BRASIL, 2017).

A PNAB ampliou o escopo e a concepção da APS brasileira, incorporando os atributos da APS abrangente. A primeira PNAB foi proposta em 28 de março de 2006, pela Portaria n°648 (BRASIL, 2006). E desde então, vários conceitos foram surgindo e com o intuito de estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da APS. Assim o MS publicou a Portaria de nº 2436, de 21 de setembro de 2017 que regulamenta a nova PNAB (BRASIL, 2017). A atual PNAB descreve a APS como:

> A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

A nova PNAB orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS e da Rede da Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na APS (BRASIL, 2017). As RAS se traduzem em novos arranjos organizativos da atenção e da gestão em saúde com o objetivo de superar a fragmentação nos diversos eixos assistenciais, considerando a APS como o centro de comunicação de toda a rede (BRASIL, 2010). Os princípios dos SUS orientados na PNAB são: universalidade, equidade e integralidade. E as diretrizes norteadoras da organização da APS são: regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Na tentativa de organizar a APS várias iniciativas foram executadas em diferentes regiões do país, como a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Oficialmente implantado pelo MS em 1991, o então PACS teve início no fim da década de 80 com a finalidade de reduzir a mortalidade materno infantil principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (ROSA; LABATE, 2005). De acordo com Marques e Padilha (2004), o PACS foi pensado como uma estratégia de transição para um outro programa mais abrangente, o PSF, que teve sua implantação em 1994 e trouxe proposta de abordagem familiar e comunitária para o centro da organização da atenção à saúde. O marco principal para a expansão e consolidação da APS foi o PSF (BRASIL, 2017). O PSF passou a ser definido como ESF, por sua habilidade de nortear a organização do sistema de saúde, atender as

necessidades de saúde da população e favorecer na mudança do modelo assistencial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

A ESF visa à reorganização da APS, de acordo com os preceitos do SUS, e é tida como estratégia de qualificação e consolidação da APS por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de, propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a). Observa-se neste contexto, a composição de alguns tipos de equipes que fazem parte da ESF, dentre elas as Equipes de Saúde da Família (eSF) que tem composição mínima de 01 médico, preferencialmente especialista em medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Podem, ainda, ser acrescidas por Agente de Combate às Endemias (ACE), cirurgiões dentistas e auxiliares ou técnicos em saúde bucal, todos com obrigatoriedade de carga horária de 40 horas/semanais (BRASIL, 2017).

A nova PNAB reconhece também as eAB, sendo essas compostas minimamente por médico preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem, podem ainda agregar outros profissionais como ACS, ACE, dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, com carga horária mínima por categoria profissional de 10 horas, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais (BRASIL, 2017). Diferentemente da eSF, as eAB não necessitam da presença obrigatória dos ACS. O MS enfatiza que essas equipes têm caráter transitório e posteriormente devem ser estimuladas para conversão em eSF (BRASIL, 2017).

Alterações significativas expressas na nova PNAB foram alvo de diversas discussões, que tanto o Conselho Nacional de Saúde (CNS) quanto outras entidades como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), se posicionaram contrários a condução da atual revisão da política (ABRASCO, 2017). Alguns pontos são controversos da revisão da nova PNAB dentre eles: a composição da equipe no que diz respeito ao número mínimo de ACS para compor a equipes de saúde; previsão de repasse de recursos federais para eAB tradicional; unificação do território de atuação dos ACS e dos ACE; definição de dois padrões de ações de APS: um padrão essencial de serviços que cada município deveria oferecer aos cidadãos e outro padrão ampliado, o que pode ferir a garantia de integralidade (MENDONÇA *et al.*, 2018). Para os autores, tais alterações podem comprometer pilares de sustentação do SUS, uma vez que são operadas por meio de

flexibilização do desenho da APS, elaborado à revelia e interesse da sociedade. Para Fausto, Almeida e Bousquat (2018) essas mudanças ampliam o risco para o aprofundamento das diferenças de acesso que determinam as desigualdades em saúde.

Com o objetivo de ampliar as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como apoiar as ações das equipes da ESF e qualificar o cuidado, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituídos por equipes composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar em parceria com os profissionais das eSF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade (BRASIL, 2008a). Estudo realizado em todo o território brasileiro analisou o trabalho do NASF, a partir de dados do PMAQ e evidenciou adequação quanto às atividades de apoio matricial e às atividades integradas com as equipes e destacou avanços da política no sentido do fortalecimento da APS, com a incontestável implantação de equipes matriciadoras em todo o país (BRACARDO *et al.*, 2018). "Assim como a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde" (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, p. 210, 2018).

Uma proposta lançada pelo governo federal por meio da Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, estabelece o Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013a). Para enfrentar a insuficiência e rotatividade de profissionais médicos, o PMM ofertava aporte financeiro para a provisão emergencial de médicos para eAB e eSF, e direcionava a formação médica para a atuação em APS (GIOVANELLA *et al.*, 2016). O PMM foi a mais abrangente intervenção para ampliação do acesso à atenção à saúde, mediante provisão emergencial em larga escala combinada com intervenções na melhoria da infraestrutura dos serviços e na formação e educação permanente dos médicos (FACCHINI *et al.*, 2016). Nota-se a existência de várias pesquisas acerca do PMM e algumas delas considerou o programa uma ação efetiva para reduzir as iniquidades em saúde (GIRARDI *et al.*, 2016; SANTOS, COSTA e GIRARDI, 2015).

Em 2018 ocorreu em Astana, no Cazaquistão, a Conferência Global sobre APS, organizado pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Este evento apresentou a nova declaração sobre APS, com o propósito de reafirmar os compromissos expressos na Declaração de Alma-Ata e na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (WHO, 2018). A Declaração de Astana trouxe o compromisso em: fazer escolhas políticas ousadas para a saúde em todos os setores; construir cuidados de saúde primários sustentáveis; capacitar indivíduos e comunidades; e alinhar o apoio das partes interessadas às políticas, estratégias e planos nacionais (WHO, 2018). Para Fonseca (2019) desde a chamada da

conferência, é possível distinguir a articulação de temas que condensam as divergências mais profundas em torno da ideia de Cobertura Universal de Saúde (em inglês, *Universal Health Coverage*), o que orienta para uma APS que se desvia do conceito ampliado de saúde, sustentando na clássica compreensão de saúde como ausência de doença. As versões da Declaração de Astana, despertam profunda preocupação, pois promovem retrocessos na defesa da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos quais o acesso aos serviços de saúde é direito de cidadania (GIOVANELLA; RIZZOTTO, 2018).

A Associação Latino-Americana de Medicina Social (ALAMES), também traz grandes preocupações em relação aos retrocessos que a Declaração de Astana pode representar, que além da proposta de uma cobertura universal, que pode contudo, não garantir o acesso, poderá ser também um mecanismo facilitador da expansão do setor privado com suas inerentes iniquidades, o que foi conferido na proposta da Carta de Astana à participação do setor privado com desresponsabilização dos governos no desenho dos sistemas e provisão de serviços de saúde (ALAMES, 2018). Para Giovanella e Rizzotto (2018), é necessário pressionar para que a declaração de Astana mantenha o espírito de Alma Ata de justiça social e direito universal à saúde, do reconhecimento da determinação social dos processos saúde-doença, da indissociabilidade entre saúde e desenvolvimento econômico e social sustentável e da necessidade de promover participação social forte e efetiva para construção de sistemas de saúde e sociedades mais democráticas.

Vários são os resultados positivos da APS, sendo identificados em publicações nacionais e internacionais. (BOUSQUAT *et al.,* 2017; CHAVES *et al.,* 2018; FAUSTO *et al.,* 2014; KRINGOS *et al.,* 2010; MACINKO e HARRIS, 2015). Em uma revisão de literatura realizada por Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) evidenciaram que a ESF tem favorecido a universalização dos cuidados primários, integrando princípios fundamentais para uma APS abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. Além disso, tem contribuído para a implantação de processos avaliativos que são úteis no seu aperfeiçoamento. No aspecto técnico-assistencial, tem se destacado ao obter melhor desempenho do que o modelo de APS tradicional devido ao trabalho multidisciplinar e com enfoque familiar, que reconhece o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária. Observa-se também em outras publicações direcionadas a APS, que colocam que a ampliação da oferta, a facilitação do acesso e a maior disponibilidade de serviços de procura regular tiveram repercussões importantes sobre a saúde da população com redução da mortalidade infantil (AQUINO, OLIVEIRA e BARRETO, 2009; CECILIO *et al.,* 2012),

melhor manejo de pacientes com doenças crônicas (HUDON *et al.,* 2015) e diminuição das ICSAP (DOURADO *et al.,* 2011; MACINKO *et al.,* 2010).

No âmbito internacional, uma pesquisa realizada com dados coletados entre 2011 e 2013 no grupo de estudo Qualidade e Custos da Atenção Primária na Europa (QUALICOPC) envolvendo 34 países concluíram que cuidados primários contínuos e bem acessíveis podem reduzir o uso dos serviços de emergência nos países estudados (VAN DEN BERG; VAN LOENEN; WESTERT, 2016). Kringos *et al.,* (2010) trazem uma revisão sistemática da literatura de cuidados primários restrita a periódicos de língua inglesa e identificam uma considerável base de evidências mostrando que a APS contribui através de suas dimensões para o desempenho geral do sistema de saúde. Nota o papel fundamental da APS dentro da rede de serviços de saúde no Brasil e no mundo para o alcance dos melhores níveis de saúde da população.

A procura pelos serviços na Unidade Básica de Saúde (UBS) depende de boa resolubilidade das equipes, do acolhimento, da capacidade de determinar os recursos necessários para resolver os problemas e de uma prática humanizada. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013 trazido por Dourado, Medina e Aquino (2016) sugerem que para a expansão dos cuidados de saúde primário faz se necessário aumentar as UBS, o que contribui para um melhor acompanhamento das condições crônicas e de atenção às necessidades dos pacientes. Acredita-se que as UBS sejam capazes de resolver 85% dos problemas de saúde na comunidade, prestando atendimento de qualidade, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

Todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS (BRASIL, 2017). Espera-se que a implantação das redes de atenção, com este novo papel da APS, impacte de forma importante na mudança do modelo assistencial vigente, tornando-o proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde das pessoas, de modo a responder às demandas que se colocam hoje para o sistema de saúde (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2014). Pode se considerar esta como um espaço favorável ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, para ações voltadas para a clientela feminina e masculina. Carneiro *et al.,* (2016) colocam que por muito tempo, os serviços e as estratégias de saúde enfatizaram as políticas voltadas para a promoção da saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso, sendo o homem muitas das vezes esquecidos pelas políticas públicas.

Nota-se uma grande dificuldade para abarcar a clientela masculina, que ao contrário das mulheres, culturalmente condicionadas a promoverem o autocuidado, os homens apresentam

resistência e dificuldade para reconhecerem os sinais e sintomas da doença, com isso resistem em procurar auxílio médico e acabam por negligenciar o uso dos serviços de saúde e a integração em práticas de prevenção e promoção a saúde. "A ausência dos homens ou sua invisibilidade nesses serviços, é uma característica da identidade masculina relacionada ao seu processo de socialização, agregada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde" (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017, p. 140).

Convém ressaltar, conforme preconiza as diretrizes da política de saúde do homem, a necessidade de planejar ações através de uma orientação, na qual os homens vêm os serviços de saúde como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços considerem a clientela masculina como sujeitos passivos de cuidados assistenciais.

2.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

A saúde do homem foi há tempos pouco abordada pelas políticas públicas e a maioria das ações foram historicamente voltadas para a assistência às mulheres, crianças e idosos, considerados os estratos mais frágeis da sociedade. Schraiber, Gomes e Couto (2005) indicam que durante as décadas de 1970 e 1980, pesquisadores de diversos campos disciplinares buscaram entender os riscos diferenciados de adoecimento e morte para mulheres e homens e após 1990, a temática saúde do homem começou a ser tratada, sob um cenário amplo, valorizando questões de gênero e masculinidade.

A inserção da população masculina nas ações de saúde pública torna algo inovador e diante de indicadores epidemiológicos percebe-se um público que necessita realmente de uma atenção diferenciada. O discurso institucional sobre a necessidade de atenção à saúde do homem é sustentado por fatores epidemiológicos que mostram, por meio de pesquisas comparativas com mulheres, um acentuado aumento da morbimortalidade entre homens (SCHWARZ, 2012).

Em todo o mundo percebe-se o crescimento da produção científica e discussões acerca da saúde masculina (BAKER, 2016; FORBAT, *et al.,* 2014; ROSU, OLIFFE e KELLY, 2016). Em junho de 2013, ocorreu em Bruxelas o *European Men's Health Forum* (EMHF) que convocou o maior número possível de profissionais em cuidados primários para discutir as barreiras que impediam o engajamento efetivo dos homens aos cuidados básicos em saúde (BAKER; BANKS, 2013). Publicação discutindo saúde do homem no Reino Unido, evidenciou que os homens usam os serviços de atenção primária com menos frequência do que as mulheres, com impactos prováveis nos resultados de saúde, especialmente para a saúde mental (BAKER, 2016). Em novembro de 2018 ocorreu no Distrito Federal, região centro-oeste do Brasil, um

Simpósio Internacional de Saúde Integral do Homem, em que se discutiu a saúde do homem, de forma integral, em razão do novembro azul, mês da conscientização sobre o câncer de próstata e outras doenças masculinas (SILVA, 2018).

As questões relacionadas ao processo de saúde-doença na população masculina vêm se caracterizando como um importante campo de estudos, proporcionando debates e reflexões no âmbito da APS. No Brasil, a preocupação com a temática da saúde da população masculina encontra-se instituída na PNAISH, por meio da Portaria n. 1.994, de 27 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009a). A política tem como objetivo

> Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (BRASIL, 2009a, p. 53).

Para atingir o objetivo geral, que é ampliar e melhorar o acesso da população masculina adulta – 20 a 59 anos – aos serviços de saúde no Brasil, a PNAISH foi planejada a partir de cinco eixos temáticos. Dentre eles:

- Acesso e Acolhimento: busca reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta de inclusão da clientela masculina nos serviços de saúde e de aceitação por parte dos homens aos serviços ofertados;
- Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática;
- Paternidade e Cuidado: deseja sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus filhos(as), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas parceiras(os);
- Doenças prevalentes na população masculina: busca fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- Prevenção de violências e acidentes: pretende propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as

violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema (BRASIL, 2009a).

Na perspectiva de qualificar o cuidado à saúde dos homens com foco na integralidade da atenção, que possibilite a apreensão da realidade dos homens nos seus diversos contextos, a PNAISH desenvolve-se a partir do Plano de Ação Nacional (PAN) (2009-2011) (BRASIL, 2009b). A criação da PAN teve o intuito de contribuir com os estados e os municípios na implantação da PNAISH e prevê a elaboração e o financiamento de projetos-piloto em 26 municípios, um por estado e no Distrito Federal, selecionados pelo MS (BRASIL, 2009b). O PAN orienta os gestores dos estados e municípios selecionados a desenvolverem estratégias e ações voltadas para a saúde masculina, inserindo-as em seus respectivos planos de saúde, respeitando as especificidades e diversidade regional (BRASIL, 2009b).

Esta política coloca o Brasil a frente das ações voltadas para a saúde do homem, classificando-se como o primeiro país da América Latina e o segundo do continente Americano a propor uma política voltada para a clientela masculina (OLIVEIRA et al, 2016). Nota-se que a PNAISH está alinhada com a PNAB, particularmente, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população, de modo que esteja preparada para motivar e acolher as demandas da população masculina (BRASIL, 2009a).

Estudo realizado em cinco municípios brasileiros acerca da implantação da PNAISH concluíu que o PAN não favoreceu a implantação da política, priorizando ações voltadas para o aparelho genito-urinário masculino e com pouca ênfase na integralidade do cuidado para a saúde (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). Percebe-se que a PNAISH é uma política em discussão, embora já tenha recebido algumas críticas o que deixa sua implantação fragilizada nos serviços de saúde. Dentre as críticas observa-se que, segundo Mozer e Corrêa (2014) a PNAISH traz um enfoque maior as questões voltadas para próstata e a medicalização do corpo masculino. Martins e Malamut (2013) ressaltam que a vitimização e culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento ainda se mostra como uma característica marcante no documento-base da PNAISH e Separavich e Canesqui (2013) expõem a presença de limitações na compreensão das construções de gênero voltadas para a saúde.

A visão acerca da saúde do homem, com uma tendência de restringir, principalmente, aos problemas da próstata e a medicalização do corpo é algo bastante discutido pelos autores, pois, o direito à saúde pela população masculina vai muito além das questões sexuais e/ou reprodutivas. “A literatura científica demonstra que as necessidades em saúde masculina não se limitam aos males da próstata e outras enfermidades relativas aos aspectos biológicos” (MOZER; CORRÊA, 2014, p. 582). Romper com as premissas biomédicas e medicalizantes

abrem espaço para compreensões históricas, críticas e contextualizadas **(**MARTINS; MALAMUT, 2013).

Em relação a uma das críticas apresentadas, considera-se que a vitimização e culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento ainda se mostra como uma característica marcante, revelando o desafio de se repensar o papel da organização e estruturação dos serviços de saúde no distanciamento dos homens dos espaços institucionalizados de saúde (MARTINS; MALAMUT, 2013). "É preciso mudar o foco simplista de somente julgá-los como culpados pelas suas escolhas, tratar a saúde do homem como algo complexo e multifatorial" (CARNEIRO *et al.,* 2016, p. 559). Dessa forma, nota-se a necessidade de destacar os homens não apenas como organismos do sexo masculino em estudos na área da saúde, mas também considerá-los em suas singularidades de sujeitos sociais no processo saúde-adoecimento.

Percebe-se que a política voltada para a saúde do homem foi alvo de críticas e ainda tem diversas lacunas que precisam ser resolvidas, mas que alinhada com PNAB pode contribuir para a melhoria da saúde masculina no país.

2.2.1 Atenção à Saúde do Homem

As transformações sociais, demográficas e econômicas, ocorridas nos últimos anos, foram determinantes das expressivas mudanças nos padrões de morbimortalidade em todo o mundo. Após a implantação do SUS, deve-se reconhecer a importância da APS na expansão do acesso e na melhoria dos indicadores de saúde. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo aspectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

No que tange a APS, o acesso e o acolhimento da população masculina é algo bastante discutido na literatura, visto que publicações demonstram que há baixa procura e/ou adesão deste segmento às UBS, bem como falta de planejamento estratégico por parte dos gestores e trabalhadores de saúde para captá-los. Várias pesquisas nacionais mostram que os homens frequentam menos os serviços de APS em comparação ao sexo feminino (CARNEIRO *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.,* 2015; PEREIRA e BARROS, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017; VIEIRA *et al.,* 2013). Estudo realizado no Reino Unido também reforça esse comportamento, com menor número de consultas masculinas na rede de atenção primária quando comparado com o sexo feminino (WANG *et al.,* 2013).

Pesquisa realizada com usuários homens e gestores de eSF de municípios brasileiros evidenciou que a doença foi a primeira causa de procura da população masculina por atendimento em saúde (MOURA *et al.,* 2014). Outros estudos revelaram que problemas agudos, como a dor, um dos principais motivos do atendimento dessa população (CARNEIRO *et al.,* 2016; VIEIRA *et al.,* 2013). O uso dos serviços de saúde pelos homens difere daquele feito pelas mulheres, concentrando-se na assistência a agravos e doenças, em que a busca por atendimento, em geral, acontece em situações extremas em nível especializado ou de urgência (MOURA *et al.,* 2014). Admite assim, dificuldades de acesso da população masculina aos serviços de saúde, uma vez que, habitualmente, a mesma não se reconhece como alvo de atendimento das políticas de saúde e preferem utilizar outros serviços, como farmácias ou prontos-socorros, algo que respondam mais diretamente às suas demandas (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017). Segundo Moreira, Fontes e Barboza (2014) os homens acessam os serviços especializados de saúde com quadros de morbidade já instalados e, muitas vezes cronificados, gerando sobrecargas nos custos vinculados à saúde. Isso se confirma na literatura nacional e internacional por meio de estudos abordando a saúde do homem (BARRETO, ARRUDA e MARCON, 2015; BAKER, 2016; CLARKE *et al.,* 2013)

A ideia de protelar a busca por assistência traz ônus à saúde masculina, haja visto que a descoberta da doença ocorrer, geralmente, em estágios avançados, nos quais nem sempre há possibilidade de cura (BRITO; SANTOS, 2013). "A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família [...]" (SOLANO *et al.,* 2017, p. 306).

Outro contexto importante que emerge, relacionado a inserção do homem na APS refere-se ao medo de perder o emprego. O trabalho lidera a lista das preocupações masculinas, principalmente daqueles que possuem baixa escolaridade, em detrimento da busca pelo serviço de saúde (LEVORATO *et al.,* 2014). O medo do homem se prejudicar no trabalho é um dos motivos que favorece o desinteresse por parte desta população na procura pelos serviços de saúde (BRITO e SANTOS, 2013; MOREIRA, FONTES e BARBOZA, 2014). Pode-se afirmar que a influência da socialização na construção de identidade masculina no contexto laboral e sua influência no processo saúde-doença têm representado um desafio no âmbito da APS, uma vez que, as UBS estão organizadas para o funcionamento em horários incompatíveis com a jornada laboral (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014). Enquanto que para as mulheres não há alteração no fato contemporâneo de também haver maior participação feminina no mercado de trabalho; no entanto, esse fato não alterou na busca pelos serviços de saúde, talvez devido ao conceito genealógico do cuidado feminino e de sua naturalização (SILVA, 2009).

Além disso, observa-se que a responsabilidade pela reduzida demanda masculina aos serviços de nível primário não é apenas do usuário, mas também da organização dos serviços, dos gestores e dos profissionais de saúde. Nesse sentido, tanto a população masculina precisa mudar sua percepção em relação ao cuidado com a própria saúde, quanto os integrantes da equipe de saúde precisam adotar uma atitude mais acolhedora aos homens que procuram os serviços (VIEIRA *et al.,* 2013).

Em relação à organização dos serviços de nível primário, Brito e Santos (2013) e Solano *et al.,* (2017) consideram que esses serviços são pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois estão estruturados historicamente em torno do binônimo mãe-filho. "Pressupõe-se que os usuários do sexo masculino procuram pouco o serviço de saúde em nível primário por influência do processo histórico e cultural do homem somado à dimensão de gênero e à ideologia do patriarcado" (SOLANO *et al.,* 2017, p. 304). A imagem que os homens têm dos serviços de APS é um aspecto levantado por vários autores, (GOMES, 2008; SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017; SOLANO *et al.,* 2017) que consideram estes espaços feminilizado, frequentado principalmente por mulheres e composto por uma equipe de profissionais formada, em sua maioria, também por mulheres o que ocasiona um distanciamento desse local. Fato este que se configura como um obstáculo, uma vez que verbalizar o que sente e falar de seus problemas de saúde pode significar para o homem uma demonstração de fraqueza, feminilização perante os outros (SOLANO *et al.,* 2017). A maior resistência dos homens em buscarem os serviços no nível da APS por associarem a esses serviços à prevenção, autocuidado, fragilidade e insegurança, contrastando com virilidade, exposição a situações de risco e invulnerabilidade, traços culturais de uma visão hegemônica de masculinidade que acarretam, em comparação às mulheres, agravos na saúde e morte precoce (SCHWARZ, 2012). Desta forma, o fato de que os homens não adotarem hábitos saudáveis de vida e, por sua vez, não procurarem os serviços de saúde, relaciona-se à historicidade do homem contemporâneo (SOLANO *et al.,* 2017).

As dificuldades de inserção do homem, envolvem também aspectos voltados para os profissionais de saúde, que segundo Moreira, Fontes e Barboza (2014) estão relacionados a déficit em capacitação em saúde do homem e déficit de conhecimento sobre a PNAISH. A sensibilização dos profissionais para as questões de saúde masculina, mesmo sem a estruturação de atividades específicas, pode ter um importante impacto no acolhimento e acesso dos homens aos serviços de saúde (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). "A deficiência desses conhecimentos também ocorre pela falta de sensibilização dos profissionais em buscar informações para o aperfeiçoamento e desenvolvimento de ações direcionadas ao homem [...]"

(CARNEIRO *et al.*, 2016, p. 558). Conforme esses mesmos autores, é importante destacar que há uma fragilidade nas informações fornecidas aos profissionais da saúde em relação à PNAISH, visto que muitas vezes nem são repassadas pelos gestores. Por partilharem da mesma sociedade que os usuários, os trabalhadores também estão imersos em amarras culturais capazes de contribuir para uma visão estereotipada acerca das necessidades desse segmento populacional (BRITO; SANTOS, 2013).

Nota-se que a APS tem um papel fundamental na assistência básica de cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde. A reflexão sobre os homens no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e de sua participação em processos de desenvolvimento ainda é algo pouco trabalhado na APS. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994 e a IV Conferência Mundial sobre Mulheres realizada em Beijing, China em 1995, sob o patrocínio das Nações Unidas, proporcionaram uma ampla discussão no sentido de ampliar os direitos sexuais e reprodutivos não só para as mulheres como também para os homens (GALASTRO; FONSECA, 2007).

A incorporação dos homens como sujeitos de pesquisa no campo da saúde reprodutiva e sexual, concedeu a eles o direito a informações sobre métodos de planejamento familiar, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), realização de aconselhamento e testagem rápida para Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e outras doenças, diagnóstico oportuno e tratamento adequado (BRASIL, 2009a; SEPARAVICH e CANESQUI, 2013). De acordo com MS, de 2011 a 2014, houve inúmeras mudanças que foram incorporadas em políticas públicas e prestações de serviços no sistema nacional integrado de saúde, no qual as instituições, oferecem aos homens alguns serviços, como: anticoncepção, acesso gratuito à vasectomia, orientação à licença-paternidade, processo de reprodução assistida, identificação e tratamento das DST (BRASIL, 2018c). Segundo Separavich e Canesqui (2013) conceitos como disfunção erétil, andropausa e reposição hormonal masculina ainda necessitam ser priorizados na assistência prestada aos homens no âmbito da APS.

A PNAISH explicita a relevância da paternidade na promoção da saúde sexual e reprodutiva do homem. Nessa linha, a Rede Cegonha, com estratégia de qualificação da atenção à saúde obstétrica e infantil, valoriza a presença paterna no parto para a humanização do cuidado. Esse tipo de arranjo cria possibilidades para imaginar e exercer direitos e cuidados, inclusive no que diz respeito a sexualidade e paternidade, influenciando a construção da imagem masculina, contribuindo, assim, para reduzir as vulnerabilidades de homens e mulheres (BRASIL, 2011b; BRAIDE *et al.*, 2018). Ampliando mais essa concepção o MS lançou em

2016 o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais da Saúde, uma ferramenta que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde, com enfoque na APS (HERRMANN *et al.*, 2016). Algumas experiências relacionadas a essa temática, vêm sendo desenvolvidas do país, como em Foz do Iguaçu, Ribeirão Preto e Rio de Janeiro, ações de Pré-Natal Masculino, Pré-Natal do Parceiro e Unidades de Saúde Parceiras do Pai, em que identificaram o pré-natal como um momento-chave para a inclusão dos homens no sistema de saúde, apoiadas e estimuladas pelo MS (GOMES, 2016). Outro estudo desenvolvido na região metropolitana de Fortaleza, Ceará, mostrou que a experiência da participação do pai durante o pré-natal e parto abriu uma possibilidade de aproximação do homem aos sistemas de saúde para a manutenção do bem-estar, ao invés de necessariamente para o tratamento das doenças (BRAIDE *et al.*, 2018). A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem de participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança (BRASIL, 2009a).

E no debate sobre prevenção de violências e acidentes abordados na PNAISH, em especial a violência urbana**,** MOZER e CORRÊA (2014) colocam que a crença da invencibilidade do homem e sua credibilidade em ser forte faz com que associe o uso da violência à masculinidade. Grande parte dos estudos relacionados com violência urbana e acidentes identificam como vítima o sexo masculino (CORDEIRO *et al.*, 2017; SILVA *et al*., 2014; TRINDADE *et al.*, 2015). Para mudar os quadros de violências baseadas em gênero, é fundamental implementar ações mais eficazes de educação, segurança pública, aliadas a ações em saúde dirigidas aos homens, por um lado, de caráter preventivo, e por outro lado, de atendimento a autores de violência (BRASIL, 2018c). Silva, Valadares e Souza (2013) colocam que ações para o enfrentamento dessa problemática devem ser implementadas em uma perspectiva inclusiva, interdisciplinar e intersetorial, com vistas à construção da cidadania.

Os diferenciais encontrados nos indicadores de morbimortalidade entre homens e mulheres resultam, em grande parte, de diferenças do estilo de vida e dos comportamentos relacionados à saúde. De acordo com Pinheiro *et al.*, (2002) as diferenças entre os sexos no risco de adoecer variam de acordo com a rotina de vida (fumo, álcool, dieta, atividade física, estresse, trabalho) e com fatores genéticos ou hormonais. Para Solano *et al.*, (2017) e Vieira *et al.*, (2013), as normas culturais utilizadas para manter o poder social dos homens e o senso de masculinidade dificultam a adoção de hábitos e práticas mais saudáveis, visto que, os homens,

ao se sentirem fortes, resistentes e invulneráveis, podem não assumir comportamentos preventivos. “Diante disso, observa-se que a socialização masculina não favorece o estreitamento de vínculos entre homens e serviços de saúde, haja vista que eles não se reconhecerem como pessoas requerentes de cuidados” (BRITO; SANTOS, 2013, p. 655).

Quando se verifica os diferenciais de saúde em relação ao estilo de vida, nota-se uma desvantagem para a clientela masculina. Estudo realizado no Brasil referente ao tabagismo (PINTO, PICHON-RIVIERE e BARDACH, 2015) evidenciou que a mortalidade atribuível ao tabagismo no país é elevada, principalmente, entre os homens e está concentrada nas doenças cardíacas, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e câncer de pulmão. Dados retirados de bases da OMS (WHO, 2017) fornecem informações sobre a alta prevalência do tabagismo entre homens quando comparados com as mulheres. Além disso, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), ressalta que tabagismo pode ocasionar disfunção erétil e infertilidade nos homens (INCA, 2015).

O MS e o INCA, elaboraram o Programa Nacional de Controle do Tabagismo com desenvolvimento de ações educativas, legislativas e econômicas com priorização do tratamento do fumante como uma estratégia fundamental no controle do tabagismo (INCA, 2015). Experiências em alguns estados brasileiros como do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Goiás, evidenciaram a importância e as dificuldades de realização de Grupo de Cessação de Tabagismo em UBS, na tentativa de inclusão dos usuários fumantes, principalmente a clientela masculina no controle do consumo do tabaco (KRINSKI, FAUSTINO-SILVA e SCHNEIDER, 2018; PORTES *et al.*, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2011).

Segundo o INCA, o câncer de pulmão é o primeiro em todo o mundo desde 1985, tanto em incidência quanto em mortalidade. E o câncer de próstata no Brasil, depois do câncer de pele não-melanoma, é o mais comum na população masculina (INCA, 2018). A campanha Novembro Azul, busca alertar a população masculina para o câncer de próstata e estimula o rastreamento dessa neoplasia, ganhou esse nome em 2012, promovida no Brasil pelo Instituto Lado a Lado pela Vida (ILLPV), uma organização não governamental, em parceria com a Sociedade Brasileira de Urologia e Sociedade Brasileira de Oncologia (ILLPV, 2011). Embora essa iniciativa tenha sido um modo de incorporar a população masculina aos serviços de saúde, foi alvo de diversas críticas, principalmente no que diz respeito aos estudos controversos sobre rastreamento do câncer de próstata (MODESTO *et al*, 2018; SANTOS, RAMOS e ASSIS, 2019).

Em relação ao estilo de vida da clientela masculina, a ingestão de álcool é outro fator muito prevalente nessa população. De acordo com Munhoz (2017), a prevalência do consumo

abusivo de álcool nas capitais brasileiras é alta, principalmente entre os homens, com maior escolaridade e os mais jovens. De acordo com a OMS (WHO, 2018) em diferentes países do mundo é observado um aumento no consumo de bebidas alcoólicas entre os homens, principalmente na faixa etária de 15 a 59 anos. Pesquisa realizada em Fortaleza, Ceará, identificou potencialidades da terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool na atenção primária (GIFFONI; SANTOS, 2011). Para Vargas, Bitterncourt e Barroso (2014) os serviços de APS são excelentes espaços para combinar oportunidades de rastreamento e utilização de estratégias para redução dos prejuízos relacionados ao uso problemático do álcool.

Dados do inquérito de saúde de Campinas realizado em 2008/2009 (BASTOS, 2016) evidenciam que as mulheres apresentam maior desvantagem nos indicadores socioeconômicos de doenças crônicas diagnosticadas por um profissional de saúde e de problemas de saúde referidos, enquanto nos homens constatou maior frequência de comportamentos não saudáveis e sobremortalidade em todas as causas investigadas. Estudo realizado com população de 40 anos ou mais de idade em um município de médio porte da região Sul do Brasil verificou que em geral, os homens apresentaram maior prevalência da presença de comportamentos de risco como, inatividade física no lazer, consumo irregular de frutas e de verduras, tabagismo e consumo abusivo de álcool e as possíveis combinações entre dois desses comportamentos. Nesse mesmo estudo é mostrado que a prevalência dessas combinações foi superior entre aqueles que referiram pior percepção de saúde (LOCH *et al.*, 2015). Estudo desenvolvido no Brasil em que analisou a proporção da carga global de doença, quanto aos anos de vida ajustados por incapacidade (disability adjusted life of years – DALYs) atribuídos a fatores de riscos, apontou que a dieta inadequada foi a principal causa de DALYs, seguida da pressão arterial sistólica elevada, alto índice de massa corporal (IMC), tabagismo, glicose sérica elevada e uso de álcool e drogas, sendo que as mulheres estavam mais expostas a fatores de risco metabólicos e os homens aos fatores comportamentais (MALTA *et al.*, 2017).

Trabalho realizado no município de São Paulo, nos anos de 2003, 2008 e 2015 por meio de inquérito domiciliar de base populacional revelou um aumento significativo de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) em ambos os sexos e baixa adesão a hábitos reconhecidamente benéficos à saúde (STOPA *et al*., 2018). Um estudo transversal realizado no Brasil com dados provenientes do inquérito nacional de pesquisa, sobre dimensões sociais das desigualdades evidenciou que a prevalência de DM está associada com a idade ($\geq$ 40 anos), baixa escolaridade, obesidade, sedentarismo, comorbidades com HAS e hipercolesterolemia, bem como com a baixa procura por serviços de saúde (FLOR; CAMPOS, 2017). Pesquisa

realizada com usuários do sexo masculino maiores de 18 anos em UBS de Botucatu, São Paulo, identificou que, quanto mais jovem eram os homens, menor o número de DCNT instaladas e mais eles faltavam em consultas agendadas (BIDINOTTO; SIMONETTI, BOCCHI, 2016).

A evolução tecnológica e o trabalho assalariado contribuem para o aumento do sedentarismo, o consumo de alimentos industrializados, a maior quantidade de sal, o sobrepeso e obesidade, que se destacam como fatores comprovadamente associados às doenças cardiovasculares e, em especial, à HAS e seu controle (MAGNABOSCO *et al.*, 2017). As doenças crônicas estão hoje na pauta de desafios para a organização e coordenação de serviços de saúde, pressupondo-se o papel fundamental da atenção primária efetiva, envolvendo detecção das populações expostas, tratamento adequado e continuidade do cuidado e na redução de internações (BOTELHO; PORTELA, 2017). Estudo realizado com dados secundários obtidos da base de dados da avaliação externa do PMAQ-AB identificou no Brasil, mais de 70% das equipes referiram realizar ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças crônicas dirigidas a mulheres, homens, diabetes e hipertensão, mas os valores percentuais das taxas de comprovação (ao menos um documento comprobatório) foram identificados muito abaixo do esperado (MEDINA *et al.*, 2014).

As ações de promoção visam contribuir de maneira significativa para a compreensão da realidade dos homens brasileiros nos contextos socioculturais e político-econômicos, possibilitando o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis. Nota-se a importância de se trabalhar as diversas políticas públicas em conjunto na APS na tentativa de inserção da população masculina nos cuidados preventivos à saúde.

Tanto no nível individual, quanto no coletivo, diferentes pesquisas mostram o papel que os profissionais da APS têm em prover um cuidado de alta qualidade, centrado na pessoa e não apenas na doença, com melhora no manejo de pacientes com multimorbidades e em diversos desfechos de saúde, entre eles as hospitalizações preveníveis (STARFIELD, 2002). Sendo então, imprescindível fazer uso de instrumentos ou indicadores que permitem identificar e acompanhar os entraves nos cuidados da saúde a nível primário. Entre eles, um indicador que tem sido bastante usado refere-se as ICSAP "[...] estudo do perfil de hospitalizações é fundamental para o planejamento e implementação de ações no combate às desigualdades que permeiam o adoecimento e o acesso aos serviços, entre homens e mulheres" (ARRUDA *et al.*, 2014, p. 2).

2.3 Condições Sensíveis à Atenção Primária

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, também conhecidas como "hospitalizações preveníveis" entre outras denominações, são definidas como situações clínicas onde uma APS efetiva, qualificada e oportuna conseguiria reduzir o risco de hospitalização (CAMINAL *et al.*, 2001, 2004; CAMINAL e CASANOVA, 2003). "Uma internação sensível a atenção primária é aquela que poderia ter sido evitada através da utilização de recursos básicos disposto no primeiro nível de saúde, desde que estes sejam eficazes e de qualidade" (MELO, 2014, p. 47).

As ICSAP constituem uma medida indireta do acesso e efetividade da APS (MORIMOTO e COSTA, 2017; OLIVEIRA, OLIVEIRA e CALDEIRA, 2017; SOUSA *et al.*, 2016), sendo utilizada como um indicador de saúde em vários países (CAMINAL *et al.*, 2004; GÉRVAS e HOMAR, 2007; LABERGE *et al.*, 2017; NEDEL *et al.*, 2011).

Estudos demonstram que altas taxas de ICSAP estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; AVELINO *et al.*, 2015; PEREIRA, SILVA e LIMA NETO, 2014). Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e avaliação de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). "Além disso, o uso das ICSAP como indicador possui grande potencial para contribuir com a discussão da efetivação dos princípios e diretrizes ao SUS, entre eles universalidade, integralidade e equidade" (SOUSA *et al.*, 2016, p. 124)

O indicador surgiu nos Estados Unidos, ao final dos anos de 1980, denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) para identificar camadas da população sem acesso à atenção ambulatorial e estudar seu impacto financeiro sobre o sistema de saúde (BILLINGS e TEICHOLZ, 1990; SOLBERG *et al.*, 1990; WEISSMAN, GATSONIS e EPSTEIN 1992). Após sua aplicação na Espanha, país com sistema de saúde universal, territorializado e hierarquizado com base na APS, passou a ser utilizado como indicador de efetividade no nível primário (CAMINAL e CASANOVA, 2003; CASANOVA e STARFIELD, 1995). Hoje é um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade proposto para os Estados Unidos e para os países da Organização Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (MATTKE *et at.*, 2006). No Brasil tornou-se um indicador bastante útil para o SUS (NEDEL *et al.*, 2010).

No cenário internacional, diferentes listas de diagnósticos elencados como previníveis pela APS são empregados como marcadores de desempenho dos cuidados primários à saúde

(ANSARI *et al.,* 2012; HOSSAIN e LADITKA, 2009; LABERGE *et al.,* 2017; ROSANO *et al.,* 2011). No Brasil, o marco conceitual para a construção da lista nacional de ICSAP, surgiu por meio do modelo proposto por Caminal e Casanova (2003), objetivando avaliar a APS e comparar seu desempenho em todo o território nacional.

A elaboração da Lista Nacional de ICSAP teve como objetivo contemplar uma demanda por indicadores em saúde, baseados em dados de fonte secundária, que permitissem a avaliação do impacto e do desempenho da ESF no SUS, bem como a realização de análises comparativas entre municípios, estados e regiões do país (ALFRADIQUE *et al.,* 2009). Sua elaboração foi norteada por listas internacionais e nacionais, com adoção da décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sendo o mesmo instrumento utilizado pelo Sistema de Internação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) (BRASIL, 2008b). Com a elaboração da lista, tem sido possível desenvolver estudos avaliativos sobre a atenção primária no Brasil, partindo-se do princípio de que elevados coeficientes de ICSAP podem indicar problemas de acesso ou de efetividade dos cuidados (ALFRADIQUE *et al.,* 2009). "As realizações de estudos utilizando esta lista contribuem para o aprimoramento e a consolidação deste indicador no contexto brasileiro" (MORIMOTO; COSTA, 2017, p. 898).

Para compor a lista brasileira de ICSAP foram aplicados os critérios para guiar a inclusão/exclusão dos diagnósticos, sendo estes também utilizados por Caminal *et al.,* (2001; 2004). Esses critérios foram: existir evidência científica de que a causa de internação seja sensível à APS; ser uma condição de fácil diagnóstico; ser um problema de saúde importante, que não seja evento raro; ser uma condição para a qual a APS teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente e ter um diagnóstico não induzido por incentivos financeiros.

A lista brasileira de ICSAP (ANEXO A), publicada pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS através da Portaria n°221/2008, foi organizada em dezenove grupos de diagnósticos, divididos em 120 categorias da CID 10, tendo sido resultado de um longo trabalho envolvendo pesquisas nacionais, internacionais, reuniões com gestores e consulta pública (ALFRADIQUE *et al.,* 2009; BRASIL, 2008b). Pode ser utilizada como instrumento de avaliação da APS, bem como, para avaliar a utilização da atenção hospitalar, ou seja, é um instrumento útil para analisar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (ALMEIDA, 2014).

No Brasil a lista de ICSAP apresenta algumas diferenças em relação às demais listas nacionais, principalmente pelo número elevado de doenças infecto contagiosas, devido à alta

prevalência no país e sua maior probabilidade de hospitalizações, assim como ausência de afecções odontológicas, já que são em sua grande maioria tratadas em nível ambulatorial e a exclusão de problemas relacionados à saúde mental, devido à complexidade do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, bem como, a implantação heterogênea dos serviços de atendimento psiquiátrico e o papel incipiente da ESF na desospitalização destes pacientes (GONÇALVES, 2013). Sendo assim, as listas devem estar adaptadas ao contexto de cada país, pois os sistemas de saúde, perfis epidemiológicos e carga de doenças são diferenciados nesses territórios (ALFRADIQUE *et al.,* 2009). Este fato pode prejudicar a comparabilidade dos estudos em diversos países (NEDEL *et al.*, 2010).

Ao deparar com as ICSAP registradas por faixa etária, verifica-se que as internações entre as crianças se elevam à medida que diminui a idade e entre os adultos, as hospitalizações crescem, principalmente na população acima de 65 anos. Estas afirmações são percebidas em grande parte dos estudos (ANSARI *et al.,* 2012; REHEM *et al.,* 2013; RODRIGUES-BASTOS *et al.,* 2013). Em relação ao sexo, a literatura mostra um certo equilíbrio de publicações com predomínio de ICSAP tanto no sexo masculino quanto no feminino (AVELINO *et al.,* 2015; GOUVEIA, 2016; LENTSKL, LATORRELL e MATHAIS, 2015; PINTO e GIOVANELLA, 2018; PITILIN *et al.,* 2015; SOUSA *et al.,* 2016).

Os resultados das ICSAP por grupos de causas, identifica que, entre os vários agravos da lista brasileira de condições sensíveis, as principais causas de internações apontadas pela literatura foram a pneumonia bacteriana, a gastroenterite e as doenças cardiovasculares (BOING *et al.,* 2012; PEREIRA, SILVA e LIMA NETO, 2014). Em Minas Gerais os seis principais grupos de causas de ICSAP foram: asma, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, gastroenterites infecciosas e complicações, infecções dos rins e trato urinário e pneumonias bacterianas, que somadas, representaram mais de 50% de todas as ICSAP (OLIVEIRA; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2017). Outros autores identificaram que a ESF constitui uma intervenção na APS que contribuiu para a redução das internações por doenças cardiovasculares nos municípios de Mato Grosso do Sul, no período 2009 a 2012 (RESENDE; BARBIERI, 2017).

Quando se analisa a diminuição das ICSAP, a literatura traz estudos em que os autores avaliam o incremento de profissionais médicos na região Nordeste e concluíram que o PMM influenciou na redução das ICSAP, com diminuição de 35% no período investigado, com diferenças importantes entre os estados (GONÇALVES *et al.,* 2016). Isto se deve não somente à disponibilidade de profissionais para o nível primário, como também à melhoria na infraestrutura e organização de processo de trabalho o que favoreceria uma menor deterioração

das condições de saúde e na diminuição da utilização de hospitais. A redução de internações desnecessárias pode-se abrir duas possibilidades de otimização do sistema: disponibilização de leitos para utilização de internações consideradas essenciais, ou, ainda, redução dos gastos com internações hospitalares, possibilitando um reinvestimento no sistema de saúde (ARAUJO *et al.*, 2017).

A redução dos gastos com ICSAP pode decorrer da consolidação da APS, dado o aumento da cobertura de ESF no país (SOUZA; PEIXOTO, 2017). Em uma pesquisa realizada com a população do estado de Minas Gerais, durante os anos de 2004 a 2013, os autores consideraram que as despesas municipais de saúde são importantes na variação da porcentagem de ICSAP, principalmente, as despesas com APS (SANTOS; GONÇALVES; CHARLES, 2016).

Em relação aos gastos com as ICSAP, ressalta-se que a elevação dessas internações reflete um alto custo no orçamento para o atendimento hospitalar e que ao contrário, poderia ter sido melhor empregado no nível primário, com investimentos em estratégias de promoção e prevenção. As ICSAP podem também auxiliar na previsão de gastos, necessidades de investimentos e definição de prioridades em saúde (ARRUDA; COSTA, 2017).

Contudo, a maioria dos estudos considera as ICSAP um indicador da efetividade do primeiro nível de atenção à saúde. Estudo analisando dados do primeiro ciclo do PMAQ-AB concluí que as características da estrutura das UBS e do processo de trabalho das eAB impactaram no número de ICSAP nos municípios brasileiros (ARAUJO *et al.*, 2017). Outro estudo que realizou investigação de uma série histórica de 1998 a 2006 evidenciou uma forte associação entre a cobertura populacional de ESF e a redução das ICSAP nas Unidades da Federação Brasileira (CECCONL; MENEGHELL; VIECILILL, 2014).

Uma pesquisa com análise de correlação entre as taxas de internações e a cobertura de ESF nas regiões de saúde de Minas Gerais no período de 1999-2007 concluiu que houve melhoria da efetividade da APS e redução das taxas e do percentual das ICSAP no total (OLIVEIRA; OLIVEIRA; CALDIERA, 2017). Entretanto, existem alguns estudos em regiões especificas do Brasil que não evidenciaram essa relação. Trata-se de um estudo no município de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, no período de 2003 a 2012, onde não se encontrou tendência de diminuição nos coeficientes de ICSAP, nem associação entre a diminuição dos coeficientes de ICSAP com os gastos totais com saúde e com APS, com o gasto per capita e com a cobertura populacional pela ESF (MORIMOTO; COSTA, 2017). Em outro estudo desenvolvido em um município do Rio de Janeiro, os autores mostraram que a observação geral dos resultados poderia facilmente induzir uma associação da diminuição das ICSAP ao processo

de expansão da ESF no município, mas a influência de outros fatores, como o fechamento de um hospital local conduz para uma análise equivocada da associação da queda de ICSAP com melhoria das ações do nível primário (BOTELHO; PORTELA, 2017). Questões essas também foram apresentadas no cenário internacional (VUIK *et al.*, 2017). "Em estudos mais localizados, é fundamental avaliar questões contextuais, eventualmente muito específicas, que podem comprometer a explicação do evento" **(**BOTELHO; PORTELA, 2017, p. 7).

No entanto, achados referentes às internações não podem ser entendidos exclusivamente como resultantes das ações das ESF. Alguns autores têm alertado quanto à possibilidade de que essas internações estarem fortemente relacionados as variáveis como sexo, faixa etária, condições socioeconômicas, nível de escolaridade, situações demográficas, disparidades étnicas e raciais e a compreensão do indivíduo do processo saúde-doença (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; ANSARI *et al.*, 2012; BOTELHO e PORTELA, 2017; FERNANDES *et al.*, 2009; MARIMOTO e COSTA, 2017; MELO, 2014; NEDEL *et al.*, 2010). Estudos internacionais confirmam que fatores associados as maiores taxas de ICSAP podem estar relacionadas com sexo, senilidade, residir em área rural, baixa renda e desvantagem socioeconômicas (ANSARI *et al.*, 2012; BALOGH *et al.*, 2013).

Para a utilização das ICSAP como indicador de desempenho, é necessário avaliar as taxas ajustadas por idade, cobertura de planos de saúde e regiões, sendo importante excluir os partos do total de internações, visto que estes só afetam uma parte da população feminina e não representam uma patologia (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). É importante estabelecer um limite máximo na idade, pois, com o avanço desta, pode haver tendência de aumento nos dias de permanência e readmissões, bem como nas comorbidades (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). A construção deste indicador também dependerá da qualidade do sistema de informação, pois provém em grande parte de dados secundários dos sistemas de saúde, dos requisitos metodológicos para análise dos dados e da adequada interpretação dos resultados (GONÇALVES, 2013). Outro fator limitante no uso do indicador para avaliar as tendências de hospitalizações previníveis na APS no país é que, apesar do SIH/SUS apresentar-se como grande base de dados, nele são registradas apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, as quais, embora majoritárias, expressam apenas parte da realidade nacional, o que pode influenciar no cálculo e interpretação do indicador (SOUSA *et al.*, 2016).

Entretanto, mesmo com influência de outros fatores além da qualidade e efetividade da APS nas internações por condições sensíveis, este ainda continua sendo um valioso indicador para mostrar que algo pode não estar indo bem no nível primário de saúde. Em um estudo qualitativo, realizado com pacientes que foram internados em um hospital geral do município

de São Paulo evidenciou-se que as razões para a ocorrência das ICSAP, no território selecionado se deu ao fato que os usuários não reconheceram a APS como porta preferencial de entrada no sistema, seja pela dificuldade de acesso ou pela pouca resolutividade das suas ações (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2014).

O investimento na APS com ações e programas é amplamente discutido e pesquisas evidenciam que sistemas de saúde orientados por esse nível de atenção apresentam mais efetividade e eficiência e, além disso, existem evidências do impacto positivo na saúde das populações (GOUVEIA, 2016). Por meio disso, é necessário investir em instrumentos que avaliem a qualidade dos serviços de saúde prestados a toda a comunidade e que favoreça a melhoria da assistência da população, principalmente a população masculina, sendo essa uma clientela que possui um vínculo fragilizado com os serviços primários de saúde.

2.4 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

A qualidade dos cuidados prestados à população é uma questão primordial na prática em saúde, sendo necessário estabelecer padrões de qualidade e avaliação periódica de ações devem ser implementadas. Idealmente, o monitoramento do processo de trabalho, assim como, dos resultados em saúde deveria estar incorporado e sistematizado na rotina dos serviços, mas essa questão nem sempre ocorre. A avaliação dos serviços de saúde torna-se necessária, a fim de dar suporte aos processos decisórios dos gestores, tais como priorização dos investimentos, identificação de problemas e reorientação das políticas voltadas à população (GONÇALVES, 2013).

A maior parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado fortemente no modelo conceitual proposto por Donabedian (1988; 1990), que apresenta duas vertentes principais: a primeira se baseia no modelo sistêmico, que observa a relação entre os componentes da estrutura, do processo e do resultado, e a segunda se baseia em dimensões ou atributos que definem a qualidade, conhecido como os sete pilares da qualidade: efetividade, eficiência, eficácia, equidade, aceitabilidade, otimização e legitimidade. Para Donabedian (1988), a qualidade é definida como o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, as expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes.

No âmbito da APS, as avaliações, assim como em outros níveis dos sistemas de saúde são marcadas pela heterogeneidade de propostas, finalidades, instrumentos e de resultados. No Brasil, várias iniciativas empreendidas pelo MS foram desenvolvidas centradas na qualidade da APS, entre elas, destaca-se o PMAQ-AB, uma estratégia de mudanças nas condições e no modo

de funcionamento das UBS, criando uma permanente e progressiva ampliação do acesso e da melhoria da APS (BRASIL, 2012b).

O PMAQ-AB foi instituído pela portaria nº 1.654 do MS, de 19 de julho de 2011, tendo como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção primária, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011a). Segundo Facchini, Tomasi e Dilelio (2018) qualidade é medida essencial para avaliar integralidade, para verificar a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do país.

A portaria homologa também o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), constituindo repasse financeiro de acordo com o alcance das metas firmadas (BRASIL, 2011a). Essa é a primeira vez que o MS vincula o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas equipes de saúde, o que representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a APS (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012). E que, "[...] cujo sucesso está condicionado à sua capacidade de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação orientados por diretrizes pactuadas nacionalmente" (PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012, p. 1).

O PMAQ-AB é orientado pelas seguintes diretrizes expostas na Portaria nº 1654:

1. Construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da APS, considerando as diversas realidades de saúde;
2. Incentivar o processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade que envolva gestão, o processo de trabalho e os resultados conquistados pelas equipes de saúde da APS;
3. Transparência em todas as etapas, permitindo o contínuo acompanhamento das ações e resultados pela sociedade;
4. Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde da APS e os usuários para um processo de transformação de cultura de gestão e qualificação da APS;
5. Desenvolver uma cultura de negociação e contratualização, que impacta na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;
6. Estimular uma mudança no modelo de atenção, no desenvolvimento dos trabalhadores e na orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

7. Adesão voluntária tanto pelas equipes de saúde quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos (BRASIL, 2011a).

O programa está organizado em quatro fases que se complementam e constituem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011a). Essas fases podem proporcionar transformações "[...]mudanças dos modos de gerir e organizar não só os serviços, mas o processo de trabalho em saúde[...]" (PINTO; FERLA, 2015, p. 89).

A primeira fase do PMAQ-AB consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as eSF e os gestores municipais, e destes com o MS, num processo de pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social (BRASIL, 2012b). Como a adesão ao PMAQ-AB é voluntária, todas as equipes, incluindo as Equipes de Saúde Bucal (eSB) e os NASF poderão aderir ao programa, sendo necessário formalizar a adesão pela assinatura do termo de compromisso.

Essa etapa, de acordo com Pinto, Souza e Florêncio (2012) tem como objetivo consolidar a cultura da negociação, promovendo o protagonismo de todos os atores envolvidos, visando orientar os serviços de acordo com as necessidades dos usuários e promover o desenvolvimento das equipes. "Desenvolver a habilidade de negociação entre gestores e trabalhadores é um dos focos do programa, por considerar que o êxito está na construção coletiva" (BRASIL, 2012b, p. 23).

A segunda fase do programa trata-se do desenvolvimento de um conjunto de ações que serão empreendidas pelas eSF, pelas gestões municipais e estaduais e pelo MS, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da APS. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2012b).

O ponto inicial da fase de desenvolvimento é a autoavaliação, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem iniciar-se pela identificação e reconhecimento, pelas próprias equipes, das dimensões positivas e negativas do seu trabalho, produzindo significados potencialmente facilitadores/mobilizadores de iniciativas de mudança e aprimoramento (BRASIL, 2012b). O PMAQ-AB busca contribuir para a superação do caráter punitivo da avaliação e propõe a autoavaliação como instrumento que estimula o coletivo a avaliar seu processo de trabalho, destacar prioridades de atuação, planejar estratégias para

superação dos problemas e alcance de metas e objetivos, acordados por esse mesmo coletivo (BRASIL, 2013b). Trata-se de um processo que orienta a tomada de decisões e propõe melhoria na qualidade das ações de saúde. O instrumento autoavaliativo oferecido pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) – Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) – foi organizado em dimensões e subdimensões para um conjunto de padrões de qualidade que abrangem o que é esperado em termos de qualidade na gestão e na atenção direta à saúde no âmbito da APS (BRASIL, 2012b). Após a autoavaliação, com o objetivo de sistematizar as ações de melhoria da qualidade, sugere-se que sejam construídas matrizes de intervenção considerando, em um primeiro momento, os problemas prioritários e que estejam sob responsabilidade dos atores em questão (BRASIL, 2012b).

Na fase de desenvolvimento do PMAQ-AB, o monitoramento dos indicadores contratualizados constitui um dos elementos essenciais para a implementação do programa. O acompanhamento sistemático daquilo que tem sido produzido pelas equipes permitirá a verificação do alcance de resultados, considerando que a alimentação regular e consistente dos sistemas de informação constitui uma responsabilidade geral de todos os profissionais e gestores do SUS e um importante critério de qualidade da APS, é esperado que os resultados dos indicadores reflitam o esforço de melhoria das equipes de saúde e da gestão (BRASIL, 2012b).

A educação permanente, outra fase de desenvolvimento, vista como um processo para além do pedagógico, é uma estratégia de apoio à gestão do cuidado pelas equipes na medida em que se orienta pelas demandas e necessidades dos profissionais, devendo garantir que a aquisição e aprimoramento de conhecimentos e habilidades estejam relacionados com o cotidiano das equipes e suas necessidades (BRASIL, 2011a).

Por fim, o apoio institucional visa fornecer suporte às eSF no nível da gestão, atuando para a melhoria de processos, planejamento, supervisão e avaliação em saúde (BRASIL, 2012b). O apoiador institucional tem como papel principal aproximar os profissionais que prestam a assistência ao usuário daqueles responsáveis pela gestão. Considerando o propósito de avaliação integrada para melhoria do acesso e da qualidade o apoio institucional é importante na medida em que auxilia as equipes no planejamento, fornecendo apoio técnico, visando alcançar as metas contratualizadas e promover melhoria contínua da assistência prestada aos usuários (BRASIL, 2011a).

A terceira fase do PMAQ-AB consiste na avaliação externa, em que se realiza um conjunto de ações voltadas para verificar as condições de acesso e de qualidade de todos os municípios e equipes participantes (BRASIL, 2012b). Todo o processo é conduzido por

instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão. As questões que compõem o instrumento de avaliação externa guardam coerência com os padrões descritos no instrumento de autoavaliação, o AMAQ. Nessa fase foram realizadas observações de infraestrutura e condições de funcionamento das UBS, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2013b). A avaliação externa está estruturada em quatro módulos:

- Módulo I - Observação na UBS com objetivo de avaliar as características estruturais e de ambiência, bem como os equipamentos, materiais, insumos e medicamentos disponíveis;
- Módulo II - Entrevista com o profissional da equipe e análise de documentos na UBS que objetiva verificar as ações para a qualificação dos profissionais, assim como obter informações sobre processos de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários;
- Módulo III - Entrevista com o usuário na UBS, que visa analisar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde em relação ao seu acesso e utilização;
- Módulo eletrônico trata-se de um conjunto de informações complementares aos módulos I, II e III. Essas informações devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da ABS (SGDAB) (BRASIL, 2013b).

O instrumento de avaliação externa utilizado é composto por 893 padrões de qualidade, que refletem necessidades de informações acerca da APS. Para a certificação das equipes, foi construído uma matriz de pontuação, organizada em cinco dimensões: gestão municipal para desenvolvimento da APS; estrutura e condições de funcionamento da UBS; valorização do trabalhador; acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; acesso, utilização, participação e satisfação do usuário (BRASIL, 2015). Essas dimensões se subdividem em 34 subdimensões e nos itens que compõem cada uma delas, bem como a relevância deles para a subdimensão e sua consequente pontuação, que variam de zero a 100 pontos. Esta foi feita por técnicos do MS, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), tendo como base a relevância técnica, estratégica e política (BRASIL, 2015).

A certificação das equipes ocorre após a avaliação externa, que considera o desempenho das equipes em três conjuntos de ações, conforme o quadro abaixo (BRASIL, 2015).

Quadro 1 - Componentes da certificação das equipes – PMAQ-AB[1].

Ações	Percentual da nota final da certificação
Implementação de processos autoavaliativos	10%
Avaliação dos Indicadores contratualizados[2]	20%
Avaliação externa	70%

1-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2- Correspondente à verificação do envio de dados para a base nacional do e-SUS/Sisab ou ao preenchimento dos indicadores do e-SUS no sistema do PMAQ-AB e, também, à implantação do sistema por meio dos padrões de qualidade na avaliação externa.
Fonte: BRASIL, 2015.

O processo de certificação do PMAQ-AB deve ser entendido como um processo que induz "[...]mudanças tanto no modelo de atenção quanto de gestão" (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014, p. 360). A certificação foi norteada por parâmetros que permitiram comparar o desempenho entre equipes; e, as equipes que participaram do primeiro ciclo do programa, puderam também comparar seu desempenho no intervalo de um ciclo para o outro, a partir da verificação das médias de desempenho, considerando a realização da autoavaliação, os resultados dos indicadores e da avaliação externa (BRASIL 2015). No entanto, considerando a diversidade de cenários socioeconômicos, epidemiológicos e demográficos entre os municípios brasileiros, foram consideradas, no processo de certificação, as diferenças dos municípios participantes e as especificidades de respostas demandadas aos sistemas locais de saúde. Portanto, para a classificação de desempenho das equipes, os municípios foram distribuídos em seis diferentes estratos, definidos com base em critérios de equidade. O desempenho de suas equipes foi comparado à média e ao desvio-padrão do conjunto de equipes pertencentes ao mesmo estrato (BRASIL 2013b; 2015).

Para a divisão dos municípios em estratos, consideraram os aspectos sociais, econômicos e demográficos. Foi construído um índice que varia de zero a 10, composto por cinco indicadores: Produto Interno Bruto per capita; percentual da população com plano de saúde; percentual da população com bolsa família; percentual da população em extrema pobreza; e densidade demográfica. Para a composição do índice, os cinco indicadores

receberam diferentes pesos (Quadro 2). Os municípios foram distribuídos em seis estratos, de acordo com a sua pontuação total e seu porte populacional (Quadro 3) (BRASIL, 2012b).

Quadro 2- Peso dos indicadores para composição do índice de estratificação dos municípios.

Indicador	Peso
Produto interno bruto per capita	2
Percentual da população com plano de saúde	1
Percentual da população com bolsa família	1
Percentual da população em pobreza estrema	1
Densidade demográfica	1

Fonte: BRASIL, 2012b.

Quadro 3 - Critérios de estratificação dos municípios.

Estrato	Critérios de Estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes.
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

Fonte: BRASIL, 2012b.

De acordo com as Portarias GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, e GM/MS nº 1.067, de 3 de junho de 2013, a partir da avaliação externa, as equipes são classificadas em quatro categorias:

I. Desempenho insatisfatório: quando a equipe não cumpri com os compromissos previstos na Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e assumidos no termo de compromisso celebrado no momento da contratualização no PMAQ-AB e com as diretrizes e normas para a organização da atenção básica previstas na Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;

II. Desempenho mediano ou abaixo da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 50% das equipes, classificadas com os menores desempenhos, serão consideradas com o desempenho mediano ou abaixo da média;

III. Desempenho acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 34% das equipes, classificadas com desempenho intermediário, serão consideradas com o desempenho acima da média; e

IV. Desempenho muito acima da média: considerando a distribuição da Curva de Gauss, 16% das equipes, classificadas com os maiores desempenhos, serão consideradas com o desempenho muito acima da média (BRASIL, 2013b).

Conforme o desempenho das equipes, o gestor municipal passará a receber valores diferenciados do componente de qualidade do PAB Variável. A equipe classificada como insatisfatório ou desclassificada deixará de receber o valor de incentivo, a classificada como mediana permanecerá recebendo 20%, a classificada acima da média passará a receber 60% e a muito acima da média o repasse será de 100% do componente de qualidade (BRASIL, 2015).

A quarta fase do PMAQ-AB constitui o processo de recontratualização que deve ocorrer após a certificação das equipes. Caracteriza-se pela pactuação singular dos municípios com acréscimo de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB (BRASIL, 2012b). Ao mesmo tempo, o desempenho das equipes poderá ser comparado não somente com as demais equipes, mas também com a sua evolução, assegurando que o esforço empreendido pelos gestores e trabalhadores possa ser considerado no processo de certificação (BRASIL, 2015).

O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu entre 2011 a 2012, com 3972 municípios aderidos, participação de 17482 eSF, 12436 eSB e o segundo ciclo foi entre 2013 a 2014, com 5077 municípios aderidos, com 30424 eSF e 19898 eSB participando (BRASIL, 2018b). O terceiro ciclo iniciou em 2016, com um percentual de eSF contratualizadas de 97,8% com 5.324 municípios aderidos ao programa (GIOVANELLA *et al.*, 2018). Além das eSF e de outras modalidades de eAB foram incluídas também eSB e NASF. O número de municípios e de equipes que aderiram ao PMAQ-AB ao longo desses três ciclos vem aumentando consideravelmente o que evidencia um compromisso dos gestores e dos trabalhadores em função de alcançar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados na APS.

O PMAQ-AB é a principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das UBS, proporcionando uma permanente e progressiva melhoria do acesso e da qualidade na APS (TELLES, 2016). Várias são as publicações envolvendo os dados do PMAQ-AB capaz de trazer contribuições importantes para melhoria da qualidade dos serviços na APS (BARBOSA, 2014; LIMA *et al.*, 2018; MAGALHÃES e PINTO, 2014; NEVES *et al.*, 2018).

A avaliação proporcionada pelo PMAQ-AB além contribuir para a melhoria do acesso e da assistência nos municípios, pode também trazer consigo algumas limitações metodológicas, dentre elas, cabe destacar, que os dados coletados a partir de informações prestadas por coordenadores das equipes sem, portanto, serem validadas por outras fontes; ausência de representatividade da amostra de usuários, com a seleção não aleatória de pacientes entrevistados no interior da UBS e por último vinculação dos resultados da avaliação às transferências financeiras (GIOVANELLA *et al.,* 2018). Contudo, tais limitações não invalidam a análise das informações obtidas com o PMAQ-AB, sendo este, um importante instrumento de avaliação da rede de serviços primários.

Espera-se que o programa se consolide como uma estratégia para institucionalizar de fato a avaliação na APS. Segundo Giovanella *et al.,* (2018) a continuidade do PMAQ-AB possibilita o desenvolvimento conceitual e político, com repercussões em metodologias, técnicas e estratégias de avaliação e incentivo na APS. Para os autores o programa propicia também a adoção de práticas de gestão e cuidado direcionadas ao acesso e qualidade da APS, além de garantir séries temporais de dados padronizados e criteriosos que permitem mensurar o desempenho das eSF de todo o país.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Relacionar a qualidade da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB com as internações por condições sensíveis à atenção primária na população masculina no período de 2012 a 2016.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o número, a taxa e a proporção de ICSAP e taxa de internação geral na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB entre os anos de 2012 a 2016;
- Analisar a tendência das ICSAP por grupo de causas na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB nos anos de 2012 a 2016;
- Descrever os fatores socioeconômicos e as características do sistema de saúde associados às ICSAP nos anos de 2012 a 2016 relacionados à população masculina 20 a 59 anos dos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB;
- Analisar os fatores socioeconômicos e as características do sistema de saúde associados às ICSAP nos anos de 2012 a 2016 relacionados à população masculina 20 a 59 anos dos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo ou desenho de estudo

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, abordagem quantitativa, com dados secundários das bases do PMAQ-AB e dados disponíveis no site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS)- (www.datasus.gov.br), do SIH/SUS.

4.2 Universo de pesquisa

O universo de análise do estudo foram os municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, entre os anos 2013/2014, totalizando 5041 municípios aderidos ao programa. Contudo, como a adesão das equipes ao PMAQ-AB foi voluntária, apresentou uma variação no percentual de equipes participantes entre os diferentes municípios. Assim, o presente estudo, adotou como critério de inclusão municípios com 80% ou mais de adesão das suas equipes ao PMAQ-AB, sendo este um importante modo de melhorar a representatividade dos municípios, tendo assim, maioria das equipes inseridas ao programa, constituindo então um total de 3.897 municípios.

4.3 Variáveis do estudo e processamento dos dados

A variável dependente, também chamada de variável desfecho, foi a taxa de ICSAP de 2012 a 2016 na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB. Esse recorte temporal procurou trabalhar com anos anteriores e posteriores ao segundo ciclo do programa. A seleção dos dados das ICSAP, foi realizada através da lista nacional de ICSAP conforme a Portaria do MS n° 221, de 17 de abril de 2008, que é composto por 19 grupos diagnósticos divididos em 120 categorias da CID-10 com três dígitos e em 15 subcategorias com quatro dígitos (BRASIL, 2008b) (ANEXO A). Para este estudo foram utilizados 17 grupos de causas relacionadas ao sexo masculino, excluindo os grupos 17 e 19, por se tratar de doenças que acometem apenas a população feminina, referente às doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos e às doenças relacionadas ao pré-natal e parto. A seleção da faixa etária foi baseada na PNAISH (BRASIL, 2009a).

Para composição do banco de dados referentes as ICSAP foram selecionadas variáveis do SIH/SUS relativas aos pacientes (data de nascimento, sexo, local de residência e data da alta nos anos 2012 a 2016) e às internações propriamente (diagnóstico principal). Considera-se o ano da alta hospitalar como opção para definir o período-calendário, sugestão dada pelo relatório final de pesquisa do Projeto ICSAP-Brasil publicado no ano de 2012, visto que esta é a informação mais acurada do ano em que a hospitalização foi realizada, ocasião com melhor definição do diagnóstico, uma vez que a propedêutica e o tratamento já foram realizados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012).

As informações do SIH/SUS são enviadas por unidades hospitalares participantes do SUS (públicas ou particulares conveniadas) tendo como instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). A AIH habilita a internação de cada paciente e gera os valores correspondentes para pagamento do prestador de serviços, seja ele público ou contratado. Atualmente, estão em vigência dois tipos de AIH´s: AIH-1 tipo normal cuja emissão é exclusiva do órgão gestor do SUS e a AIH-5, complementar, de longa permanência, para continuidade de informações de pacientes psiquiátricos ou crônicos que permaneceram internados após o prazo de apresentação da AIH-1 (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2012). Portanto, o presente estudo considerou apenas as internações pagas pelo SUS e a utilização do tipo AIH-1.

O banco de dados referentes as internações hospitalares foi confeccionado por grupo de causas de ICSAP, estratificados por sexo (masculino) e idade (20 a 29; 30 a 39; 40 a 49 e 50 a 59 anos), número total de ICSAP e número total de internação gerais, referente a cada um dos 3.897 municípios incluídos no estudo, nos anos de 2012 a 2016.

Para a caracterização geral da ocorrência de ICSAP, foram também calculadas as taxas brutas, taxas padronizadas pelo método direto por sexo e idade e proporções de internações sensíveis. O cálculo das taxas brutas de ICSAP levou-se em conta as informações populacionais que tiveram como fonte a estimativa populacional por município, no sexo masculino e na faixa etária já definida, utilizando a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), de cada ano.

No caso deste estudo, para obter a taxa padronizada de ICSAP e das internações gerais, definiu-se como população padrão a população masculina do Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos referente ao ano 2014, procedimento que visou controlar e diminuir a influência da distribuição etária nas comparações entre as populações dos municípios brasileiros (SOUZA, DIAS-DA-COSTA, 2011).

A variável independente, também chamada de variável explicativa, referiu-se à qualidade da APS nos munícipios brasileiros. Essa variável foi extraída do banco de dados do PMAQ-AB, que contém as notas alcançadas por cada equipe de saúde no somatório das etapas de avaliação externa, autoavaliação e análise dos indicadores. Essas avaliações foram realizadas em 2013/2014 e o processo foi conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes e pela gestão, com observações de infraestrutura e condições de funcionamento das UBS, entrevista com profissionais das equipes participantes, entrevista com usuários e verificação de documentos e de informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2013b). As notas alcançadas pelas equipes, variaram de zero a 100 e que representaram os valores brutos, sendo, portanto, as notas que antecederam à etapa de certificação, não contendo, assim, a ponderação pelas variáveis socioeconômicas dos estratos.

Os resultados extraídos das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB foram agregados para o nível municipal, com o intuito de verificar a qualidade da APS nos municípios brasileiros. Sendo assim, foi necessário construir um indicador agregado para o nível municipal, a partir da nota das equipes avaliadas pelo programa. Utilizou-se para o cálculo a nota média por município, o que referiu-se a soma das notas de cada equipe dividido pelo número de equipes certificadas. Essa composição de municípios foi estratificada em dois grupos, sendo categorizados como baixa e média/alta qualidade, tendo como referência a pontuação média de cada município. Nesta pesquisa, optou-se por associar os municípios de média com alta qualidade, visto que, apenas 4,5% dos municípios alcançaram a pontuação máxima (80 pontos ou mais), deixando assim poucos municípios da amostra inseridos no grupo da alta qualidade. Com essa associação na categoria de baixa qualidade ficaram os municípios que receberam notas abaixo de 50 pontos e os categorizados como média/alta foram os municípios que receberam notas de 50 ou mais pontos.

Após estratificar os municípios brasileiros pela qualidade de assistência, fez-se necessário verificar a relação desses municípios com as taxas de ICSAP no sexo masculino de 20 a 59 anos com ajuste para variáveis socioeconômicas e características dos sistemas de saúde. Foram utilizadas como variáveis de controle: Coeficiente de Gini, total de leitos/1000 habitantes, porte municipal, porcentagem (%) de cobertura de ESF e porcentagem (%) de cobertura de planos privados de saúde, sendo obtidos respectivamente por meio do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), DATASUS – TABNET, Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), RIPSA, eGestor Informação e Gestão da Atenção Básica e

Agência Nacional de Saúde (ANS). Todas as variáveis consideradas no estudo estão descritas no quadro 4.

Quadro 4 - Descrição das variáveis do estudo

Variáveis	Descrição	Fonte
Taxa de ICSAP na população masculina	Razão entre o número de ICSAP de homens entre 20 e 59 anos e a população masculina entre 20 a 59 anos do município a cada 10.000 habitantes, padronizada pelo método direto usando como população padrão a população masculina de 20 a 59 anos do Brasil em 2014.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.
Proporção de ICSAP na população masculina	Percentual de ICSAP de homens entre 20 a 59 anos em relação ao total de internações por todas as causas entre homens de 20 a 59 anos no município para cada ano.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.
Número de ICSAP na população masculina	Número absoluto de ICSAP de homens entre 20 a 59 anos.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.
Taxa de internação geral na população masculina	Razão entre o número de internação geral de homens entre 20 e 59 anos e a população masculina entre 20 a 59 anos do município a cada 10.000 habitantes, padronizada pelo método direto usando como população padrão a população masculina de 20 a 59 anos do Brasil em 2014.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.
Qualidade da APS nos munícipios brasileiros	Média da nota da avaliação das equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB, em determinado município. Qualidade Baixa: 0 a 49,99 pontos; Qualidade Média/Alta: 50 e mais pontos.	Segundo ciclo do PMAQ-AB, anos 2013/2014.
Coeficiente de gini	Mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capta de uma determinada população e em um determinado espaço geográfico. O valor varia de zero (perfeita igualdade) até 01 (a desigualdade máxima). Os municípios foram classificados como baixa desigualdade: índice menor que 0,4; média desigualdade: entre 0,4 e 0,49 e alta desigualdade: maior que 0,49.	IPEA, 2010.
Total de leitos/1000 habitantes	Leitos de internação existentes/população padrão e multiplicado por 1000.	DATASUS–TABNET e RIPSA, 2012 a 2016.
Porte municipal	Classificação dos municípios segundo sua população: Pequeno porte I – até 20.000 hab. Pequeno porte II – até de 20.001 a 50.000 hab. Médio porte – de 50.001 a 100.000 hab. Grande porte – de 100.001 a 900.000 hab. Metrópole – mais de 900.000 hab.	RIPSA, 2012 a 2016.
Porcentagem (%) de cobertura de ESF	Cobertura populacional de equipes de saúde da família no município, obtida pelo site: www.e-gestorab.saude.gov.br. Cobertura classificada. Baixa: menor 50%; média: entre 50 e 70% e alta: maior 70%.	eGestor Informação e Gestão da Atenção Básica, 2012 a 2016.
Porcentagem (%) de cobertura de planos privados de saúde	Razão entre número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde e a população da área, por 100.	ANS e RIPSA, 2012 a 2016.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.4 Análise estatísticas dos dados

4.4.1 Análise descritiva

Para análise descritiva e processamento dos dados foram utilizados o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 e o software R versão 3.6.0. Foram realizadas análises descritivas das variáveis independentes e dependentes por município, as variáveis contínuas foram descritas com medidas de tendência central, dispersão e posição e as variáveis categóricas com frequências absolutas e relativas.

4.4.2 *Análise inferencial*

Para verificar se a taxa média de ICSAP apresenta tendência significativa ao longo do tempo, assim como para comparar as médias das taxas em relação a qualidade da APS nos munícipios brasileiros foi utilizado o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE) que é um caminho para contabilizar a correlação existente entre as medidas repetidas (LIAN e ZEGER, 1986). O modelo GEE é conhecido como um dos modelos marginais e pode ser considerado uma extensão de Modelos Lineares Generalizados, que diretamente incorporam a correlação entre as medidas da mesma unidade amostral (MCCULLAGH; NELDER, 1989).

Em modelos de regressão o fato do mesmo município ser medido mais de uma vez, gera uma estrutura de agrupamento que deve ser devidamente tratada, uma vez que viola o pressuposto básico de independência das observações. Na presença de dados agrupados, pressupõe-se que existe correlação entre as observações da mesma unidade amostral e que não existe nenhuma correlação entre as observações de unidades distintas.

A variável de interesse (taxa de ICSAP) apresenta distribuição assimétrica com cauda à direita e, dessa forma, foi utilizada uma Regressão Marginal Log-Linear Gama, que é a distribuição mais apropriada para variáveis com essas características. A distribuição Gama abrange valores numéricos não-negativos, logo foi necessário somar um pequeno valor (0,001) à todas as taxas de internação, uma vez que alguns municípios não apresentaram internações em determinados anos. Como o valor foi adicionado à todas as taxas, a alteração não produziu viés nas inferências do modelo.

Para a seleção das variáveis de controle foi utilizado o método *Stepwise*. O método *Stepwise* é definido como uma mescla dos métodos *Backward* e *Forward* (EFROYMSON, 1960). Na análise univariada as variáveis que apresentarem um valor-p< 0,20 foram

selecionadas para a análise multivariada pelo método *forward*. Na análise multivariada foi aplicado o método *Backward*, que consiste em retirar da análise, uma variável por vez que tenha o maior valor-p, repetindo o procedimento até que fique no modelo final somente variáveis significativas. Para a modelo multivariável foi adotado um nível de 5% de significância.

Utilizou-se o software R versão 3.6.0 com auxílio do pacote geepack (HALEKOH *et al.*, 2006).

4.5 Aspectos Éticos

O estudo cumpre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/5/2012, registro 28804.

5 RESULTADOS

O número total, a taxa e a proporção de ICSAP no sexo masculino na faixa etária 20 a 59 anos, nos anos 2012 a 2016, dos 3.897 municípios brasileiros inseridos no estudo, apresentaram diminuição e a taxa de internações gerais, oscilou nos primeiros três anos e nos dois últimos anos apresentou queda conforme descritas na Tabela 1. No ano de 2012, o número médio de ICSAP foi 54,89 (DP:260,56) internações por município e em 2016 foi de 48,07 (DP:243,22) variando entre zero e 13.243. A média da taxa de ICSAP foi de 80,38 (DP:70,75) no ano de 2012 e atingiu em 2016 o valor de 66,07 (DP:60,65). As internações sensíveis representaram em média 19% no ano de 2012 do total de internações gerais e em 2016 alcançou 16,9%. A média da taxa de internação geral apresentou oscilação nos anos 2012, 2013 e 2014 de 401,44 (DP:176,44), 397,02 (DP:176,56), 404,11(DP: 177,55), e a partir de 2014 houve queda, atingindo 393,71 (DP:182,48) em 2016.

Tabela 1 - Análise descritiva das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

(continua)

ICSAP[2]	Ano	Média	DP[3]	Min.[4]	Q1[5]	Mediana	Q3[6]	Máx.[7]
ICSAP 20-59a	**2012**	54,89	260,56	0	7	19	55	13784
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		80,38	70,75	0	35,67	61,03	104,97	1092,56
Proporção ICSAP 20-59a		19	10,96	0	11,49	17,03	24,69	75
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		401,44	176,44	0	276	383	502	2400
ICSAP 20-59a	**2013**	53,76	259,13	0	7	19	53	13884
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		76,65	68,75	0	34,69	58,31	97,71	1095,54
Proporção ICSAP 20-59a		18,38	10,67	0	11,11	16,30	23,58	74,07
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		397,02	176,56	0	273,31	379,48	493,22	1784,07
ICSAP 20-59a	**2014**	51,85	250,99	0	7	18	50	13590
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		74,04	67,60	0	32	56	92	919
Proporção ICSAP 20-59a		17,50	10,30	0	10	16	22	74

Tabela 1-Análise descritiva das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

(conclusão)

ICSAP[2]	Ano	Média	DP[3]	Min.[4]	Q1[5]	Mediana	Q3[6]	Máx.[7]
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		404,11	177,55	9	278	384	501	1579
ICSAP 20-59a	**2015**	49,85	244	0	6	17	49	13213
Taxa padronizada ICSAP-20-59a		68,92	62,32	0	30	52	88	632
Proporção ICSAP 20-59a		16,73	9,95	0	10	14,65	21,43	77,78
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		396,02	179,65	0	267,62	373,97	488,72	1703,84
ICSAP 20-59a	**2016**	48,07	243,22	0	6	16	47	13243
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		66,07	60,65	0	29,15	49,64	81,98	699,18
Proporção ICSAP 20-59a		16,09	9,34	0	9,84	14,43	20,45	80
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		393,71	182,48	15,52	270,64	367,49	483,66	2149,95

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2-Internações por condições sensíveis à atenção primária; 3-Desvio padrão; 4-Minimo; 5-Primeiro quartil; 6-Terceiro quartil; 7-Máximo.
Fonte: dados da pesquisa.

As tabelas 2 e 3 apresentam as características das variáveis independentes. A cobertura média da ESF no ano de 2012 foi de 87,29%, tendo 82,6% dos municípios uma alta cobertura. E nos últimos anos variou de 88,07% a 90,16% e a média dos municípios com alta cobertura foi 83,6% a 86,9%. Ao analisar a média de planos privados de saúde nos municípios nos anos de 2012 a 2016 observou-se que nos três primeiros anos houve um aumento da cobertura média de planos privados de saúde de 7,85% (DP:10,34%), 8,16% (DP:10,42) e 8,50% (DP:10,53). E em 2015 e 2016 houve uma queda da cobertura média de planos privados de saúde alcançando 8,48% (DP:10,40) e 8,31% (DP:10,13). O número de leitos por cada mil habitantes nos anos de 2012 a 2016 diferenciou de zero a 24 dentre os municípios estudados, com média que variou de 1,46% (DP:1,83) a 1,37% (DP:1,77). Quanto ao porte, nos anos de 2012 a 2016 variaram em torno de 90% dos municípios com população inferior a 50 mil habitantes, sendo categorizados como pequeno porte I em 2012 (n:2792) e 2016 (n:2760) e pequeno porte II em 2012 (n:716) e em 2016 (n:735). O coeficiente de Gini referente ao último censo de 2010 considerou alta desigualdade 54,4% dos municípios e baixa desigualdade 6,2% dos municípios.

Quanto à qualidade da APS medida pela nota da avaliação do PMAQ ocorrida entre os anos 2013/2014, a nota máxima alcançada, em uma escala de zero a 100, foi de 80,54, com média de 53,43 (DP:10,12).

Tabela 2 - Características descritivas das variáveis independentes contínuas. Municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

Variáveis	Ano	Média	DP[2]	Min.[3]	Q1[4]	Mediana	Q3[5]	Max.[6]
Cobertura Estratégia Saúde da Família	2012	87,29	22,53	0	83,66	100	100	100
	2013	88,04	21,66	0	85,71	100	61	100
	2014	88,07	20,93	0	84,35	100	100	100
	2015	89,73	19,11	0	87,94	100	100	100
	2016	90,16	18,69	0	88,77	100	100	100
Leitos/1000 habitantes	2012	1,46	1,83	0	0	1	2	23
	2013	1,44	1,81	0	0	1	2	23
	2014	1,42	1,81	0	0	1	2	24
	2015	1,39	1,78	0	0	1	2	23
	2016	1,37	1,77	0	0	1	2	23
Cobertura plano de saúde	2012	7,85	10,34	0	1,21	3,55	10,28	85,09
	2013	8,16	10,42	0	1,29	3,80	10,91	95,31
	2014	8,50	10,53	0	1,39	4,10	11,51	70,49
	2015	8,48	10,40	0	1,39	4,12	11,64	77,96
	2016	8,31	10,13	0	1,37	4,12	11,41	88,38
Qualidade da APS[7]	2013/ 2014	53,43	10,12	17,56	46,61	53,76	60,51	80,54

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Desvio padrão; 3-Minimo; 4-Primeiro quartil; 5-Terceiro quartil; 6-Máximo; 7-Atenção Primária à Saúde.

Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 3 - Características descritivas das variáveis independentes categóricas. Municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

(continua)

Variáveis		2012		2013		2014		2015		2016	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Porte Municipal	Pequeno porte I	2792	71,6	2787	71,5	2779	71,3	2769	71,1	2760	70,8
	Pequeno porte II	716	18,4	719	18,5	719	18,5	727	18,7	735	18,9
	Médio porte	214	5,5	213	5,5	219	5,6	217	5,6	216	5,5
	Grande porte	168	4,3	171	4,4	173	4,4	177	4,5	179	4,6
	Metrópole	7	0,2	7	0,2	7	0,2	7	0,2	7	0,2
Cobertura ESF[2]	Alta	3220	82,6	3074	78,9	3256	83,6	3348	85,9	3385	86,9
	Média	331	8,5	515	13,2	337	8,6	313	8	298	7,6
	Baixa	345	8,9	307	7,9	304	7,8	236	6,1	214	5,5

Tabela 3 - Características descritivas das variáveis independentes categóricas. Municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

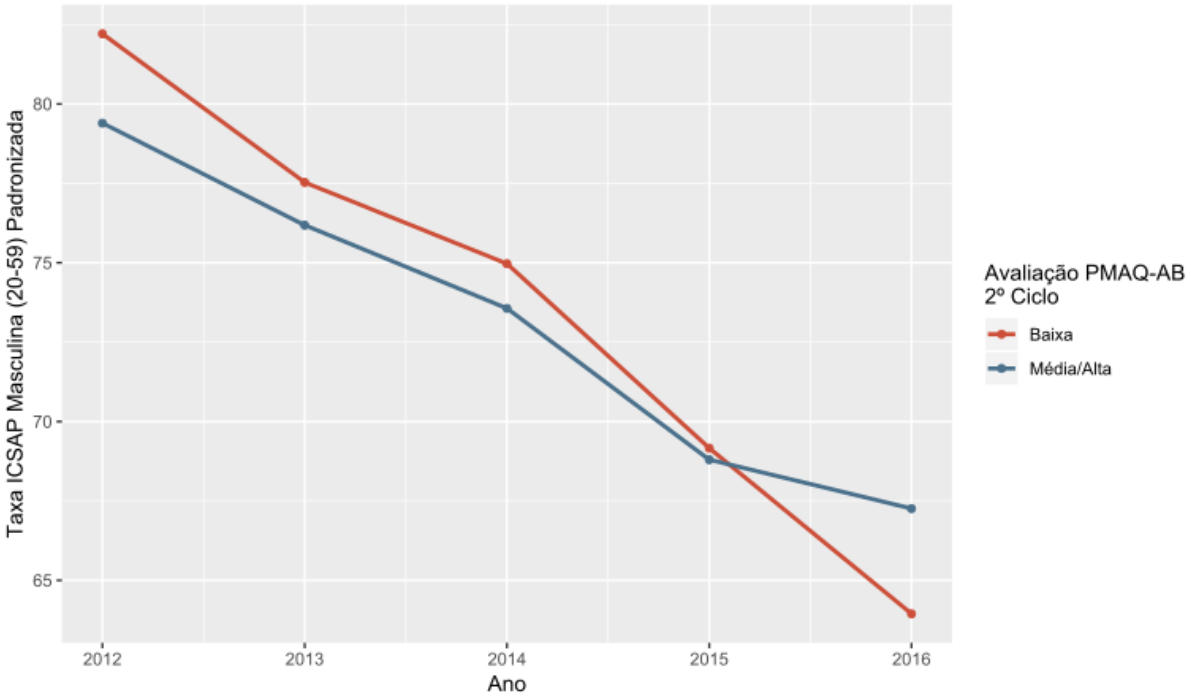
(conclusão)

Coeficiente de Gini[3]	Desigualdade					
	Baixa		Média		Alta	
	N	%	N	%	N	%
	242	6,2	1535	39,4	2120	54,4

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2-Estratégia Saúde da Família; 3-Referente ao censo de 2010.
Fonte: dados da pesquisa.

A figura 1 mostra a relação da taxa média de internações sensíveis na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 com a qualidade da APS nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB. É possível observar diminuição das taxas de ICSAP nos municípios classificados como baixa qualidade e nos municípios classificados como média/alta qualidade da APS. A partir de 2014 nota-se uma queda mais acentuada na taxa média de ICSAP nos municípios de baixa qualidade em relação aos municípios de média/alta qualidade da APS.

Figura 1 - Relação entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e a qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.



1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
Fonte: dados da pesquisa.

A tabela 4 apresenta a análise univariada da taxa média de ICSAP na população masculina em relação a qualidade da APS nos municípios participantes do estudo. Observou que em nenhum dos anos houve diferença significativa (valor-p >0,05) na taxa média de ICSAP entre os municípios classificados como baixa qualidade e média/alta qualidade da APS entre 2012 a 2016.

Tabela 4 - Análise univariada da influência da qualidade da atenção primária sob a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016.

Ano	Qualidade da APS[2]	Exp(β)[I.C. 95%][3]	Valor-p
2012	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	0,96 [0,90; 1,02]	0,157
2013	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	0,98 [0,93; 1,03]	0,394
2014	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	0,99 [0,94; 1,05]	0,846
2015	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,01 [0,96; 1,07]	0,640
2016	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,03 [0,97; 1,09]	0,298

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Atenção Primária à Saúde; 3-Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa

Houve tendência significativa (valor-p < 0,001), de forma univariada, na média da taxa de ICSAP no sexo masculino no período de 2012 a 2016 em relação a qualidade da APS. Os municípios de baixa qualidade apresentaram uma queda média de 6% [5%; 7%] ao ano na taxa ICSAP e os municípios de média/alta qualidade tiveram uma queda média de 4% [3%; 5%] ao ano, porém, nessa análise não se pode afirmar que houve diferença significativa em relação as taxas ICSAP nos munícipios de baixa e de média/alta qualidade, pois os intervalos de confiança se sobrepõem [0,93;0,95 e 0,95;0,97] (tabela 5).

Tabela 5 - Análise univariada da tendência entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e a qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

Qualidade da APS[2]	Exp(β)[I.C. 95%][3]	Valor-p
Baixa	0,94 [0,93; 0,95]	< 0,001
Média/Alta	0,96 [0,95; 0,97]	< 0,001

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Atenção Primária à Saúde; 3-Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa

Na análise univariada dos fatores socioeconômicos e das características do sistema de saúde associados às ICSAP na população masculina nos municípios do estudo apresentaram associação inversa com o porte municipal e com o percentual de plano de saúde. Houve diminuição das ICSAP em municípios de maior porte e com maior porcentagem de população coberta por planos de saúde. Já a associação direta ocorreu com o coeficiente de gini e com o número de leitos, demonstrando aumento das ICSAP à medida que aumenta a desigualdades sociais e os números de leitos. A baixa e a média cobertura ESF apresentaram associação marginalmente significativa (tabela 6).

Tabela 6 - Análise univariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016.

Variáveis		Exp(β)[I.C.95%][2]	Valor-p
Coeficiente de gini[3]	Desigualdade baixa	1,00	-
	Desigualdade média	1,12 [1,03; 1,23]	0,013
	Desigualdade alta	1,12 [1,02; 1,23]	0,017
Número de leitos		1,15 [1,14; 1,17]	< 0,001
Porte municipal	Metrópole	1,00	-
	Grande porte	0,90 [0,67; 1,19]	0,460
	Médio porte	1,20 [0,90; 1,59]	0,213
	Pequeno porte II	1,48 [1,12; 1,96]	0,005
	Pequeno porte I	1,41 [1,06; 1,86]	0,017
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Alta	1,00	-
	Média	1,02 [1,00; 1,05]	0,056
	Baixa	1,03 [1,00; 1,06]	0,057
% de planos de saúde (10%)		0,93 [0,91; 0,95]	< 0,001

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2- Intervalo de Confiança; 3-Referente ao ano de 2010.
Fonte: dados da pesquisa

Na análise multivariada, entraram para o modelo inicial todas as variáveis analisadas na univariada que apresentaram valor-p< 0,20. Após a aplicação do método *backward,* apenas o número de leitos, porte municipal e porcentagem de planos de saúde foram as variáveis que mostraram associação significativa com o desfecho do estudo de maneira multivariada (valor-p< 0,05). Em relação ao número de leitos, a cada 01 leito por 1000 habitantes ocorre um aumento médio de 14% [13%; 16%] nas taxas de ICSAP. Os municípios de pequeno porte II apresentam um aumento médio 38% [3%; 83%] nas taxas de ICSAP em comparação as metrópoles. E por fim os planos de saúde, que em cada aumento de 10% na cobertura de planos de saúde ocorre diminuição de 4% [2%; 5%] da taxa de ICSAP (tabela 7).

Tabela 7 - Análise multivariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016.

Variáveis		Modelo Inicial		Modelo Final	
		Exp(β)[I.C95%][2]	Valor-p	Exp(β)[I.C95%]	Valor-p
Coeficiente de Gini[3]	Desigualdade baixa	1,00	-		
	Desigualdade média	1,03 [0,95; 1,12]	0,492		
	Desigualdade alta	1,00 [0,91; 1,09]	0,942		
Número de leitos		1,14 [1,13; 1,16]	< 0,001	1,14 [1,13; 1,16]	< 0,001
Porte Municipal	Metrópole	1,00	-	1,00	-
	Grande porte	0,90 [0,69; 1,18]	0,448	0,90 [0,68; 1,20]	0,489
	Médio porte	1,15 [0,88; 1,51]	0,308	1,16 [0,87; 1,54]	0,315
	Pequeno porte II	1,37 [1,04; 1,79]	0,024	1,38 [1,03; 1,83]	0,029
	Pequeno porte I	1,30 [0,99; 1,71]	0,061	1,31 [0,99; 1,75]	0,062
Cobertura ESF[4]	Alta	1,00	-		
	Média	1,01 [0,99; 1,03]	0,386		
	Baixa	1,01 [0,98; 1,04]	0,442		
% de planos de saúde (10%)		0,96 [0,94; 0,98]	< 0,001	0,96 [0,95; 0,98]	< 0,001

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Intervalo de Confiança. 3-Referente ao ano de 2010. 4-Estratégia Saúde da Família.
Fonte: dados da pesquisa

Após controle das variáveis socioeconômicas e das características dos serviços de saúde foi evidenciado que a qualidade da APS representada pelos municípios de baixa e média/alta qualidade continua não apresentando diferença significativa (valor-p>0,05) nas taxas de ICSAP no sexo masculino na faixa etária em estudo referente aos anos de 2012 a 2016 (tabela 8).

Tabela 8 – Análise da influência da qualidade da atenção primária sob a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1] controlada pelas variáveis socioeconômicas e características do sistema de saúde - Brasil, 2012 a 2016.

Ano	Qualidade da APS[2]	Exp(β)[I.C.95%][3]	Valor-p
2012	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	0,98 [0,93; 1,03]	0,460
2013	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,00 [0,95; 1,05]	0,893
2014	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,01 [0,97; 1,06]	0,592
2015	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,03 [0,98; 1,08]	0,246
2016	Baixa	1,00	-
	Média/Alta	1,05 [0,99; 1,10]	0,099

1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Atenção Primária à Saúde. 3-Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa.

A análise da tendência da taxa média de ICSAP no sexo masculino com controle dos fatores socioeconômicos e das características do sistema de saúde permaneceu significativa (valor-p< 0,001) em ambas as qualidades da APS. Os municípios de baixa qualidade apresentaram uma queda média de 5% [4%; 6%] ao ano na taxa ICSAP e os municípios de média/alta qualidade apresentaram uma queda em média de 4% [3%; 5%] ao ano, porém, como há sobreposição dos intervalos de confiança não é possível afirmar que houve diferença na tendência de redução de taxa de ICSAP para os dois grupos de municípios [0,94;0,96 e 0,95;0,97] (tabela 9).

Tabela 9 - Análise da tendência controlada pelas variáveis socioeconômicas e características do sistema de saúde entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

Qualidade da APS[2]	Exp(β)[I.C.95%][3]	Valor-p
Baixa	0,95 [0,94; 0,96]	< 0,001
Média/Alta	0,96 [0,95; 0,97]	< 0,001

1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2- Atenção Primária à Saúde. 3-Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa.

A tendência dos grupos de causas de ICSAP no sexo masculino na faixa etária de 20 a 59 anos apresentou em sua maioria uma redução das causas, com destaque para gastroenterites com diminuição em média 8% [7%; 9%] ao ano, com redução de 27,27%, comparando-se a taxa de 2012 e 2016, a HAS, com redução de 7% [5%; 8%] ao ano, insuficiência cardíaca com redução de 5% [4%; 6¨%] ao ano e deficiências nutricionais com diminuição de 4% [2%; 6%] ao ano, com redução de 19,52% comparando 2012 e 2016. Houve tendência significativa (valor-p< 0,001) de crescimento nas taxas média de internações referentes as infeções de pele e tecido subcutâneo de 3% [2%; 4%] ao ano, sendo que a diferença percentual no período foi de 13,35%. As causas relacionadas as anemias (p= 0,836), infecção de ouvido e garganta (p= 0,514) e epilepsia (p= 0,227) não apresentaram tendência significativa no período de análise (Tabela 10).

Tabela 10 - Tendência por grupo de causas das internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

Grupos de causa	Exp(β)[I.C.95%][2]	Valor-p	Tendência	Amplitude média (%)
Doenças imunupreviníveis	0,96 [0,95; 0,98]	< 0,001	Redução	-14,27%
Gastroenterites	0,92 [0,91; 0,93]	< 0,001	Redução	-27,27%
Anemia	1,00 [0,98; 1,02]	0,836	Estabilidade	1,36%
Deficiências nutricionais	0,96 [0,94; 0,98]	< 0,001	Redução	-19,52%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,01 [0,98; 1,04]	0,514	Estabilidade	10,27%
Pneumonias bacterianas	0,96 [0,94; 0,97]	< 0,001	Redução	-14,14%
Asma	0,96 [0,94; 0,98]	< 0,001	Redução	-14,78%
Doenças pulmonares	0,95 [0,94; 0,97]	< 0,001	Redução	-17,27%
Hipertensão	0,93 [0,92; 0,95]	< 0,001	Redução	-25,49%
Angina	0,99 [0,98; 1,00]	< 0,001	Redução	-3,77%
Insuficiência cárdica	0,95 [0,94; 0,96]	< 0,001	Redução	-19,05%
Doenças cerebrovasculares	0,99 [0,98; 1,00]	0,003	Redução	-5,14%
Diabetes mellitus	0,97 [0,97; 0,98]	< 0,001	Redução	-10,42%
Epilepsias	0,99 [0,98; 1,01]	0,227	Estabilidade	-0,29%
Infecção nos rins e trato urinário	0,96 [0,96; 0,97]	< 0,001	Redução	-14,16%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,03 [1,02; 1,04]	< 0,001	Crescimento	13,35%
Ulcera gastrointestinal	0,98 [0,97; 0,99]	< 0,001	Redução	-10,33%

1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa.

Para verificar se houve uma mudança significativa na taxa média de ICSAP na população masculina após o ano de 2014 foi realizada uma análise da inclinação da curva apresentada na figura 1. Essa análise mostra que antes de 2014 a redução da taxa média de ICSAP nos municípios de baixa qualidade da APS foi em média 4,5% [3%; 6%] ao ano e após 2014 a redução foi em média de 7,5% [5%; 10%] ao ano, sendo a diferença percentual de -3,29% (valor p <0,001). Nos municípios de média/alta qualidade da APS antes de 2014 houve uma redução da taxa média de ICSAP de 2,7% [2,5%; 4,9%] ao ano e após 2014 essa redução foi em média de 2,2% [0,1%; 4,3%] ao ano, com diferença percentual de 1,54% (valor p <0,05) (tabela 11).

Tabela 11 - Análise da alteração na inclinação da curva da taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1], antes e após 2014 - Brasil, 2012 a 2016.

Qualidade	Inclinação até 2014		Inclinação depois de 2014		Diferença percentual
	Exp(β)[I.C.95%][2]	Valor-p	Exp(β)[I.C.95%]	Valor-p	
Baixa	0,955 [0,94; 0,97]	< 0,001	0,925 [0,90; 0,95]	< 0,001	-3,29%
Média/Alta	0,963 [0,951; 0,975]	< 0,001	0,978 [0,957; 0,999]	0,037	-1,54%

1 - Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Intervalo de Confiança.

Fonte: dados da pesquisa.

6 DISCUSSÃO

O número total, a taxa, a proporção de ICSAP nos anos 2012 a 2016 e a taxa de internações gerais a partir de 2014 no sexo masculino na faixa etária 20 a 59 anos apresentaram diminuição, fato esse que pode ser verificado em alguns estudos com enfoque municipal e de abrangência nacional envolvendo tanto o sexo masculino quanto o feminino. No Estado do Rio Grande do Sul, nos anos de 1995 a 2005 foi evidenciado em quase todos os municípios uma tendência de diminuição das taxas de ICSAP a partir de 2001, em indivíduos de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 59 anos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2010). Em Belo Horizonte, os autores identificaram nos anos 2010 a 2013 uma redução no número de ICSAP em relação ao total de internações gerais (MENDONÇA *et al.*, 2017). Em Rondônia, no mesmo período de análise dessa pesquisa (2012 a 2016) observou queda progressiva na proporção de ICSAP, sendo essa queda mais acentuada nos homens do que nas mulheres (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019). No Estado da Bahia e no Brasil, no período de 2000 a 2010 na população masculina de 20 a 59 anos observaram redução nas taxas de internações gerais na maioria dos grandes grupos de causas (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2017).

Uma revisão de literatura acerca de estudos publicados no Brasil sobre as ICSAP, com grande parte das publicações concentradas no sul e o sudeste do país, apresentou redução das taxas de internações (LENTSCK *et al.*, 2016). Outro estudo conduzido por Pinto e Giovanella (2018) no período de 2001 a 2016 evidenciaram no Brasil uma redução em 45% das taxas padronizadas de ICSAP por 10.000 habitantes. E quando analisaram a proporção das ICSAP no Brasil em relação ao total de internações por sexo, em toda faixa etária constataram um declínio ao longo dos anos, com maiores diferenças para o sexo masculino (que passou de 18% para 14%). Apesar das listas de ICSAP serem diferentes e variar de acordo com o contexto de cada país, a literatura internacional também traz estudos que demonstraram declínios nas taxas de ICSAP. Na Itália em populações maiores de 18 anos (ROSANO *et al.*, 2012). Na Inglaterra, Espanha e Colômbia envolvendo todas as faixas etárias (GONZÁLEZ-VÉLEZ *et al.*, 2019; THYGESEN *et al.*, 2015).

Em relação às diferenças entre sexos, estudos avaliando tendência das ICSAP, apontam ausência de um padrão do sexo mais prevalentes, havendo grande heterogeneidade nas internações. Souza e Peixoto (2017), notaram em seu estudo que as mulheres apresentaram, proporcionalmente, maior gasto com ICSAP, na comparação com a população masculina, ressaltando-se que essa diferença foi mais acentuada nas faixas etárias de 5-19 e 20-59 anos. Estudos realizados em municípios do sul de Minas Gerais e no Distrito Federal entre 2008 a

2012 envolvendo homens e mulheres de todas as faixas etárias, houve predomíniog do sexo masculino em um estudo e no outro o sexo feminino apresentou maior frequência de internações (AVELINO *et al.,* 2015; SOUSA *et al.,* 2016). No Estado de Rondônia no período de 2012 a 2016 envolvendo homens e mulheres de todas as faixas etárias, houve maior número de pessoas do sexo feminino (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019). Já no Espirito Santo, evidenciou-se maior parte de internações no sexo masculino (LUCIANO; DIAS, 2016). Diante da literatura consultada, pode-se concluir que, para o Brasil como um todo, as taxas de ICSAP por sexo podem variar dependendo da região em estudo.

Quando avaliado a tendência dos grupos de causas de internações sensíveis na população estudada, verificou-se redução na maioria dos grupos diagnósticos, sendo que as reduções mais acentuadas ocorrem nas gastroenterites, HAS, insuficiência cardíaca e deficiências nutricionais. Segundo resultados da PNS (IBGE, 2013) há maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de HAS e diabetes do que em relação a população masculina. Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, nos anos de 2000 a 2007 teve entre os grupos de causas com maior queda as gastroenterites (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012). Estudo conduzido em Goiás 2005 a 2015, apresentou tendência decrescente dos casos de ICSAP para o sexo masculino em toda as faixas etárias e com tendência de redução na maioria dos grupos de causas, com destaque para HAS, seguida das gastroenterites e insuficiência cardíaca (MAIA *et al.,* 2019). No Paraná de 2000 a 2011 as taxas de internação por condições cardiovasculares declinaram em ambos os sexos na faixa etária de 35 a 74 anos (LENTSCK; LATORRE; MATHIAS, 2015). Estudo recente abarcando os anos 2009 a 2018 identificou no Distrito Federal, reduções nos grupos das doenças cardiovasculares como HAS, insuficiência cardíaca e angina na população adulta (20-59 anos) e idosa (maiores de 60 anos) (PINTO *et al.,* 2019). Estudo a nível nacional evidenciou no período de 2010 a 2015, queda progressiva anual das internações por HAS, favorecendo a redução dos custos, principalmente no sexo masculino na faixa etária menor que 60 anos (DANTAS *et al.,* 2018).

Dentre os grupos de causas deste estudo que não acompanhou a tendência de redução, é válido citar, de modo isoladamente as infecções da pele e tecido subcutâneo que teve uma tendência de crescimento. Confirmando resultados de estudos recentes, um desenvolvido em Goiás, com a população masculina de todas faixas etárias, outro realizado no Estado de Rondônia envolvendo toda a população, encontraram que as infecções da pele e tecido subcutâneo são uma das condições mais frequentemente causadoras de ICSAP (MAIA *et al.,* 2019; SANTOS, LIMA e FONTES, 2019). No Distrito Federal, evidenciou-se dentre os principais grupos de causas de internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) as

infecções de pele e tecido subcutâneo, no sexo masculino na faixa etária de 20 a 29 anos (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016). Mesmo considerando os importantes avanços na redução das mortes pelas DIP, estas ainda são uma das principais causas de internações dos homens adultos no Estado da Bahia (SANTOS JUNIOR *et al.*, 2017). Observa-se conforme publicações anteriores que as DIP continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil e necessitam ser melhores investigadas.

Diante dos resultados encontrados nesta pesquisa pode-se inferir algumas explicações possíveis para a diminuição das taxas de ICSAP na população estudada. Parte desse declínio pode ser atribuído à expansão e consolidação da ESF. Segundo Alfradique *et al*., (2009) as ICSAP são utilizadas como importante indicador de desempenho da ESF no Brasil e baixas taxas de ICSAP podem estar associadas a melhorias na cobertura dos serviços primárias e/ou alta resolutividade da APS. Uma rede integrada de APS favorece ao aumento do acesso a serviços médicos básicos em todo o país resultando na melhoria da saúde do adulto, reduzindo a necessidade de internações hospitalares por meio de um melhor diagnóstico e tratamento das doenças (MACINKO *et al.*, 2011). A redução da grande maioria das ICSAP deve estar vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, na facilidade do acesso aos medicamentos e na coordenação do cuidado pelas eSF (PINTO e GIOVANELLA, 2018; PINTO *et al.*, 2019). A expansão da cobertura é um passo inicial e condicionante para ampliar o acesso da população ao sistema de saúde (CORRÊA *et al.*, 2019). Outros autores associam o declínio na taxa de ICSAP com investimentos que vêm sendo feitos progressivamente na APS (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014). Estudo recente evidenciou redução nas taxas de ICSAP sugerindo que, na última década, os esforços de ampliação dos cuidados em APS tiveram maiores efeitos na redução de internações em adultos de ambos os sexos, concentrados principalmente no grupo etário de 40-59 anos (PINTO *et al.*, 2019).

Os avanços da ESF e sua influência na saúde da população pode ter favorecido a inserção desse grupo específico do estudo aos cuidados oferecidos na APS. Embora diversas publicações trazem que a clientela masculina procura pouco os serviços de saúde (ABREU *et al.*, 2018a; CARNEIRO *et al.*, 2016; LEVORATO *et al.*, 2014), não adotam práticas de autocuidado (SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017; VIANA *et al.*, 2015), preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou unidade emergenciais, que respondem mais objetivamente as suas demandas (CHAVES, FERNANDES e BEZERRA, 2018; SANTOS JUNIOR *et al.*, 2017), observa-se que de alguma maneira esse grupo está recebendo cuidados

essenciais à saúde, o que pode ter contribuído para a queda na taxa de ICSAP de 2012 a 2016 e na taxa de internações gerais a partir de 2014.

Um inquérito domiciliar de base populacional, realizado com homens de 20 a 59 anos residentes no Município de Maringá, Paraná, mostrou uma alta prevalência de utilização dos serviços de saúde primários por homens adultos (ARRUDA; MARCON, 2016). Outro estudo mais recente conduzido por Arruda, Mathias e Marcon (2017) indicou que os homens que mais utilizaram serviços públicos de saúde foram aqueles com baixa escolaridade, sem plano de saúde, sem companheira, desempregados e muitos desses homens declararam buscar os serviços de saúde por doenças, algum outro sintoma ou urgências. O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado na PNS (IBGE, 2013), em que a proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de, 56,8% em 2008 e alcançou 65,5% em 2013. Estudos trazem que o acesso a consulta médica nos serviços de nível primário, da população brasileira aumentou gradualmente e em 2013 foi evidenciado aumento para ambos os sexos (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Um outro trabalho realizado em municípios paulistas e paranaenses entre 2011 e 2014, evidenciou aumento no número de consultas médicas na APS de crianças menores de um ano, adultos e idosos (SILVA *et al.*, 2016). Nesse mesmo estudo foi observado mudança marcante no tipo de serviço que os brasileiros consideram como fonte usual de cuidado, com declínio na proporção de paciente que procuraram o hospital ou pronto-socorro de 35% em 1998 para 21% em 2013 (SILVA *et al.*, 2016). Um estudo longitudinal australiano envolvendo homens de 18 a 55 anos identificou que 81% dos homens foram assistidos por um médico de serviços primários, conhecidos como *General Practitioners* (GPs) pelo menos uma vez em 2013 a 2014, mas salientaram que essa proporção ainda é insuficiente em comparação com as consultas de mulheres (SCHLIICHTHORST *et al.*, 2016). Mais outro estudo também desenvolvidos na Austrália identificam que os homens são mais propensos a auto monitorar seu estado de saúde por mais tempo e recorrer as informações de forma independente antes de procurar um serviço de saúde (SMITH *et al.*, 2008). Grande parte dos estudos trazem que o maior impacto das ICSAP encontram-se nos estremos de idade (crianças e idosos) (BOTELHO e PORTELA, 2017; DOURADO *et al.*, 2011; MAGALHÃES e MORAIS NETO, 2017; MACINKO *et al.*, 2010). Estudos internacionais também confirmam essa afirmação (ANSARI *et al.*, 2012; KIM *et al.*, 2019).

Entretanto, apesar das melhorias ocorrias na APS, dos avanços da cobertura da ESF e principalmente da influência desses fatores na redução das ICSAP, existem publicações que trazem resultados contrários (ARAUJO *et al.*, 2017; SANTOS, LIMA FONTE, 2019; SILVA; POWELL-JACKSON, 2017). Assim, não somente as melhorias da APS podem estar associadas

a redução das ICSAP, mas também a existência de múltiplos fatores, incluindo as variáveis socioeconômicas e as características dos sistemas de saúde. Então, para melhor avaliar as taxas de ICSAP fez-se necessário realizar ajuste para algumas variáveis, pois de acordo com a literatura esses fatores podem influenciar na ocorrência das ICSAP (CHUN, KIM e PARK, 2018; DIMITROVOVÁ e PERELMAN, 2016).

Um dos indicadores socioeconômicos utilizado nesta investigação foi coeficiente de Gini, que segundo o Ipea (2015) é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo e apontar a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos**.** Esse indicador manteve associação direta significativa com a taxa média de ICSAP na análise univariada. Estudos prévios apontam para maiores taxas de ICSAP entre a população com piores condições socioeconômicas (CASTRO *et al.*, 2015; PAZO *et al.*, 2014; PAZO *et al.*, 2017). Em conformidade, Mendonça *et al.*, (2017) concluem seu estudo demonstrando que a vulnerabilidade socioeconômica está fortemente associada ao comportamento das taxas de ICSAP. Estudos internacionais confirmam também esse achado. Na Coreia do Sul nos anos de 2002 a 2013 os resultados mostraram que os riscos de internações por CSAP foram maiores nos grupos de renda menor do que nos de maior renda, implicando que o status socioeconômico está relacionado às disparidades nas internações sensíveis (CHUN; KIM; PARK, 2018). Estudo desenvolvido no Canadá comprovou que o risco de internação sensível foi menor para os pacientes de status socioeconômico mais elevado (LABERGE *et al.*, 2017). Em Portugal e na Itália identificaram relação entre renda e ICSAP, em que grupos desfavorecidos economicamente tinham maiores taxas de internações (DIMITROVOVÁ e PERELMAN, 2016; PIRANI *et al.*, 2006). Na França o estudo ressaltou que as taxas de internações sensíveis pareciam mais correlacionadas com os atributos socioeconômicos dos pacientes do que com o desempenho da APS (CARTIER; NAIDITCH; LOMBRAIL, 2014). Na Austrália, a crescente desvantagem socioeconômica de uma área foi associada a um aumento de 6% nas taxas de ICSAP (ANSARI *et al.*, 2012).

Sobre as características do sistema de saúde analisadas, a variável cobertura da ESF **a**presentou associação marginalmente significativa na análise univariada. A medida que diminui a cobertura da ESF nos municípios brasileiros aumenta a taxa de internações sensíveis. Esse resultado vai de encontro com alguns achados na literatura que também mostraram essa relação (AFONSO *et al.*, 2017; BRASIL e DIAS-DA-COSTA, 2016; MAIA *et al.*, 2019; PAZO *et al.*, 2017; PINTO e GIOVANELLA, 2018; SANTOS *et al.*, 2018; ZARLOTTI *et al.*, 2017). Tais resultados corroboram com os achados de uma revisão sistemática com publicações de diferentes países que confirmam a relação entre os indicadores de acesso à APS e as

hospitalizações por condições sensíveis, mostrando menores internações por essas condições em áreas com maior cobertura da APS (ROSANO *et al.,* 2012).

Assim como o coeficiente de Gini, a cobertura da ESF, foram variáveis que tiveram associações com as ICSAP, porém não se manteve após a realização da análise multivariada, sendo excluídas do modelo final por não alcançar valor estatisticamente significativo quando analisadas em conjunto com outras variáveis. Fato esse, também observado em outros estudos envolvendo indicadores socioeconômicos e características de sistema de saúde relacionadas com as ICSAP (ARAUJO *et al.,* 2017; DANTAS *et al.,* 2018; PAZO *et al.,* 2014).

O porte municipal manteve associação significativa com o desfecho final do estudo. Municípios de pequeno porte II (20.001 a 50.000 habitantes) apresentaram associação direta com as ICSAP. Pesquisas anteriores demonstraram haver diferenças nas taxas das ICSAP conforme a população do município. Estudos envolvendo indivíduos de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul mostraram que municípios pequenos tiveram maior taxa de hospitalizações sensíveis em relação aos grandes e médios municípios (DIAS-DA-COSTA *et al.,* 2010; SOUZA e DIAS-DA-COSTA, 2011). Uma provável explicação para essa aparente discrepância entre o menor porte municipal e uma maior taxa de ICSAP seria a menor capacidade resolutiva dos serviços de saúde de municípios menores (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019). Outra explicação seria que municípios pequenos, com a baixa complexidade do sistema de saúde e com recebimento de pagamento por internações realizadas, leva a necessidade dos hospitais utilizarem sua máxima capacidade instalada (DIAS-DA-COSTA *et al.,* 2010). O que confirma a Lei de Roemer que a indução da demanda pela oferta, ou seja, a oferta da tecnologia em saúde leva a sua utilização independentemente das necessidades da população (ROEMER, 1961).

No presente estudo, a variável número de leito por mil habitantes, se manteve no modelo final e apresentou associação direta com as ICSAP. Experiências isoladas nacionalmente, como dos municípios do Espirito Santo, mostraram que a maior proporção de leitos do SUS ofertados também estavam associadas a maior risco de ICSAP (PAZO *et al.,* 2014; PAZO *et al.,* 2017). Outros autores também encontraram resultados semelhantes entre a associação das taxas de ICSAP com a oferta de leitos hospitalares privados ou não lucrativos (MACINKO *et al.,* 2011). Os resultados da presente pesquisa são consistentes com trabalhos publicados internacionalmente. Estudo envolvendo 23 países evidenciou que as internações sensíveis para diabetes tiveram maior impacto com o número de leitos hospitalares do que com a organização dos serviços primários de saúde (VAN LOENEN *et al.,* 2016). Na Alemanha, os autores encontraram associação positiva entre número de leitos hospitalares e a taxa de ICSAP (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014). No Reino Unido, foi evidenciado que áreas com

maior disponibilidade de leitos tiveram taxas de internação particularmente altas (BUSBY; PURDY; HOLLINGWORTH, 2017). Na Coreia, o aumento do número de leitos em hospitais de pequeno e médio porte foi associado ao aumento nas taxas de hospitalização por CSAP (KIM *et al.*, 2019). Alguns autores, colocam que isso se deve ao efeito de uma demanda induzida pela oferta, ou seja, quanto maior o número de leitos disponíveis, maior a chance dos indivíduos se internarem independentemente das suas necessidades de saúde (CASTRO, TRAVASSOS e CARVALHO, 2005; SOUZA e DIAS-DA-COSTA, 2011; ZARLOTTI *et al.*, 2017). Os autores colocam que municípios que apresentam leitos hospitalares em ociosidade, mesmo podendo resolver a questão na APS, tenderia a sustentar internações para justificar os seus leitos em determinado momento, o que ocorre principalmente em municípios pequenos, pois, nas grandes cidades, há demanda de alta complexidade que ocupa os leitos que deixam de ser usados pelas condições sensíveis (GERVAS; HOMAR, 2007).

Outra característica do sistema de saúde analisada nesta pesquisa foi a porcentagem de planos de saúde. Essa variável mostrou associação inversa com a taxa de ICSAP. Pazo *et al.*, (2014) evidenciam associação negativa entre a cobertura de planos de saúde e às internações sensíveis. Desse modo, a influência da cobertura de plano de saúde nas ICSAP reforça a sugestão feita por Alfradique *et al.*, (2009) de que em áreas onde predominam o acesso à rede privada, poderá haver aumento para obter consultas preventivas de saúde, bem como menor utilização da rede pública hospitalar e, dessa forma, detecção de menores taxas de ICSAP, já que essas são mensuradas nos bancos do DATASUS. Os autores acreditam que se a população tiver planos de saúde, melhora o acesso a consultas preventivas de saúde e, por isso, reduz as internações sensíveis (LADITKA; LADITKA; PROBST, 2009). No entanto, deve-se considerar também que a população contratante dos serviços privados pode utilizar ou não os serviços públicos como também pode estar internada em hospitais privados, hospitalizações que ficaram fora do escopo das internações públicas (PAZO *et al.*, 2014). Como as internações computadas referem-se somente a hospitalizações públicas, já esperava-se que municípios com maior cobertura média de plano privado de saúde tivessem menor número de internações, pelo desvio de internações para a rede privada (ARAUJO *et al.*, 2017).

Controlado os fatores socioeconômicos e as características do sistema de saúde cuja influência na hospitalização é reconhecida na literatura, o presente estudo evidenciou que não houve diferença significativa na tendência de redução de taxa média de ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos entre os municípios de baixa qualidade e os de média/alta qualidade da APS avaliados pelo PMAQ-AB. Esse resultado vai de encontro com outras pesquisas desenvolvidas no Brasil na tentativa de explicar a influência da qualidade da APS nas ICSAP,

utilizando como instrumento de avaliação o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool). Segundo Lima *et al.,* (2018) este instrumento consiste em um conjunto de ferramentas de pesquisa para avaliação dos serviços de APS, adotado mundialmente e com questionário adaptado para o Brasil. Um desses estudos foram desenvolvidos em Porto Alegre, no período de 2006 a 2011 e identificou que a melhor qualidade dos serviços de APS não foi capaz de influenciar na taxa de ICSAP (GONCALVES *et al.*, 2015). Outro trabalho que tomou como local o município de Belo Horizonte, 2010 a 2013, investigou a correlação entre os escores de qualidade com a tendência de ICSAP em hospitais púplicos e evidenciou que os melhores escores para qualidade não implicaram na variação das taxas de ICSAP (MENDONÇA *et al.,* 2017). Pesquisas também desenvolvidas internacionalmente são condizente com esses achados. Estudo realizado na Escócia utilizando o maior programa de pagamento por desempenho em saúde do mundo, conhecido por *Quality and Outcomes Framework* (QOF), em que os desempenhos foram medidos por uma série de indicadores, principalmente medidas de qualidade de tratamento de doenças crônicas entre os anos 2005 a 2012, mostraram que apenas um pequeno número de medidas de qualidade clínica da atenção primária estava associado à redução de ICSAP, sendo que a maioria das medidas de qualidade não foi estatisticamente significativa (VAN DER POL *et al.,* 2019). Outra pesquisa conduzida em anos anteriores na Inglaterra também não evidenciou associação entre as melhores pontuações do QOF com as taxas de internações por doenças coronarianas (BOTTLE *et al.*, 2008).

Este presente trabalho não descarta a possibilidade de que um município de alta qualidade da APS possa contribuir para a redução de internações sensíveis. Assim, algumas hipóteses podem ser elencadas para tentar explicar a não relação da qualidade da APS com as taxas de ICSAP, sendo que essas podem estar relacionados tanto na avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB, quanto com o uso das ICSAP como indicador de desempenho dos cuidados primários à saúde.

Em relação ao PMAQ-AB, o programa tem proporcionado ampla avaliação da APS em todo o território nacional. Contudo, o padrão de referência em qualidade ainda é encontrado em um número reduzido de UBS e está fortemente concentrado nas regiões Sul e Sudeste (GIOVANELLA *et al.,* 2018). Achados deste estudo foram específicos para um período de análise de 5 anos (2012 a 2016) e fez uso de uma tipologia de qualidade que utilizou notas das eSF avaliadas pelo PMAQ-AB referentes apenas ao segundo ciclo, entre os anos 2013/2014, ou seja, uma parte do período de análise, o que pode não ter contribuído para captar ao longo desse tempo as várias mudanças no perfil de qualidade da APS nesses municípios.

O PMAQ-AB incentiva também o processo de melhoria continua da qualidade da APS, isso favorece que eSF que tiveram um pior desempenho no segundo ciclo possam melhorar sua atuação no ciclo seguinte e consequentemente, melhorar a qualidade da APS no município em que estava inserida, sendo que essa hipótese o estudo não foi capaz de avaliar, pois utilizou como medida pontual apenas o segundo ciclo. O que refere aos indicadores utilizados pelo PMAQ-AB, observa-se no segundo ciclo um grande número de indicadores de resultados clínicos, principalmente para doenças crônicas, outras doenças importantes relacionadas diretamente às ICSAP, como as respiratórias, não estavam incluídas nos indicadores existentes, assim como a vacinação em adultos (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

Durante a realização do segundo ciclo do PMAQ-AB, houve mudanças importantes no funcionamento e desempenho da APS. Uma dessas mudanças pode-se citar a introdução do PMM nos serviços de APS implantado a partir do ano de 2013. Estudo de abrangência nacional sinalizou que o PMM teve um impacto positivo na redução da escassez de médicos na APS no Brasil, demonstrando um substantivo aumento na oferta de profissionais entre 2013 e 2015 (GIRARDI *et al.*, 2016). De acordo com o MS (BRASIL, 2013a), as regiões mais beneficiadas pelo programa foram as Regiões Norte e Nordeste. Segundo Gonçalves *et al.*, (2016) o Nordeste foi a região que recebeu o maior número de médicos pelo PMM e influenciou na redução das ICSAP. Estudos trazem que os municípios em situação de extrema pobreza foram os mais beneficiados, recebendo o maior número de profissionais (NOGUEIRA *et al.*, 2016). Outros estudos demonstraram melhoria do acesso e da qualidade dos serviços em locais de vulnerabilidade social mais elevada com a implantação do PMM (SILVA *et al.*, 2016). Resultados indicaram que no Brasil a provisão e realocação de médicos impactaram positivamente o desempenho da saúde básica (FONTES, CONCEICAO e JACINTO, 2018).

A avaliação realizada pelo PMAQ-AB durante o segundo ciclo não foi capaz de captar a influência do PMM nos cuidados primários de saúde, pois o programa encontrava-se em sua fase inicial sem conduto conseguir ainda mostrar seu impacto na saúde da população. Mas nota-se perfeitamente nesse estudo que a partir de 2014 (figura 1) ocorreu uma queda mais acentuada na taxa de ICSAP nos municípios de baixa qualidade em relação aos municípios de média/alta qualidade da APS, fato esse confirmado com a análise da alteração da inclinação da curva da taxa média ICSAP antes e após 2014, o que pode inferir além das melhorias na APS ao longo dos anos, mas também a influência da inserção dos profissionais do PMM nos municípios brasileiros. Castro *et al.*, (2015) apontam que o fato de ter entrado profissionais médicos no Brasil favoreceu uma melhoria na qualidade da saúde ofertada a população. Santos *et al.*, (2019) trazem que a inserção dos médicos pelo programa colaborou para a oferta de atenção à saúde

com maior qualidade e integralidade não apenas pela ampliação do acesso das pessoas, mas também pela efetiva disponibilidade de profissionais para atender as diversas necessidades da população. Levando em conta que o PMM foi implantado gradativamente a partir de 2013, mudanças mais efetivas na situação de saúde da população, favorecida pela oportunidade de acesso à assistência médica, só poderia ser mensurada em anos posteriores (GONCALVES *et al.,* 2016).

Além das ações de provimento imediato de médicos, foram também desenvolvidas iniciativas de ampliação dos cursos de graduação em medicina e de vagas de residência médica (SANTOS *et al.,* 2019). Relatório emitido pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2015, constatou que após a implantação do PMM houve crescimento de 33% no número de consultas realizadas e de 32% nas visitas domiciliares, indicando aumento na oferta de serviços se saúde no Brasil (BRASIL, 2014). Diversos estudos mostram o impacto do PMM na redução das ICSAP nos municípios brasileiros (CASTRO *et al.,* 2015; FONTES, CONCEICAO e JACINTO, 2018; GONCALVES *et al.,* 2016). A presença de um médico de saúde da família por semana de trabalho de 40 horas por 10.000 habitantes foi relacionada a 14% menos hospitalizações por condições sensíveis em Curitiba (AFONSO *et al.,* 2017). Outro estudo mostrou redução das taxas de ICSAP na medida em que crescia a cobertura da ESF e a proporção de médicos (PAZO *et al.,* 2017).

Publicações desenvolvidas em outros países também corrobora com a associação de cuidados médicos com baixa internações sensíveis. Uma revisão sistemática trouxe que a oferta adequada de médicos e a melhor continuidade dos cuidados estava associada a menos internações por CSAP (VAN LOENEN *et al.,* 2014). Nos EUA, municípios com menos médicos nos serviços de atendimento primário estavam associados a maiores taxas de ICSAP (PINES; MUTTER; ZOCCHI, 2013). Na Coreia, o aumento no número de médicos da atenção primária foi relacionado à diminuição das taxas de ICSAP (KIM *et al.,* 2019). Na Alemanha, um aumento de clínicos gerais foi associado com reduções da ICSAP entre homens em 0,1% para insuficiência cardíaca e em 0,5% para HAS (BURGDORF; SUNDMACHER, 2014). Em Portugal, identificaram clusters de alto risco para ICSAP agudas com menor cobertura de cuidados primários e menor oferta de médicos em comparação com áreas com clusters de menor risco (ROCHA; NUNES; SANTANA, 2019).

No que se refere as ICSAP, variável desfecho deste estudo, cabe alguns questionamentos. A princípio, a existência de serviços de APS bem estruturados e com boa qualidade deve interferir favoravelmente sobre as ICSAP, mas não se pode ignorar a influência de fatores sociais, características individuais e fatores externos. Alguns autores colocam que

deve-se ter cautela na interpretação dos achados e a realização de inferências associando a redução de ICSAP ao sucesso de intervenções na APS (BOTELHO e PORTELA, 2017; LENTSCK *et al.,* 2016). Segundo Homar (2007), existem fatores determinantes das ICSAP que fogem ao escopo de atuação da APS, pois dizem respeito ao funcionamento da rede hospitalar, ao acesso à sua porta de entrada que são os serviços de urgência e de emergência, às práticas hospitalares de internações e aos critérios para se indicar uma internação. Acesso à atenção secundária foram sugeridos como condutores da variação da taxa de internação (BUSBY; PURDY; HOLLINGWORTH, 2015). Algumas pesquisas também identificam outros aspectos que poderiam estar associado com a elevação das ICSAP, como a taxa de urbanização, distância até o hospital, o número de internações hospitalares prévias e a autopercepção da saúde (AMORIM *et al.,* 2017).

O presente estudo apenas controlou algumas variáveis que poderiam interferir nas ICSAP, mas sabe-se que existem muitas outras que podem dificultar a interpretação desse indicador. Dourado *et al.,* (2011) trazem que múltiplos fatores podem estar interferindo nas internações hospitalares, incluindo a mudança dos perfis sociodemográficos e econômicos dos grupos populacionais, aumento da incidência ou prevalência de determinadas doenças, padrões de morbidade e mortalidade, ou a maior rede de serviços de saúde oferecidos. Outros autores também reforçam a influência das condições socioeconômicas, os fatores individuais e os determinantes externos estruturais sobre as ICSAP (MORIMOTO; COSTA, 2017). Ainda conforme esses autores a relação com os determinantes externos podem ser destacados a disponibilidade de leitos e a vinculação dos usuários aos serviços de saúde (MARIMOTO; COSTA, 2017) ou até mesmo pelo fechamento de um hospital contratado pelo SUS poderia estar interferindo na avaliação das ICSAP **(**BOTELHO; PORTELA, 2017). A literatura internacional também traz que as ICSAP podem estar relacionadas com diversos fatores, como por exemplo as características da população e a cultura (VAN DER POL *et al.,* 2019). Uma análise retrospectiva de séries temporais em uma população vulnerável do estado de Oregon, nos EUA, mostrou taxas de admissão aumentadas depois que esta população teve acesso ao *Medicaid*, sugerindo que a inclusão no sistema de saúde de uma população não coberta anteriormente pode produzir uma relação direta, e não inversa, entre a prestação de serviços de APS e a hospitalização (SAHA *et al.,* 2007).

Os achados desta pesquisa não julgam que os municípios de alta qualidade de APS tenham sido ineficazes no período analisado. Evidências científicas mostraram que uma APS de qualidade influência na melhoria das condições de saúde e favorece na redução da ICSAP (CECIL *et al.,* 2018; TANENBAUM *et al.,* 2018). Neste estudo observou que vários fatores

estiveram relacionados tanto com avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB quanto com o uso das ICSAP como indicador de desempenho dos cuidados primários à saúde. Essas descobertas, no entanto, levantam a questões importantes, que apesar de alta qualidade, os mecanismos de gestão e as desigualdades socioeconômicas do país fazem com que o acesso aos cuidados de saúde e aos serviços, ainda apresentem fragilidades, pois a garantia desses serviços depende da reorganização das redes assistências, de suporte da rede de apoio diagnóstico, assistência especializada e hospitalar e também da autopercepção de saúde do indivíduo.

Com relação às limitações**,** deve-se apontar as principais, presentes neste estudo. A primeira refere a utilização de base de dados secundárias oriundas do SIH/SUS, o que pode ocasionar falhas nos registros das AIH, problemas de classificação dos códigos de internação e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, embora estudos recentes acerca do SIH/SUS mostram adequação do sistema, revelando, portanto, ser confiável o uso para pesquisas acerca das internações por causas sensíveis (ABAID, 2012; ABAID, NEDEL e ALCAYAGA, 2014; ARRUDA e COSTA, 2017; REHEN *et al.*, 2013). A outra se deve ao fato de ter sido construído um indicador de "nível de qualidade" da APS nos municípios brasileiros a partir das notas das equipes avaliadas pelo PMAQ-AB. Essa estrutura pode não ter englobado completamente as situações de diversidade das equipes dentro de um município, uma vez que a unidade de análise utilizada na avaliação do PMAQ-AB foi a equipe. Por isto o estudo procurou avaliar os municípios com maior número de adesão de suas equipes ao programa, na tentativa de melhorar a representatividade da amostra. Assim como esse estudo, existe outro estudo de análise espacial da qualidade da APS, que também utilizou o município como unidade de análise para construção de um indicador municipal (ABREU *et al.*, 2018b).

Dentre as limitações sobre o PMAQ-AB, as informações derivadas do banco de dados correspondem ao conjunto de equipes que aderiram voluntariamente ao PMAQ-AB. Pressupõe-se um viés de seleção positiva das equipes e de acentuação da positividade das respostas. Além disso, os resultados da avaliação de desempenho das equipes estão vinculados a repasses de recursos financeiros, o que pode haver interesse tanto do gestor municipal como das equipes participantes em fornecer respostas para o alcance dos melhores resultados. Outra limitação da utilização de dados do PMAQ-AB é o conhecimento prévio pelos profissionais da data de visita dos avaliadores e quais parâmetros seriam utilizados para a avaliação. Dessa forma, pode ocorrer um viés de informação. Do mesmo modo, a amostra de usuários dos serviços de APS apresenta limitações e vieses de seleção, posto que não ocorreu seleção aleatória, os usuários se encontravam na UBS no momento da avaliação externa, o que aumentam a positividade dos

resultados. Entretanto, é importante destacar que as referidas limitações não invalidam a relevância do estudo, apenas são úteis para o surgimento de novas possibilidades de pesquisas que venham a complementar os resultados, visto que existem diversas publicações que trabalharam com os dados do PMAQ-AB e com as bases de dados secundárias do SIH.

7 CONCLUSÃO

O estudo revelou queda no número, na taxa, na proporção de ICSAP no período de 2012 a 2016 e nas internações gerais a partir de 2014 na população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos nos municípios avaliados pelo PMAQ-AB.

No que se refere a queda das ICSAP na população masculina, observa-se que parte desse declínio deva estar relacionado aos avanços da ESF, sendo que a APS tem um papel essencial na melhoria das condições de saúde da população, na detecção do diagnóstico precoce, no manejo das doenças crônicas e agudas e no tratamento dos indivíduos. Apesar dos imensos avanços alcançados, a ESF ainda enfrenta importantes desafios para qualificação da APS, estes incluem condições de trabalho inadequados para os profissionais, estrutura física precárias, rotatividade de profissionais de saúde, baixa coordenação das redes assistências e financiamento reduzido para as ações assistenciais e gerenciais. Mas mesmos com esses desafios, evidências sugerem impactos positivos nos indicadores de saúde em consequência ao aumento da cobertura da ESF, como redução da mortalidade infantil e efeitos na saúde do adulto, incluindo reduções de mortes por doenças cardiovasculares e reduções nas ICSAP. Mesmo que a literatura traga que a população masculina procura pouco os serviços saúde, não adotam práticas de autocuidado e recorrem mais aos serviços emergenciais percebe-se que de alguma forma essa clientela específica está sendo assistida pelos serviços de saúde.

Sabe-se que não somente as melhorias da APS podem estar associadas a redução das ICSAP, mas também a existência de múltiplos fatores, como algumas variáveis relacionados as condições socioeconômicas e as características dos sistemas de saúde. Mediante a isso, o estudo analisou as influências desses fatores nas taxas de internações sensíveis na população masculina. A análise das variáveis associados às ICSAP nos municípios do estudo mostrou associação inversa com percentual de plano de saúde e com o porte municipal e associação direta com a maior disponibilidade de leitos hospitalares. Após controle das variáveis socioeconômicas e as características dos serviços de saúde foi evidenciado que não houve diferença significativa na tendência de redução de taxa média de ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos entre os municípios de baixa qualidade e de média/alta qualidade da APS avaliados pelo PMAQ-AB, indicando redução da taxa de ICSAP nos dois grupos de municípios, independente da tipologia de qualidade utilizada.

O estudo não descarta a importância da qualidade dos serviços oferecidos na APS, o que contribui para a melhoria nas práticas preventivas, acompanhamento eficaz das condições de saúde, oferta de cuidados pelas eSF acessível, resolutiva e abrangente. Diante dos resultados

encontrados, hipóteses foram levantadas para explicar a não relação da classificação da qualidade da APS proposta neste estudo com as taxas de ICSAP, dentre elas, destaca-se a avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB e também o uso das ICSAP como indicador de desempenho dos cuidados primários à saúde.

Em relação ao PMAQ-AB, sabe-se do papel primordial no processo de melhoria da qualidade, considerado um importante instrumento para orientar as ações e estimular os processos de mudanças nas eSF. A tipologia de qualidade utilizada nesse estudo fez uso das notas das eSF avaliadas pontualmente no segundo ciclo, o que pode não ter sido capaz de caracterizar o serviço ao longo do tempo, as melhorias das equipes e nem captar a influência de outros programas inseridos na APS, como por exemplo, o PMM. Sendo esse considerado uma importante estratégia para a ampliar a oferta de cuidados e favorecer a melhoria da qualidade da APS.

Em questões relacionadas às ICSAP, nota-se que esse indicador não pode representar unicamente a melhoria da APS, mas englobou influência de múltiplos fatores, com sociais, econômicos, características individuais e fatores externos. O presente estudo foi capaz de controlar apenas algumas variáveis específicas relacionadas às ICSAP.

Portanto é fundamental que estudos nessa temática continuem a serem realizados para sanar lacunas do processo avaliativo na APS e aprofundar nas comparações entre a qualidade dos serviços primários e as ICSAP. Ressalta-se a importância de realizar novos estudos que explorem, em maior detalhe, os fatores associados às ICSAP nos distintos cenários do sistema de saúde no país, como as condições sociais, econômicas e demográficas. Outra sugestão para estudos futuros é que investiguem os fatores que favoreceram a ocorrência da maior redução das ICSAP a partir de 2014. Sugere-se também que compare o desempenho das equipes em cada ciclo do programa a fim de caracterizar a qualidade da APS nos municípios de forma mais abrangente e eficiente.

Desse modo, ao desenhar um panorama geral das ICSAP no Brasil e relacioná-las com a qualidade dos serviços primários, o estudo contribui para um melhor direcionamento das políticas públicas, favorece elaboração de estratégias que visem à redução destes indicadores, de modo a proporcionar economia de custos para a saúde e melhores investimentos financeiros. Estudos que abordem a atenção ao homem nos serviços de saúde devem ser incentivados, pois poderão aprofundar nas discussões acerca da relação entre masculinidade e o campo da saúde, trazer conhecimento sobre os problemas de saúde que mais acometem grupos específicos e possíveis sugestões de propostas para favorecer a melhoria das condições de saúde dessa população.

REFERÊNCIAS

ABAID, Rafael Antoniazzi. **Análise da confiabilidade dos diagnósticos das autorizações de internação hospitalar: um estudo em Santa Cruz do Sul.** 2012. Dissertação (Mestrado em Promoção da saúde) - Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, 2012. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5045. Acesso em: 20 ago. 2019.

ABAID, Rafael Antoniazzi; NEDEL, Fúlvio Borges; ALCAYAGA, Eduardo Lobo. Condições sensíveis à atenção primária: confiabilidade diagnóstica em Santa Cruz do Sul, RS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 3, p. 208-214, 2014. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/5045/3906. Acesso em: 20 ago. 2019.

ABRASCO. **Nota oficial contra a reformulação da PNAB**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, 2017. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/. Acesso em: 20 ago. 2019.

ABREU, Thaís Cristina Alves de *et al*. Atenção Integral à Saúde do Homem: adesão da polícia militar. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 12, n. 10, p. 2635-2642, out. 2018a. Disponível em: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a237503p2635-2642-2018. Acesso em: 20 ago. 2019.

ABREU, Daisy Maria Xavier de *et al*. Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil**. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 67-80, set. 2018b. Disponível em: http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/15 . Acesso em: 20 ago. 2019.

AFONSO, Marcelo Pellizzaro Dias *et al*. Association between hospitalisation for ambulatory care-sensitive conditions and primary health care physician specialisation: a cross-sectional ecological study in Curitiba (Brazil). **BMJ Open**, London, v. 7, n. 12, p. 1-8, dez. 2017. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/12/e015322.full.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Agência Reguladora de Planos de Saúde do Brasil, 2019. Disponível em: http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor. Acesso em: 20 ago. 2019.

ALFRADIQUE, Maria Elmira *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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2009000600016&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

ALMEIDA, Patty Fidelis de. Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde**, Rio de Janeiro, jun. 2014. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

AMORIM, Diane Nogueira Paranhos *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. **Rev. enferm UFPE on line**, v. 11, n. 2, p. 576-583, fev. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2019000100403&lang=pt Acesso em: 20 ago. 2019.

ANSARI Zahid, *et al*. Patiente characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victória, Austrália**. BMC Health Serv Rev** [Internet]. v. 12, p. 01-12, 2012. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/475. Acesso em: 20 ago. 2019.

AQUINO Rosana; OLIVEIRA Nelson F; BARRETO Mauricio L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **American journal of public health.** v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19008516. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000501499&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARAUJO, Waleska Regina Machado *et al.* Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 01-12, jan. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S15188787201705100703 3.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MARCON, Sonia Silva. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0296-2685.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARRUDA, Jocinei Santos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 01-11, jan. 2017. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1256. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de *et al.* Morbidade hospitalar em municípios de médio porte: diferenciais entre homens e mulheres. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 22, n. 1, jan/fev. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n1/pt_0104-1169-rlae-22-01-00019.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n, 01, p. 279-290, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017000100279&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE MEDICINA SOCIAL. Declaración de ALAMES frente al intento de absorber la APS en la, muy cuestionada, Cobertura Universal de Salud (UHC). Astana: Alames. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 01, p. 431-433, set. 2018. Disponível em: http://alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/137-declaracion-de-alames-frente-al-intento-de-subsumir-la-aps-en-la-cus/ file. Acesso em: 20 ago. 2019.

AVELINO, Carolina Costa Valcanti *et al*. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 4, p. 1285-1293, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000401285&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

BALOGH, Robert Stephen et al. Factors associated with hospitalisations for ambulatory care-sensitive conditions among persons with an intellectual disability: a publicly insured population perspective. Jornal Intellect Disabil Res. 2013, v. 57, n. 3, p. 226-239, marc. 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22369576. Acesso em: 20 ago. 2019.

BAKER, Peter; BANKS, Ian. Men and primary care: improving access and outcomes. **Trends in Urology & Men's Health**, v. 4, n. 5, p. 39-41, set/out. 2013. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/tre.357. Acesso em: 20 ago. 2019.

BAKER, Peter. Men's health: an overlooked inequality. **British Journal of Nursing**, v. 25, n. 19, p. 1054-1057, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27792439. Acesso em: 20 ago. 2019.

BARBOSA, Milena Rocha. **Análise do 1º ciclo do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB) em um município de médio porte**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2014/02/Disserta%C3%A7%C3%A3o-MilenaRocha-Barbosa.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BARRETO, Mayckel da Silva; ARRUDA, Guilherme Oliveira; MARCON, Sonia Silva. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. **Revista Eletrônica de**

Enfermagem, v. 17, n. 3, jul/set. 2015. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n3/pdf/v17n3a20.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BASTOS, Tássia Fraga. **Diferenciais de Saúde entre Homens e Mulheres: estudo de base populacional no município de Campinas**, **São Paulo**. 2016. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2016. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312914. Acesso em: 20 ago. 2019.

BIDINOTTO, Daniele Natália Pacharone Bertolini; SIMONETTI, Janete Pessuto; BOCCHI, Silvia Cristina Mangini. A saúde do homem: doenças crônicas não transmissíveis e vulnerabilidade social. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-8, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02756.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BILLINGS, John; TEICHOLZ, Nina. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. **Health Affairs,** Colombia, v. 9, n. 4, p. 154-165, 1990. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2289752. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOING, Antônio Fernando *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200019. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risk of misinterpretation of trends in hospital admissions for primary care sensitive conditions in local contexts: Itaboraí, Rio de Janeiro State, Brazil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, abr. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2017000305015&script=sci_arttext&tlng=en Acesso em: 20 ago. 2019.

BOTTLE, Alex *et al*. Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: national cross-sectional study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 2, p. 135-141, 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17924171. Acesso em: 20 ago. 2019.

BOUSQUAT, Aylene *et al*. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232017002401141&lang=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRAIDE, Andrea Stopiglia Guedes *et al*. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. **Revista Panamericana Salud Pública. v.** 42, p. 1-07, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6386103/. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. 2000. [online]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/psf/programa/como_comecou.asp. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, mar. 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n°154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jan. 2008a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, abr. 2008, n° 221, p. 70. 2008b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: DF, p. 46. 2009a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: plano de ação nacional 2009-2011**. Brasília: DF, p. 31. 2009b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem_2009-2011.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM n° 4.279, 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011a, n° 138, p. 79. 2011.

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1654_19_07_2011.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília, DF: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília, DF, 2013b. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Tribunal de Contas da União (TCU). Auditoria operacional: Programa Mais Médicos e Projeto Mais Médicos para o Brasil: Avaliação da eficácia do programa. Brasília: **TCU**; 2014. TC nº 005.391, p. 8, 2014. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/tcu-aponta-que-mais-medicos-e-eficaz-mas-precisa-corrigir-falhas-financeiras.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): nota metodológica da certificação das equipes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_pmaq.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, set. 2017, n° 183, p. 68-76. 2017. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-

Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica..pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **DATASUS**. 2018a. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ realidades.** 2018b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem: relatório final**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília, 2018c. 127 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/simposio_saude_sexual_reprodutiva_ encontro_nacional.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. e-Gestor Atenção Básica. 2019. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado**. Disponível em: http://sihd.datasus.gov.br/principal/index.php. Acesso em: 20 ago. 2019

BRASIL, Informação e Gestão da Atenção Básica. **Relatório: Histórico de Cobertura**. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRASIL, Vinicius Paim; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina-estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, p. 75-84, jan/mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222016000100075&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

BRITO, Rosineide Santana; SANTOS, Danyelle Leonette Araújo dos. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 654-659, dez. 2013. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10044. Acesso em: 20 ago. 2019.

BROCARDO, Deniclara *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial 1, set, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/130-144/. Acesso em 20 ago. 2019.

BURGDORF, Friederike; SUNDMACHER, Leonie. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. **Detsches Ärzteblatt International**, v. 111, n. 13, p. 215-223, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3991158/. Acesso em: 20 ago. 2019.

BUSBY, John; PURDY, Sarah; HOLLINGWORTH, William. A systematic review of the magnitude and cause of geographic variation in unplanned hospital admission rates and length of stay for ambulatory care sensitive conditions. **BMC Health Services Research**, London, v. 15, n. 1, p. 324, 2015. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0964-3. Acesso em: 20 ago. 2019.

BUSBY, John; PURDY, Sarah; HOLLINGWORTH, William. How do population, general practice and hospital factors influence ambulatory care sensitive admissions: a cross sectional study. **BMC Family Practice**, London, v. 18, n. 1, p. 67, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5445441/pdf/12875_2017_Article_638.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAMINAL, Homar Josefina *et al*. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gac Sanit**, v. 15, n. 2, p. 128–141, 2001. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911101715324. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAMINAL, Homar Josefina; CASANOVA, Carmen Matutano. La evaluacion de La atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Atencion Primária, España, **Gestión**, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003. Disponível em: http://www.elsevier.es/esrevista-atencion-primaria-27-articulo-la-evaluacion-atencion-primaria-las-13042583. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAMINAL, Homar Josefina *et al*. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal Public Health**, España, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369028. Acesso em: 20 ago. 2019.

CARNEIRO Liana Maria Rocha *et al*. Atenção Integral à Saúde do Homem: um desafio na atenção básico. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v, 29, n. 4, p. 554-563, out/dez., 2016. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301. Acesso em: 20 ago. 2019.

CARTIER, T.; NAIDITCH, M.; LOMBRAIL, P. Avoidable hospitalizations: the sole responsibility of primary care? **Revue d'epidemiologie et de sante publique**, v. 62, n. 4, p. 225-236, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25026885 Acesso em: 20 ago. 2019.

CASANOVA, Carmen; STARFIELD, Bárbara. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. **Internacional Journal Health Services**. USA, v. 25, n.2, p. 283-294, abr. 1995. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7622319. Acesso em: 20 ago. 2019.

CASTRO, Ana Luisa Barros de *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015001102353&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO, Marilia Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 277-284, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000200020. Acesso em: 20 ago. 2019.

CAVALCANTE, Danyelle Monteiro; OLIVEIRA, Maria Regina Fernandes de; REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 1-6, Rio de Janeiro, mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00169914.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

CECCON, Roger Flores; MENEGHELL, Stela Nazareth; VIECILI, Paulo Ricardo Nazário. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. **Revista Brasileira Epidemiologia,** São Paulo, n.17, v.4, p. 968-977, out/dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400968&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

CECIL, Elizabeth *et al.* Impact of preventive primary care on children's unplanned hospital admissions: a population-based birth cohort study of UK children 2000–2013. **BMC Medicine**, London, v. 16, n. 1, p. 151, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6139908/. Acesso em: 20 ago. 2019.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira *et al.* Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

CHAVES, Jéssica Bazilio; FERNANDES, Sheyla Christine Santos; BEZERRA, Daniela Santos. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 38-57, dez. 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2236640720180003000004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

CHAVES, Lenir Aparecida *et al*. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2018000205004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

CHUN, Sung-Youn; KIM, Woorim; PARK. Eun-Cheol. Disparities in avoidable hospitalization by income in South Korea: data from the National Health Insurance cohort. **European Journal Public Health**, Utrecht, v. 29, n. 2, p. 225-231, 2018. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/advance-article/doi/10.1093/eurpub/cky198/5107310. Acesso em: 20 ago. 2019.

CLARKE, Nicholas *et al*. A report on the excess burden of cancer among men in the Republic of Irland. **Irish Cancer Society**, Irland, p. 1- 16, 2013. Disponível em https://www.cancer.ie/sites/default/files/content-attachments/executive_summary_of_report_on_excess_bueden_of_cancer_on_men.pdf. Acesso em 20 ago. 2019.

CORDEIRO, Ricardo *et al*. A violência urbana é a maior causa de acidente de trabalho fatal no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 123-123, 2017. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000296.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

CORRÊA, Daniel Seabra Resende Castro *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2031-2041, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000602031. Acesso em: 20 ago. 2019.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira *et al.* Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein,** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082018000300214&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014. Acesso em: 20 ago. 2019.

DIMITROVOVÁ, Klára; PERELMAN, Julian. Ambulatory care sensitive conditions in Portugal, 2000-2014: socioeconomic inequalities and its costs. **European Journal Public Health**, v. 26, n. suppl.1, p. 30, 2016.
Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/26/suppl_1/ckw164.066/2448251. Acesso em: 20 ago. 2019.

DOURADO Inês; MEDINA, Maria Guadalupe; AQUINO, Rosana. The effect of the Family health strategy on usual source of care in Brazil. Data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). **International Journal for Equity in health**. p. 15-151, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27852265. Acesso em: 20 ago. 2019.

DOURADO, Inês *et al.* Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical Care**, Filadélfia, v. 6, n. 49, p. 577-584, 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576. Acesso em: 20 ago. 2019.

DONABEDIAN, Avedis. The Quality of Care: How Can It Be Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, set. 1988. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3045356. Acesso em: 20 ago. 2019.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**. Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, nov. 1990. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2241519. Acesso em: 20 ago. 2019.

EFROYMSON, M. A. Multiple regression analysis. **Mathematical methods for digital computers**, p. 191-203, 1960.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500208&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

FACCHINI, Luiz Augusto *et al*. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2652.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp, p. 13-33, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues, ALMEIDA, Patty Fidelis, BOUSQUAT, Aylene. Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil e os desafios para a integração em Redes de Atenção. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa,** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 51-72.

FERNANDES, Viviane Braga Lima *et al*. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

FERREIRA, Marianna; DIAS, Bruna Moreno; MISHIMA, Silvana Martins. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 760-770, out/dez. 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a03.htm. Acesso em: 20 ago. 2019.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 16-29, jan/mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00016.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

FONSECA, Angélica Ferreira. Astana reacende disputas sobre o significado da Atenção Primária à Saúde. **Trab educ saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 01, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462019000100200. Acesso em: 20 ago. 2019.

FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEIÇÃO, Otavio Canozzi; JACINTO, Paulo de Andrade. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health economics**, v. 27, n. 8, p. 1284-1299, 2018. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/hec.3775. Acesso em: 20 ago. 2019.

FORBAT, Liz *et al.* The role of interpersonal relationships in men's attendance in primary care: qualitative findings in a cohort of men with prostate câncer. **Support Care Cancer.** n. 22, p. 409–415, fev. 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24197054. Acesso em: 20 ago. 2019.

GALASTRO, Elizabeth Perez; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, p. 454-459, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000300016. Acesso em: 20 ago. 2019.

GIFFONI, Francinete Alves de Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio dos. Terapia comunitária como recurso de abordagem do problema do abuso do álcool, na atenção primária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**: Ribeirão Preto, v. 19, n. spe, p. 821-830, jun. 2011 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000700021&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

GÉRVAS, Juan; HOMAR, Josefina Caminal. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. **Revista**

Espanola de Salud Pública, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17458102. Acesso em: 20 ago. 2019.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al*. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, p. 493-545, 2012.

GIOVANELLA, Ligia *et al*. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2697-2708, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000902697&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

GIOVANELLA, Ligia; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 42, n.esp. 01, p. 6-11, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0006.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

GIOVANELLA, Lígia *et al*. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al*. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 569-610, 2018.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902675&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 20 ago. 2019.

GOMES, Romeu. **Relatório final de pesquisa: Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016. 156p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/17/relatorioSaudeHomemv1.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

GOMES, Romeu. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 183p.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues. **Associação entre Qualidade da Atenção Primária à Saúde e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos serviços públicos de saúde em Porto Alegre: um estudo através de relacionamento probabilístico de base de dados**. 2013. Dissertação (Doutorado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2013. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/143494?locale-attribute=es. Acesso em: 20 ago. 2019.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre,

Brazil. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 238-242, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26124441. Acesso em: 20 ago. 2019.

GONÇALVES, Rogerio Fabiano *et al*. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232016000902815&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

GONZÁLEZ-VÉLEZ, Abel E. *et al*. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 1-9, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31066814. Acesso em: 20 ago. 2019.

GOUVEIA, Luiza Polliana Godoy Paiva. **Internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios mineiros com população superior a 100.000 habitantes, 2000 a 2013.** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde e Nutrição) –Universidade Federal de Ouro Preto, Ouro Preto, 2016. Disponível em: http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/7736/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O_Interna%C3%A7%C3%B5esCondi%C3%A7%C3%B5esSens%C3%ADveis.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

HALEKOH, Ulrich *et al.* The R package geepack for generalized estimating equations. **Journal of Statistical Software**, v. 15, n. 2, p. 1-11, 2006.

HERRMANN, Angelita *et al.*, **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016, 55p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

HOMAR, Josefina Caminal. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions y los resultados de la atención primaria: **Sociedad Española de Familia y Comunitaria**, v. 39, n. 10, p. 532-534, out. 2007. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100002. Acesso em: 20 ago. 2019.

HOSSAIN, Monir; LADITKA, James. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. **Int Journal Health Geogr**. USA, v. 8, n. 51, ago. 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19715587. Acesso em: 20 ago. 2019.

HUDON, Catherine *et al*. Case management in primary care for frequente users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and Family experience. **Annals of Family Medicine.** v. 13, n. 6, p. 523-528, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553891. Acesso em: 20 ago. 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA**). Política Nacional de Controle do Tabaco: Relatório de Gestão e Progresso 2013-2014**. Rio de Janeiro: INCA; 2015. Disponível em: http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/pr ograma-nacional-controle-tabagismo/tabagismo.htm. Acesso em: 20 de ago. 2019.

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA**). Incidência de Câncer no Brasil. Estimativa**, 2018**.** Disponível em: http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/introducao.asp. Acesso em: 20 de ago. 2019.

Instituto Lado a Lado pela Vida (ILLPV). **Novembro azul: a campanha** [Internet]. s.d. 2011. Disponível em: http://www.novembroazul.com.br/novembro-azul/acampanha/. Acesso em: 20 de ago. 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Brasília, Distrito Federal: IBGE, 2013. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Tábua completa de mortalidade - 2016**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9126-tabuas-completas-de-mortalidade.html. Acesso em: 20 ago. 2019.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). **Atlas da vulnerabilidade Social dos Municípios Brasileiros.** Brasília: Ipea, 2015. Disponível em: http://ivs.ipea.gov.br/images/publicacoes/Ivs/publicacao_atlas_ivs.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

LABERGE, Maude *et al*. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions across primary care models in Ontario, Canada. **Social Science Medicine**, Canada, n. 181, p. 24-33, maio. 2017. Disponível em: www.elsevier.com/locate/socscimed. Acesso em: 20 ago. 2019.

LADITKA, James N.; LADITKA, Sarah B.; PROBST, Janice C. Health care access in rural areas: evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. **Health & place**, v. 15, n. 3, p. 761-770, 2009. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19211295. Acesso em: 20 ago. 2019.

LEAL, Andréa Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibele. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012001000010&lng=pt &nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

LENTSCK, Maicon Henrique *et al.* Condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. **Gestão e Saúde**, v. 7, n. supl., p. 1074-1088, jul. 2016. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5610084. Acesso em: 20 ago. 2019.

LENTSCK, Maicon Henrique; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. **Revista Brasileira Epidemiologia,** v. 18, n. 2, p. 372-384, abr/jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000200372&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

LEVORATO, Cleice Daiana *et al.* Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-1274, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000401263&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

LIANG, Kung-Yee; ZEGER, Scott L. Longitudinal data analysis using generalized linear models. **Biometrika**, v. 73, n. 1, p. 13-22, 1986.

LIMA, Juliana Gagno *et al*. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n.esp. 1, p. 52-66, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042018000500052&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

LOCH, Mathias Roberto *et al.*, Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, abr/jun. 2015. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201500020045. Acesso em: 20 ago. 2019.

LUCIANO, Thaís Verly; DIAS, Jerusa Araújo. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município da região Norte do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v. 17, n. 3, p. 23-32, jul/set. 2016. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/14133/9962. Acesso em: 20 ago. 2019.

KIM, Agnus M. *et al.* Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 2019. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4098-x. Acesso em: 20 ago. 2019.

KRINGOS, Dionne *et al*. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, v. 10, n. 65, p. 1-13, mar. 2010. Disponível em: http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65. Acesso em: 20 ago. 2019.

KRINSKI, Bruna Maria; FAUSTINO-SILVA, Daniel Demétrio; SCHNEIDER, Margaret. Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de porto alegre/rs. **Revista APS**. v. 21, n. 1, jan/mar. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15867. Acesso em: 20 ago. 2019.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, n. 2, p. S4-S11, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28252498. Acesso em: 20 ago. 2019.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's Family Health Strategy. Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **New England Journal of Medicine**, p. 2177-2181, jun. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26039598. Acesso em: 20 ago. 2019.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.esp.1, p. 18-37, set. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

MACINKO, James *et al*. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. **Health Affairs,** Maryland, v. 29, n. 12, p. 2149-2160, dez. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915. Acesso em: 20 ago. 2019.

MACINKO, James *et al*. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care–sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. **American Journal of Public Health**, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584. Acesso em: 20 ago. 2019.

MAGALHÃES, Junior Helvécio Miranda; PINTO, Heider Aurélio. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p.14-29, out. 2014. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/ripsa/resource/pt/lil-771495. Acesso em: 20 ago. 2019.

MAGALHÃES, Alessandro Leonardo Alvares; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 2049-2062, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002602049&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

MAGNABOSCO, Patricia. *et al.* Prevalence and control of hypertension: comparison between urban and rural population. **Revista Mineira Enferm**, v. 21, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316503151_PREVALENCE_AND_CONTROL_O

F_HYPERTENSION_COMPARISON_BETWEEN_URBAN_AND_RURAL_POPULATIO N. Acesso em: 20 ago. 2019.

MAIA, Ludmila Grego *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista Saúde Pública**, v. 53, p. 1-11, 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-968436. Acesso em: 20 ago. 2019.

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 217-232, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000500217&script=sci_abstract&tlng=pt . Acesso em: 20 ago. 2019.

MARQUES, Cláudia M. Silva; PADILHA, Estela Maura. Contexto e perspectivas da formação do Agente Comunitário de Saúde. **Trab educ saúde**, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 345-352, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

MARTINS, Alberto Mesaque; MALAMUT, Bernardo Salles. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902013000200014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

MATTKE, Soeren *et al*. Health care quality indicators project initial indicators report. **OECD Health working paper**s, v. 9, n. 22, mar. 2006. Disponível em: https://www.oecd.org/els/health-systems/36262514.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

MCCULLAGH, P.; NELDER, J. A. Generalized linear models., 2nd edn. (Chapman and Hall: London). **Standard book on generalized linear models**, 1989.

MEDEIROS, Renata Lívia Silva Fonseca Medeiros. **Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica: a fala dos enfermeiros.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/5133#preview-link0
Acesso em: 20 ago. 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe *et al*. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde em Debate**: Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000600069&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

MELO, Maykon Diego. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em saúde coletiva**. 2014. 215f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-06112014-105922/pt-br.php. Acesso em: 20 ago. 2019.

MENDONÇA, Claunara Schilling *et al.* Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, Kettering, v. 32, n. 10, p. 1368-1374, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28973292. Acesso em: 20 ago. 2019.

MENDONÇA, Maria Magalhães *et al.* Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 29-47.

MENDONÇA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 3, p. 463-474, jul/set. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300463. Acesso em: 20 ago. 2019.

MODESTO, Antônio Augusto Dall'Agnol *et al.* Um novembro não tão azul: debatendo rastreamento de câncer de próstata e saúde do homem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**: Botucatu, v. 22, n. 64, jan/mar. 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0288**.** Acesso em: 20 ago. 2019.

MOREIRA, Renata Lívia Silva Fonseca; FONTES, Wilma Dias de.; BARBOZA, Talita Maia. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 615-621, out/dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452014000400615&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002300891&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

MOURA, Erly Catarina *et al.* Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 429-438, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000200429&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

MOZER, Isabele Torquato; CORRÊA, Aurea Christina de Paula. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital brasileira. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 578-585, out/dez. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400578. Acesso em: 20 ago. 2019.

MUNHOZ, Tiago N. Tendências de consumo abusivo de álcool nas capitais brasileiras entre os anos de 2006 a 2013: análise das informações do VIGITEL. **Cadernos Saúde Pública**, v. 33, n. 7, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102311X2017000705011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 20 ago. 2019.

NEDEL, Fúlvio Borges *et al*. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, jan/mar. 2010. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008. Acesso em: 20 ago. 2019.

NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1145-1154, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700046. Acesso em: 20 ago. 2019.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000405003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al*. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902889&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

OLIVEIRA, Éder Samuel Bonfim Esteves; OLIVEIRA, Veneza Berenice de Oliveira; CALDEIRA, Antônio Prates. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 41, n. 1, p. 144-157, jan/mar. 2017. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-876937. Acesso em: 20 ago. 2019.

OLIVEIRA, Rinaldo Eduardo Machado *et al*. Uso de medicamentos por homens de uma unidade de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 2, p. 63-69. maio/ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200429. Acesso em: 20 ago. 2019.

OLIVEIRA, Patrícia Peres *et al.* Vivência de homens no contexto da Atenção Primária de Saúde. **Invest. Educ. Enfermeria**. v. 33, n. 2, maio/ago. 2015. Disponível em:

https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/23003/19235. Acesso em: 20 ago. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (**OPAS/OMS**). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/31085. Acesso em: 20 ago. 2019.

PAZÓ, Rosalva Grobério *et al.* Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, 2014.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000901891&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PAZÓ, Rosalva Grobério *et al*. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12, jan/dez. 2017. Disponível em: https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1546. Acesso em: 20 ago. 2019.

PEIXOTO, Sandro Garcia Duarte; ROCHA, Fabiana Fontes. Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste. In: **SEMINÁRIO DE ECONOMIA DE BELO HORIZONTE, 6**., 2009. Anais. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2009.

PEREIRA, Francilene Jane Rodrigues; SILVA, César Cavalcanti da.; LIMA NETO, Eufrásio de Andrade. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 331-342, out. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103110420140006003 31&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PEREIRA, Mayara Carneiro; BARROS, João Paulo Pereira. Públicos Masculinos na Estratégia de Saúde da Família: estudo qualitativa em Parnaíba-PI. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 587-598, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822015000300587&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINES, Jesse M.; MUTTER, Ryan L.; ZOCCHI, Mark S. Variation in emergency department admission rates across the United States. **Medical Care Research and Review**, v. 70, n. 2, p. 218-231, 2013. Disponível em:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23295438. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al*. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232002000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 ago. 2019.

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). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601903&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINTO, Márcia Teixeira, PICHON-RIVIERE, Andres, BARDACH, Ariel. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1283-1297, jun. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1283.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; FERLA, Alcindo Antônio. Formulação e Implementação de Políticas como pegadogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes.** n. 1, v. 1, p. 81-94, 2015. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/321. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINTO, Luiz Felipe *et al*. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, jun. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000602105&script=sci_arttext. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan; FLORÊNCIO, Alexandre Ramos. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, Sup., ago. 2012. Disponível em: https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/492/1142. Acesso em: 20 ago. 2019.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de.; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 358-372, out. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0103110420140006003 58&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PIRANI, Monica *et al*. Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. **Epidemiologia e Prevenzione**, Roma, v. 30, n. 3, p. 169-177, 2006. Disponível em: http://www.epidemiologiaeprevenzione.it/materiali/ARCHIVIO_PDF/2006/E&P3/E&P3_169_art3.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

PITILIN, Érica de Brito *et al*. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, 441-448, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000200441&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

PORTES, Leonardo Henriques *et al.* Ações voltadas para o tabagismo: análise de sua implementação na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 439-448, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200439&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara *et al*. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342013000400884&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara; CIOSAK, Suely Itsuko; EGRY, Emiko Yoshikawa. Internações Sensíveis à Atenção Primária: usuários detectam falha no acesso aos serviços. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, p. 70-76, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342014000800066&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

REHEM, Tania Cristina Morais Santa Barbara *et al*. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1-6, set/out. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

RESENDE, Ana Paula Gonçalves de Lima, BARBIERI, Ana Rita. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde decorrentes das doenças cardiovasculares. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 26, n. 3, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000300310&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

RIBEIRO, Luana Cássia Miranda *et al.* Ações de educação em saúde no combate ao tabagismo: relato de experiência. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 10, n. 2, p. 345-352, jun. 2011. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167738612011000200018&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROCHA, João Victor Muniz; NUNES, Carla; SANTANA, Rui. Avoidable hospitalizations in Brazil and Portugal: Identifying and comparing critical areas through spatial analysis. **PloS one**, v. 14, n. 7, p.1-16, jul. 2019. Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219262. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROEMER, Milton. I. Bed supply and hospital utilization: a natural experiment. **Hospitals**. v. 35, p, 36-42, 1961.

RODRIGUES-BASTOS, Rita Maria *et al.* Internações Sensíveis à Atenção Primária em município do sudeste de Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 2, p. 120-127. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000200010. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho, LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 6, p. 1027-1034, nov/dez. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROSANO, Aldo *et al.* Hospitalization for ambulatpry care sensitive conditions and the role of primary care in Italian. **Italian Journal of Public Health**, v. 8, n. 1, p. 77-88, 2011. Disponível em: http:// ijphjournal.it/article/view/5648. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROSANO, Aldo *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356-360, 2012. Disponível em: https://academic.oup.com/eurpub/article/23/3/356/539819. Acesso em: 20 ago. 2019.

ROSU, Marina; OLIFFE, John; KELLY, Mary. Nurse Practitioners and Men's Primary Health Care. **Am Journal Mens Health.** Canada, v. 11, n. 5, p, 1501-1511, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5675208/. Acesso em: 20 ago. 2019.

SAHA, Somnath *et al*. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. **Medical Care**, v. 45, n. 8, p. 712-719, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17667304. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Lucas Maia dos; GONÇALVES, Márcio Augusto; CHARLES, Cleopatra. As despesas municipais em saúde impactam as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)? Uma análise em municípios de Minas Gerais. **Revista Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 5, n. 1, p. 62-75, jan/jun. 2016. Disponível em: http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/185. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Wallace Dos *et al*. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, jan/mar. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042019000100256&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Renata Oliveira Maciel dos; RAMOS, Danielle Nogueira; ASSIS, Mônica de. Construção compartilhada de material educativo sobre câncer de próstata. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, n. 7, jan. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.122. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Laís Pimenta Ribeiro dos *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000200178&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Bruna Vanzella dos; LIMA, Diego da Silva; FONTES, Cor Jesus Fernandes. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 1-12, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS, Vanessa Cruz *et al*. Padrões de mudança na saúde do homem a partir de indicadores demográficos e epidemiológicos. **Revista Pesquisa Cuidado**, v. 7, n. 2, abr/jun. 2015.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SANTOS JÚNIOR, Renato Queiroz dos *et al*. Saúde do homem na Bahia: a internação hospitalar de adultos nos anos 2000 e 2010. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 139-157, out. 2017. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1630. Acesso em: 20 ago. 2019.

SCHLICHTHORST, Marisa *et al*. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. **BMC Public Health**, v. 16, n. 3, p. 81-90, out. 2016. Disponível em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3706-5. Acesso em: 20 ago. 2019.

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002. Acesso em: 20 ago. 2019.

SCHWARZ, Eduardo. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2579-2588, 2012. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000004. Acesso em: 20 ago. 2019.

SEPARAVICH, Marco Antônio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. **Saúde em Sociedade**, São Paulo, n. 22, v, 2, p. 415-428, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200013. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Bruna Pontes da *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9 p. 2899-2906, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902899&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Everton Nunes da; POWELL-JACKSON, Timothy. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. **BMJ global health**, v. 2, n. 2, p. 1-9, 2017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29225926. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Juliana Guimarães; VALADARES, Fabiana Castelo; SOUZA, Edinilsa Ramos de. O desafio de compreender a consequência fatal da violência em dois municípios brasileiros. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, p. 535-547, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832013000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Vanessa Luzia Queiroz. **Sexualidade masculina e saúde do homem na estratégia de saúde da família: trabalhando com a equipe a pesquisa-ação**. 2009. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26042010-101720/pt-br.php. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Ailane. **Simpósio Internacional de Saúde Integral do Homem**. Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/aberto-simposio-internacional-de-saude-integral-do-homem/. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVA, Carlos José de Paula *et al.* Traumatismos maxilofaciais como marcadores de violência urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 127-136, jan. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000100127&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

SILVEIRA, Carla Lígia Gomes; MELO, Vilma Felipe Costa de; BARRETO, Anne Jaquelyne Roque. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. supl. 3, p. 1528-1535, mar. 2017. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/13998/16866. Acesso em: 20 ago. 2019.

SMITH, James A. *et al.* It's sort of like being a detective: Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 1-10, mar. 2008. Disponível em: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-56. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOLANO, Lorrainy Cruz *et al.* O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev. fundam. care** [online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 302-308, abr/jun. 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315943282/download. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOLBERG L. I. *et al*. The Minnesota project: a focused approach to ambulatory quality assessment. **Inquiry**, v. 27, n. 4, p. 359–67, 1990. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2148309. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUSA, Naira Pereira de *et al*. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 118-125, jan/fev. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0118.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUZA, Dayane Kelle de; PEIXOTO, Sérgio Viana. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 285-294, abr/jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2237-96222017000200285&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 ago. 2019.

SOUZA, Leonardo Lemos de; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017. Acesso em: 20 ago. 2019.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STOPA, Sheila Rizzato *et al.* Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015. **Cadernos de Saúde Pública**: Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, out. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018001005010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

TANENBAUM, Joseph *et al.* Association of a regional health improvement collaborative with ambulatory care–sensitive hospitalizations. **Health Affairs**, v. 37, n. 2, p. 266-274, 2018. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29401005. Acesso em: 20 ago. 2019.

TELLES, Rosimeri *et al*. Implementação do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, p. 1-10, out. 2016. Disponível em: https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/articlo/view/7978. Acesso em: 20 ago. 2019.

THYGESEN, Lau C. *et al*. Potentially avoidable hospitalizations in five European countries in 2009 and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. **The European Journal of Public Health**, v. 25, n. suppl_1, ago. p. 35-43, 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25690128. Acesso em: 20 ago. 2019.

TRINDADE, Ruth França Cizino da *et al*. Map of homicides by firearms: profile of the victims and the assaults. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 49, n. 5, p. 748-755, out. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000500748&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Projeto ICSAP Brasil**. Avaliação do Impacto das Ações do Programa de Saúde da Família na redução das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica em adultos e idosos. Relatório final de pesquisa Belo Horizonte, mar. 2012.

VAN DEN BERG, Michael J.; VAN LOENEN, Tessa; WESTERT, Gert P. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries- **Family Practice**, v. 33, n. 01, p. 42–50, fev. 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26511726. Acesso em: 20 ago. 2019.

VAN DER POL, Marjon *et al*. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. **BMC family practice**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2019. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30795737. Acesso em: 20 ago. 2019.

VAN LOENEN, Tessa *et al*. Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review. **Family practice**, v. 31, n. 5, p. 502-516, 2014. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216664. Acesso em: 20 ago. 2019.

VAN LOENEN, Tessa *et al.* The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26849246. Acesso em: 20 ago. 2019.

VARGAS, Divane de; BITTENCOURT, Marina Nolli; BARROSO, Lúcia Pereira. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 17-25, jan. 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000100017&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2019.

VIANA, Maria Elizabete Rodrigues *et al*. La atención de la salud de la población masculina en los tiempos de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los hombres: lo que ellos hablan. **Revista de Enfermería y Humanidades**, n. 41, p. 135- 146. 2015. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5072434. Acesso em: 20 ago. 2019.

VIEIRA, Katiucia Letiele Duarte *et al.* Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, jan/mar. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100017. Acesso em: 20 ago. 2019.

VUIK, Sabine *et al.* Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalisation. **BMJ Open,** London, v. 7, n. 8, ago. 2017. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/V content/7/8/e015704. Acesso em: 20 ago. 2019.

WANG, Yingying *et al.* Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. **BMJ Open**, London, v. 3, p. 1-7, ago. 2013. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/3/8/e003320. Acesso em: 20 ago. 2019.

WEISSMAN, Joel; GATSONIS Constantine, EPSTEIN, Arnold. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. **JAMA**, v. 268, n. 17, p. 2388–2394, nov. 1992. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1404795. Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, sept. 1978. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1. Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Health Statistics 2017**: Monitoring health for the SDG. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. Acesso em: 20 ago. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health** 2018. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/. Acesso em: 20 ago.2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Declaration of Astana.** In: GLOBAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 2., 2018. Anais [...]. Astana: World Health Organization; United Nations Children's Fund

(UNICEF), 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primaryhealth/declaration/gcphc-declaration.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019.

ZARLOTTI, Camilla *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 811-817, jul/set. 2017. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6011. Acesso em: 20 ago. 2019.

ANEXO A – Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária

(continua)

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 por Haemophilus	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	Ascaridiase	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	Kwashiokor 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 faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus infuenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococus	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

ANEXO A - Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária

(continuação)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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, oftalmicas, 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	Eplepsias	
14,1	Eplepsias	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 pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75

ANEXO A - Lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária

(conclusão)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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

Fonte: BRASIL, 2008b.

ANEXO B – Artigo 1

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA POPULAÇÃO MASCULINA: um estudo a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

RESUMO

Este estudo tem por objetivo relacionar a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na população masculina no período de 2012 a 2016. Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, abordagem quantitativa com dados secundários das bases do PMAQ-AB e do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Foram incluídos municípios com 80% ou mais de adesão de suas equipes ao PMAQ-AB, totalizando 3.897 municípios. Utilizou-se o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE) através da regressão marginal Log-Linear Gama. Para seleção das variáveis de controle empregou-se os métodos *forward* e *backward*. Considerou-se estatisticamente significativo valor-p< 0,05. Os resultados da análise multivariada evidenciaram aumento médio nas taxas de ICSAP sendo de 38% para municípios com população de 20.001 a 50.000 habitantes em comparação as metrópoles e de 14% a cada 1 leito por 1000 habitantes. Já com relação aos planos de saúde, observou-se associação indireta em que o aumento de 10% na cobertura de planos diminuiu 4% das taxas de ICSAP. Houve redução da taxa média de ICSAP de 5% ao ano [IC:4%;6%] nos municípios de baixa qualidade e redução de 4% ao ano [IC:3%;5%] nos municípios de média/alta qualidade da APS. Devido a sobreposição dos intervalos de confiança não é possível afirmar que ocorreu diferença na tendência. Observaram-se que vários fatores estiveram relacionados tanto na avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB, quanto na falta de controle de todos os fatores de confundimento nas taxas de ICSAP. No entanto, destaca-se que melhorias na APS possam ter favorecido a redução das internações sensíveis, o que reforça a importância de investimentos financeiros e direcionamento de políticas públicas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde do Homem. Hospitalização. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o primeiro nível do sistema de serviços de saúde. Configura-se como umas das portas de entrada e o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único do Saúde (SUS) (STARFIELD, 2002).

O marco mais importante da APS no Brasil ocorreu por meio da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que em decorrência das suas potencialidades, passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), por sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde e buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). A atenção à saúde da criança e da mulher na APS representam historicamente um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Em contrapartida, ações voltadas para a saúde do homem são ainda pouco compreendidas e trabalhadas pelos profissionais e gestores da APS (SOLANO *et al.*, 2017).

As temáticas envolvendo saúde e homem vem sendo discutidas, na tentativa de intervir nas inúmeras demandas que são peculiares aos homens, bem como nos serviços da APS, com o intuito de contribuir para a redução dos indicadores de morbimortalidade que traduzem o perfil de saúde da população masculina no Brasil (MEDEIROS, 2013). O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo as necessidades de atenção à saúde masculina, publicou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Esta tem a finalidade de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da população masculina brasileira na faixa etária de 20 a 59 anos, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e serviços, com entrada preferencial à APS (BRASIL, 2009).

A utilização dos dados de morbidade como instrumento de avaliação de um sistema de saúde é importante tanto para verificar a capacidade de prevenção como a capacidade de intervenção deste sistema. Nesse sentido, um indicador que tem sido usado para avaliação indireta do primeiro nível de atenção à saúde refere-se às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (CAMINAL; CASANOVA, 2003). Desenvolvidas por John Billings e colaboradores na década de 1990, são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da APS acessível, de qualidade e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BOTELHO e PORTELA, 2017).

Com o intuído de avaliar o nível de qualidade da atenção à saúde ofertada a população e aprimorar a implantação dos atributos da APS, fez-se necessário a implementação de

programas a nível primário, com destaque para o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído em 2011, propõe qualificação dos processos assistenciais na APS e aplicação de incentivo financeiro para o avanço da qualidade (BRASIL, 2011). O programa está organizado em quatro fases que se complementam e constituem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011). Uma APS qualificada poderá ser capaz de proporcionar a melhoria do acesso, a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde da população. Nesse sentido, a proposta do presente trabalho foi avaliar a relação da qualidade da APS nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB com as ICSAP na população masculina.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, abordagem quantitativa de dados secundários das bases do PMAQ-AB e dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), referente às ICSAP no Brasil. A unidade de análise foram os municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB, anos 2013/2014. Contudo, como a adesão das Equipes de Saúde da Família (eSF) ao PMAQ-AB foi voluntária, apresentou uma variação no percentual de equipes participantes entre os diferentes municípios. Assim, o presente estudo, adotou como critério de inclusão municípios com 80% ou mais de adesão das suas equipes ao PMAQ-AB, sendo este um importante modo de melhorar a representatividade dos municípios, um total de 3.897 municípios.

A variável dependente foi a taxa de ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 nos municípios escolhidos. A escolha da faixa etária foi baseada na PNAISH (BRASIL, 2008). A seleção das ICSAP, foi realizada através da lista nacional de ICSAP conforme a Portaria do MS n° 221, de 17 de abril de 2008, que é composto por 19 grupos diagnósticos divididos em 120 categorias da Classificação Internacional de Doença (CID-10) (BRASIL, 2008). Para esse estudo foram utilizados 17 grupos de causas relacionadas ao sexo masculino, excluindo os grupos 17 e 19, por se tratar de doenças que acometem apenas a população feminina, referente as doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos e as doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Para a caracterização geral da ocorrência de ICSAP, foram calculadas as taxas padronizadas pelo método direto por sexo e idade e as proporções de internações sensíveis. Para

o cálculo das taxas padronizada definiu-se como população padrão a população masculina do Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos referente ao ano 2014.

A variável independente referiu-se à qualidade da APS nos munícipios brasileiros. Essa variável foi extraída do banco de dados do PMAQ-AB, no qual contém as notas alcançadas por cada equipe de saúde no somatório das etapas de avaliação externa, autoavaliação e análise dos indicadores. Essas avaliações foram conduzidas por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo MS, mediante a aplicação de instrumentos para verificação de padrões de acesso e qualidade alcançados pelas equipes, com observações de infraestrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), entrevista com profissionais das equipes, usuários e verificação de documentos e informações inseridas previamente no módulo eletrônico (BRASIL, 2013). As notas alcançadas pelas equipes variaram de zero a 100.

A avaliação externa do PMAQ-AB teve como unidade de análise a equipe. Contudo, como a unidade de análise do presente estudo referiu-se aos municípios brasileiros, foi necessário construir um indicador agregado para o nível municipal, a partir das notas das equipes avaliadas pelo programa. Utilizou-se para o cálculo a nota média por município, o que referiu a soma das notas de cada equipe dividido pelo número de equipes certificadas. Essa composição de municípios foi estratificada em dois grupos, sendo categorizados como baixa e média/alta qualidade da APS. Nessa pesquisa, optou-se por associar os municípios de média com alta qualidade, visto que, apenas 4,5% dos municípios alcançaram a pontuação máxima (80 pontos ou mais). Com essa associação na categoria de baixa qualidade ficaram os municípios que receberam notas abaixo de 50 pontos e os categorizados como média/alta ficaram os municípios que receberam notas de 50 ou mais pontos. No quadro abaixo encontra-se todas as variáveis utilizadas no estudo.

Para verificar se a taxa média de ICSAP apresentava tendência significativa ao longo do tempo, assim como para comparar as médias das taxas em relação a qualidade da APS nos munícipios brasileiros foi utilizado o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE). A variável de interesse (taxa de ICSAP) apresentava distribuição assimétrica com calda à direita, dessa forma, foi utilizada a Regressão Marginal Log-Linear Gama.

Para a seleção das variáveis de controle utilizou-se o método *Stepwise* (*Backward* e *Forward*). Selecionou variáveis com um valor-p <0,20 para a análise multivariada pelo método *Forward*. Na análise multivariada aplicou o método *Backward,* que retirou da análise, uma variável por vez que tivesse o maior valor-p, até que ficou no modelo final somente variáveis significativas. Para o modelo multivariável foi adotado um nível de 5% de significância. Para análise descritiva e processamento dos dados foram utilizados o programa *Statistical Package*

for Social Sciences (SPSS), versão 20.0 e o software R versão 3.6.0. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/5/2012, registro 28804.

Quadro – Descrição das variáveis do estudo

Variável	Descrição	Fonte/Ano
Qualidade da APS[1] nos munícipios brasileiros	Média da nota da avaliação das equipes participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[2], em determinado município. Qualidade Baixa: 0 a 49,99 pontos; Qualidade Média/Alta: 50 e mais pontos.	Segundo ciclo do PMAQ-AB, entre os anos 2013/2014.
Coeficiente de gini[3]	Mede o grau de concentração da distribuição de renda domiciliar per capta de uma determinada população e em um determinado espaço geográfico. O valor varia de zero (perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima). Os municípios foram classificados como baixa desigualdade: índice menor que 0,4; média desigualdade: entre 0,4 e 0,49 e alta desigualdade: maior que 0.49.	IPEA[4], 2010.
Total de leitos/1000 habitantes	Leitos de internação existentes/população padrão e multiplicado por 1000.	DATASUS–TABNET[5] e RIPSA[6], 2012 a 2016.
Porte municipal	Classificação dos municípios segundo sua população: Pequeno porte I – até 20.000 hab. Pequeno porte II – até de 20.001 a 50.000 hab. Médio porte – de 50.001 a 100.000 hab. Grande porte – de 100.001 a 900.000 hab. Metrópole – mais de 900.000 hab.	RIPSA, 2012 a 2016.
Porcentagem (%) de cobertura da ESF[7]	Cobertura populacional de equipes de saúde da família no município, obtida pelo site: www.e-gestorab.saude.gov.br. Cobertura classificada. Baixa: menor 50%; média: entre 50 e 70% e alta: maior 70%.	eGestor Informação e Gestão da Atenção Básica 2012 a 2016.
Porcentagem (%) de cobertura de planos privados de saúde	Razão entre número de vínculos de beneficiários de planos e seguros privados de saúde e a população da área, por 100.	ANS[8] e RIPSA, 2012 a 2016.
Taxa de ICSAP[9] na população masculina	Razão entre o número de ICSAP de homens entre 20 e 59 anos e a população masculina entre 20 a 59 anos do município a cada 10.000 habitantes, , padronizada pelo método direto usando como população padrão a população masculina de 20 a 59 anos do Brasil em 2014	SIH-SUS[10] e RIPSA, 2012 a 2016.
Proporção de ICSAP na população masculina	Percentual de ICSAP em homens entre 20 a 59 anos em relação ao total de internações por todas as causas em homens entre 20 a 59 anos no município para cada ano.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.
Número de ICSAP na população masculina	Número absoluto de ICSAP em homens de 20 a 59 anos.	SIH-SUS e RIPSA, 2012 a 2016.

1-Atenção Primária à Saúde; 2-Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2-Internações por condições sensíveis à atenção primária; 3-Referente ao ano de 2010; 4-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 5-Departamento de Informática do SUS; 6- Rede Interagencial de Informações para a Saúde; 7-Estratégia Saúde da Família; 8- Agência Nacional de Saúde;9- Internações Condições Sensíveis à Atenção Primária; 10- Sistema de Informação Hospitalar do SUS.

Fonte: elaborado pela autora.

RESULTADOS

O número total, a taxa e a proporção de ICSAP no sexo masculino na faixa etária 20 a 59 anos, nos anos 2012 a 2016, dos 3.897 municípios brasileiros inseridos no estudo, apresentaram diminuição conforme descritas na Tabela 1. No ano de 2012, o número médio de ICSAP foi 54,89 (DP:260,56) internações por município. E em 2016 foi de 48,07 (DP:243,22). A média da taxa de ICSAP foi de 80,38 (DP:70,75) no ano de 2012 e atingiu em 2016 o valor de 66,07 (DP:60,65). As internações sensíveis representaram em média 19% no ano de 2012 do total de internações gerais em 2016 alcançando 16,09%.

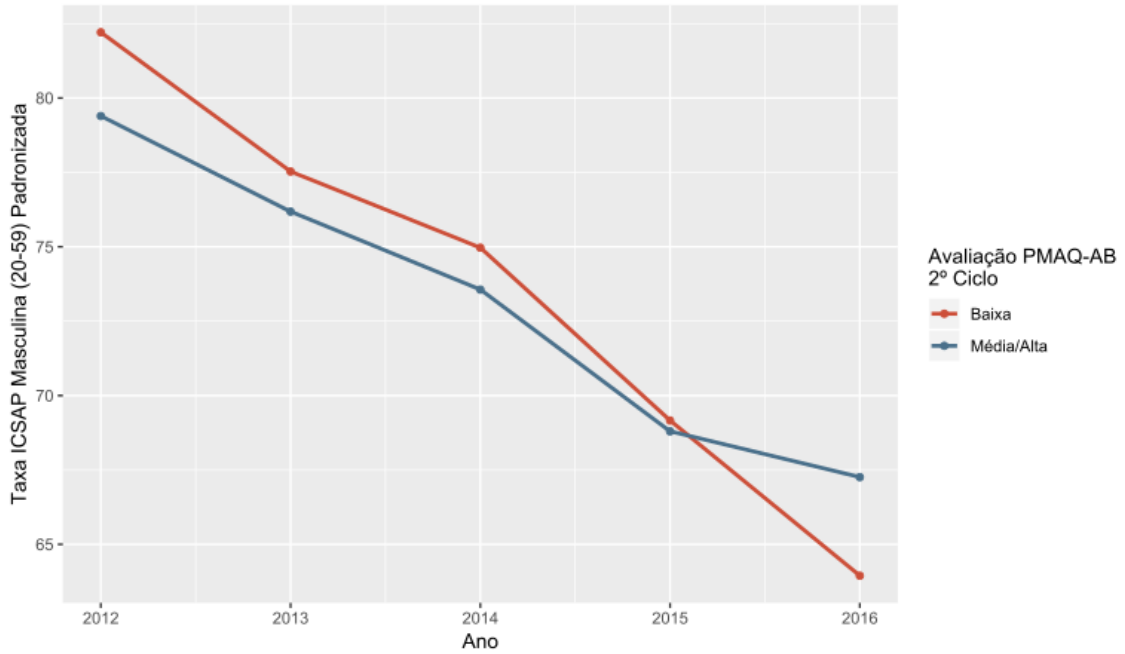
Tabela 1 - Análise descritiva das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

ICSAP[2]	Ano	Média	DP[3]	Min.[4]	Q1[5]	Mediana	Q3[6]	Máx.[7]
ICSAP 20-59a	**2012**	54,89	260,56	0	7	19	55	13784
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		80,38	70,75	0	35,67	61,03	104,97	1092,56
Proporção ICSAP 20-59a		19	10,96	0	11,49	17,03	24,69	75
ICSAP 20-59a	**2013**	53,76	259,13	0	7	19	53	13884
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		76,65	68,75	0	34,69	58,31	97,71	1095,54
Proporção ICSAP 20-59a		18,38	10,67	0	11,11	16,30	23,58	74,07
ICSAP 20-59a	**2014**	51,85	250,99	0	7	18	50	13590
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		74,04	67,60	0	32	56	92	919
Proporção ICSAP 20-59a		17,50	10,30	0	10	16	22	74
ICSAP 20-59a	**2015**	49,85	244	0	6	17	49	13213
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		68,92	62,32	0	30	52	88	632
Proporção ICSAP 20-59a		16,73	9,95	0	10	14,65	21,43	77,78
ICSAP 20-59a	**2016**	48,07	243,22	0	6	16	47	13243
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		66,07	60,65	0	29,15	49,64	81,98	699,18
Proporção ICSAP 20-59a		16,09	9,34	0	9,84	14,43	20,45	80

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2-Internações por condições sensíveis à atenção primária; 3-Desvio padrão; 4-Minimo; 5-Primeiro quartil; 6-Terceiro quartil; 7-Máximo.
Fonte: dados da pesquisa.

A figura mostra a relação da taxa média de internações sensíveis na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 com a qualidade da APS. É possível observar diminuição das taxas de ICSAP nos municípios classificados como baixa qualidade e média/alta qualidade da APS. A partir de 2014 nota-se uma queda mais acentuada na taxa média de ICSAP nos municípios de baixa qualidade em relação aos municípios de média/alta qualidade da APS.

Figura - Relação entre a taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos e a qualidade da atenção primária nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.



1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.
Fonte: dados da pesquisa.

No intuito de verificar se houve uma mudança significativa na inclinação da curva da taxa média de ICSAP na população masculina após o ano de 2014 foi realizada uma análise da inclinação da curva apresentada na figura. Essa análise mostrou que antes de 2014 a redução da taxa média de ICSAP nos municípios de baixa qualidade da APS foi em média 4,5% [3%; 6%] ao ano e após 2014 a redução foi em média de 7,5% [5%; 10%] ao ano, sendo a diferença percentual de -3,29% (valor p< 0,001). Nos municípios de média/alta qualidade da APS antes de 2014 houve uma redução da taxa média de ICSAP de 2,7% [2,5%; 4,9%] ao ano e após 2014 essa redução foi em média de 2,2% [0,1%; 4,3%] ao ano, com diferença percentual de -1,54% (valor p< 0,05) (tabela 2).

Tabela 2 - Análise da alteração na inclinação da curva da taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1], antes e após 2014 - Brasil, 2012 a 2016.

Qualidade	Inclinação até 2014		Inclinação depois de 2014		Diferença percentual
	Exp(β) [I.C.95%][2]	Valor-p	Exp(β) [I.C.95%]	Valor-p	
Baixa	0,955 [0,94; 0,97]	< 0,001	0,925 [0,90; 0,95]	< 0,001	-3,29%
Média/Alta	0,963 [0,951; 0,975]	< 0,001	0,978 [0,957; 0,999]	0,04	-1,54%

1 - Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2- Intervalo de Confiança.
Fonte: dados da pesquisa.

Na análise univariada dos fatores socioeconômicos e das características do sistema de saúde associados às ICSAP na população masculina nos municípios do estudo mostraram associação inversa com o porte municipal e o percentual de plano de saúde e associação direta com coeficiente de gini e com números de leitos. Houve diminuição das ICSAP em municípios de maior porte e com maior porcentagem de população coberta por planos de saúde. E aumento das ICSAP à medida que aumenta as desigualdades sociais e os números de leitos. A baixa e a média cobertura ESF apresentaram associação marginalmente significativa (tabela 3).

Tabela 3 - Análise univariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016.

Variáveis		Exp(β) [I.C. 95%][2]	Valor-p
Coeficiente de Gini[3]	Desigualdade baixa	1,00	-
	Desigualdade média	1,12 [1,03; 1,23]	0,013
	Desigualdade alta	1,12 [1,02; 1,23]	0,017
Número de leitos		1,15 [1,14; 1,17]	< 0,001
Porte Municipal	Metrópole	1,00	-
	Grande porte	0,90 [0,67; 1,19]	0,460
	Médio porte	1,20 [0,90; 1,59]	0,213
	Pequeno porte II	1,48 [1,12; 1,96]	0,006
	Pequeno porte I	1,41 [1,06; 1,86]	0,017
Cobertura da Estratégia Saúde da Família	Alta	1,00	-
	Média	1,02 [1,00; 1,05]	0,056
	Baixa	1,03 [1,00; 1,06]	0,057
% de planos de saúde (10%)		0,93 [0,91; 0,95]	< 0,001

1 - Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2- Intervalo de Confiança; 3-referente ao ano 2010.
Fonte: dados da pesquisa.

Tabela 4 - Análise multivariada dos fatores associados à taxa média de internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB[1] - Brasil, 2012 a 2016.

Variáveis			Modelo Inicial		Modelo Final	
			Exp(β)[I.C 95%][2]	valor-p	Exp(β)[I.C 95%]	valor-p
Variáveis de controle	Índice de Gini[3]	Desigualdade baixa	1,00	-		
		Desigualdade média	1,03 [0,95; 1,12]	0,49		
		Desigualdade alta	1,00 [0,91; 1,09]	0,94		
	Números de leitos		1,14 [1,13; 1,16]	<0,001	1,14 [1,13; 1,16]	<0,001
	Porte municipal	Metrópole	1,00	-	1,00	-
		Grande porte	0,90 [0,69; 1,18]	0,45	0,90 [0,68; 1,2]	0,49
		Médio porte	1,15 [0,88; 1,51]	0,31	1,16 [0,87; 1,54]	0,31
		Pequeno porte II	1,37 [1,04; 1,79]	0,02	1,38 [1,03; 1,83]	0,03
		Pequeno porte I	1,30 [0,99; 1,71]	0,06	1,31 [0,99; 1,75]	0,06
	Cobertura ESF[4]	Alta	1,00	-		
		Média	1,01 [0,99; 1,03]	0,39		
		Baixa	1,01 [0,98; 1,04]	0,44		
	% de planos de saúde (10%)		0,96 [0,94; 0,98]	<0,001	0,96 [0,95; 0,98]	<0,001
Efeito da qualidade da APS na média de interna-ções	2012	Baixa	1,00	-	1,00	-
		Média/Alta	0,99 [0,94; 1,04]	0,64	0,98 [0,93; 1,03]	0,46
	2013	Baixa	1,00	-	1,00	-
		Média/Alta	1 [0,96; 1,05]	0,88	1 [0,95; 1,05]	0,89
	2014	Baixa	1,00	-	1,00	-
		Média/Alta	1,02 [0,97; 1,07]	0,42	1,01 [0,97; 1,06]	0,59
	2015	Baixa	1,00	-	1,00	-
		Média/Alta	1,04 [0,99; 1,09]	0,16	1,03 [0,98; 1,08]	0,25
	2016	Baixa	1,00	-	1,00	-
		Média/Alta	1,05 [1,00; 1,11]	0,06	1,05 [0,99; 1,1]	0,10
Análise da tendência de interna-ções	Baixa		0,94 [0,94; 0,96]	<0,001	0,95 [0,94; 0,96]	<0,001
	Média/Alta		0,96 [0,96; 0,97]	<0,001	0,96 [0,95; 0,97]	<0,001

1 - Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2-Intervalo de Confiança. 3-Referente ao ano 2010. 4-Estratégia Saúde da Família.

Fonte: dados da pesquisa.

Na análise multivariada, entraram para o modelo inicial todas as variáveis analisadas na univariada que apresentaram valor-p< 0,20. Após a aplicação do método *backward*, apenas o número de leitos, porte municipal e porcentagem de planos de saúde foram as variáveis que mostraram associação significativa com o desfecho do estudo de maneira multivariada (valor-p< 0,05). Em relação ao número de leitos, a cada 1 leito por 1000 habitantes ocorre um aumento

médio de 14% [13%; 16%] nas taxas de ICSAP. Os municípios de pequeno porte II apresentam um aumento médio 38% [3%; 83%] nas taxas de ICSAP em comparação as metrópoles. E por fim os planos de saúde, que em cada aumento de 10% na cobertura de planos ocorre diminuição de 4% [2%; 5%] da taxa de ICSAP (tabela 4).

Na análise multivariada inicial e final do efeito da qualidade da APS na média das ICSAP na população masculina, foi observado com não houve diferença significativa (valor-p >0,05) entre os municípios classificados como baixa qualidade e média/alta qualidade da APS, nos anos de estudo (tabela 4).

A análise da tendência das taxas de ICSAP no modelo inicial (tabela 4), foi possível verificar redução significativa (valor-p< 0,001) em média de 6% [4%; 6%] ao ano na taxa de ICSAP nos municípios avaliados com baixa qualidade e redução em média de 4% [3%; 4%] ao ano nos municípios classificados com média/alta qualidade da APS. E no modelo final, a análise da tendência das taxas de ICSAP permaneceu significativa (valor-p< 0,001) em ambas as qualidades da APS. Os municípios de baixa qualidade apresentaram uma queda média de 5% [4%; 6%] ao ano na taxa ICSAP e os municípios de média/alta qualidade apresentaram uma queda em média de 4% [3%; 5%] ao ano, porém, como há sobreposição dos intervalos de confiança não é possível afirmar que houve diferença na tendência de redução de taxa média de ICSAP para os dois grupos de municípios em estudo [0,94;0,96 e 0,95;0,97] (tabela 4).

DISCUSSÃO

A análise das variáveis associados às ICSAP nos municípios do estudo mostrou associação inversa com o porte municipal e com percentual de plano de saúde e relação direta com a maior disponibilidade de leitos hospitalares. Estudos envolvendo indivíduos de 20 a 59 anos no Rio Grande do Sul mostraram que municípios pequenos tiveram maior taxa de hospitalizações sensíveis em relação aos grandes e médios municípios (DIAS-DA-COSTA *et al.,* 2010; SOUZA e DIAS-DA-COSTA, 2011). A influência da cobertura de plano de saúde nas ICSAP reforça a sugestão feita por Alfradique *et al.,* (2009) de que em áreas onde predominam o acesso à rede privada, pode haver aumento de consultas preventivas, bem como menor utilização da rede pública hospitalar. Em relação a variável, número de leito por mil habitantes, estudos em municípios do Espirito Santo, mostraram que a maior proporção de leitos do SUS ofertados também estavam associadas a maior risco de ICSAP (PAZO *et al.,* 2014; PAZO *et al.,* 2017). Esse resultado também é consistente com estudos publicados internacionalmente (BURGDORF e SUNDMACHER, 2014; VAN LOENEN *et al.,* 2016).

Controlado os fatores socioeconômicos e as características do sistema de saúde o estudo evidenciou que não houve diferença significativa na tendência de redução da taxa média de ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos entre os municípios de baixa qualidade e de média/alta qualidade da APS avaliados pelo PMAQ-AB. Esse resultado vai de encontro com outras pesquisas desenvolvidas no Brasil na tentativa de explicar a influência da qualidade da APS nas ICSAP, utilizando como instrumento de avaliação o *Primary Care Assessment Tool*, (PCATool). Este Instrumento apresenta um conjunto de ferramentas de pesquisa para avaliação dos serviços de APS, adotado mundialmente e com questionário adaptado para o Brasil (LIMA *et al.*, 2018). Um desse estudo foi desenvolvido em Porto Alegre, de 2006 a 2011, identificou que a melhor qualidade dos serviços de APS não foi capaz de influenciar a taxa de ICSAP (GONCALVES *et al.*, 2015). Outro trabalho que tomou como local o município de Belo Horizonte, 2010 a 2013, investigou a correlação entre os escores de qualidade e tendências de tempo de ICSAP, evidenciou que os melhores escores para qualidade não implicaram na variação das taxas de admissão das ICSAP (MENDONÇA *et al.*, 2017). Pesquisas também desenvolvidas internacionalmente são condizente com esses achados. Estudo realizado na Escócia utilizando o maior programa de pagamento por desempenho em saúde do mundo, conhecido por *Quality and Outcomes Framework* (QOF), em que os desempenhos foram medidos por uma série de indicadores, principalmente medidas de qualidade de tratamento de doenças crônicas entre os anos 2005 a 2012. Os resultados mostraram que apenas um pequeno número de medidas de qualidade clínica da atenção primária estava associado à redução de ICSAP, sendo que a maioria das medidas de qualidade não foi estatisticamente significativa (VAN DER POL *et al*., 2019). Outra pesquisa conduzida em anos anteriores na Inglaterra também não evidenciou associação entre as melhores pontuações do QOF com as taxas de internações por doenças coronarianas (BOTTLE *et al.*, 2008).

Este estudo não descarta a possibilidade de que um município de alta qualidade da APS possa contribuir para a redução de internações sensíveis. Assim, algumas hipóteses podem ser elencadas para tentar explicar a não relação da qualidade da APS com as taxas de ICSAP, sendo que essas podem estar relacionados tanto na avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB, quanto com o uso das ICSAP como indicador de desempenho dos cuidados primários à saúde.

Em relação ao PMAQ-AB, os achados desse estudo foram específicos para um período de análise e fez uso de uma tipologia de qualidade que utilizou notas das eSF avaliadas pelo PMAQ-AB referentes apenas ao segundo ciclo, anos 2013/2014, ou seja, uma parte do período de análise, o que pode não ter contribuído para captar ao longo desse tempo as várias mudanças

no perfil de qualidade da APS desses municípios. O PMAQ-AB incentiva também o processo de melhoria contínua da qualidade da APS, o que favorece para que equipes com pior desempenho no segundo ciclo possam melhorar sua atuação no ciclo seguinte e consequentemente, melhorar a qualidade da APS no município em que estava inserida, sendo que essa hipótese o estudo não foi capaz de avaliar, pois utilizou como medida pontual apenas o segundo ciclo. O que refere aos indicadores utilizados pelo PMAQ-AB no segundo ciclo, observa-se um grande número de indicadores de resultados clínicos, principalmente para doenças crônicas, outras doenças importantes relacionadas diretamente às ICSAP, como as respiratórias, não estão incluídas, assim como a vacinação em adultos (MACINKO; HARRIS; ROCHA, 2017).

Durante a realização do segundo ciclo do PMAQ-AB, houveram mudanças importante no funcionamento e desempenho da APS. Uma dessas mudanças pode-se citar a introdução do Programa Mais Médicos (PMM) a partir do ano 2013 nos serviços de APS. Estudo de abrangência nacional sinalizou que o PMM teve um impacto positivo na redução da escassez de médicos na APS no Brasil, demonstrando aumento na oferta de profissionais entre 2013 e 2015 (GIRARDI *et al.,* 2016). Estudos trazem que os municípios em situação de extrema pobreza foram os mais beneficiados, recebendo o maior número de profissionais (NOGUEIRA *et al.,* 2016). Outros estudos demonstraram melhoria do acesso e da qualidade dos serviços em locais de vulnerabilidade social mais elevada com a implantação do PMM (SILVA *et al.,* 2016).

A avaliação realizada pelo PMAQ-AB durante o segundo ciclo não foi capaz de captar a influência do PMM nos cuidados primários de saúde, pois o programa encontrava-se em sua fase inicial sem conduto conseguir ainda mostrar seu impacto na saúde da população. Mas nota-se perfeitamente nesse estudo que a partir de 2014 (figura) ocorreu uma queda mais acentuada na taxa de ICSAP nos municípios de baixa qualidade em relação aos municípios de média/alta qualidade da APS, fato esse confirmado com a análise da alteração da inclinação na curva da taxa média ICSAP antes e após 2014, o que pode inferir além das melhorias na APS ao longo dos anos, mas também a influência da inserção dos profissionais do PMM nos municípios brasileiros. Castro *et al.,* (2015) apontam que o fato de ter entrado profissionais médicos no Brasil favoreceu uma melhoria na qualidade ofertada a população. Considerando que o PMM foi implantado gradativamente a partir de 2013, mudanças mais efetivas na situação de saúde da população só poderiam ser mensuradas a longo prazo (GONCALVES *et al.,* 2016). Diversos estudos mostraram o impacto do PMM na redução das ICSAP nos municípios brasileiros (CASTRO *et al.* 2015; FONTES, CONCEICAO e JACINTO, 2018; GONCALVES *et al.* 2016). Publicações desenvolvidas na Alemanha, Coreia e Portugal também corroboraram com

a associação de cuidados médicos com baixa internações sensíveis (BURGDORF e SUNDMACHER, 2014; KIM *et al.*, 2019; ROCHA, NUNES e SANTANA, 2019).

No que se refere as ICSAP, existência de serviços de APS bem estruturados e com boa qualidade deve interferir favoravelmente sobre as ICSAP. Embora diversas publicações trazem que a clientela masculina procura pouco os serviços de saúde, não adotam práticas de autocuidado e preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou unidade emergenciais (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017; CHAVES, FERNANDES e BEZERRA, 2018), observa-se que de alguma forma esse grupo está recebendo cuidados essenciais à saúde, o que pode ter contribuído para a queda das internações sensíveis. Contudo, não se pode ignorar a influência de fatores sociais, características individuais e fatores externos às ICSAP. Alguns autores colocam que deve se ter cautela na interpretação dos achados de internações e a realização de inferências (BOTELHO e PORTELA, 2017; MORIMOTO e COSTA, 2017). Dourado *et al.*, (2011) trazem que múltiplos fatores podem estar interferindo nas internações hospitalares, incluindo a mudança dos perfis sociodemográficos e econômicos dos grupos populacionais, aumento da incidência ou prevalência de determinadas doenças, padrões de morbidade e mortalidade, ou a maior rede de serviços de saúde oferecidos. A literatura internacional também traz que as ICSAP podem estar relacionadas com as características da população e do sistema de saúde (VAN DER POL *et al.,* 2019).

Com relação às limitações**,** deve-se apontar a utilização de base de dados secundárias oriundas do SIH, o que pode ocasionar falha no registro da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), classificação dos códigos de internações e contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente. A outra se deve ao fato de ter sido construído um indicador de "nível de qualidade" da APS nos municípios brasileiros a partir das notas das equipes. Essa estrutura pode não ter englobado completamente as situações de diversidade das equipes dentro de um município, uma vez que a unidade de análise utilizada na avaliação do PMAQ-AB foi a equipe, mas o estudo procurou avaliar os municípios com maior número de adesão de suas equipes ao programa, na tentativa de melhorar a representatividade da amostra.

Dentre as limitações sobre o PMAQ-AB, cabe destacar, que os dados coletados a partir de informações prestadas por coordenadores das equipes sem, portanto, serem validadas por outras fontes e ausência de representatividade da amostra de usuários, com a seleção não aleatória de pacientes entrevistados no interior da UBS. Entretanto, é importante destacar que as referidas limitações não invalidam a relevância do estudo, apenas são úteis para o surgimento de novas possibilidades de pesquisas que venham a complementar os resultados.

CONCLUSÃO

O estudo revelou que não houve diferença significativa na tendência de redução da taxa média de ICSAP na população masculina de 20 a 59 anos entre os municípios de baixa qualidade e de média/alta qualidade da APS avaliados pelo PMAQ-AB, no período de análise de 2012 a 2016. Observaram-se fragilidades tanto na avaliação pontual da APS, realizada a partir de dados do PMAQ-AB, quanto na falta de controle de todos os fatores de confundimento nas taxas de ICSAP. No entanto, destaca-se que melhorias na APS possam ter favorecido a redução das internações sensíveis, o que reforça a importância de investimentos financeiros e direcionamento de políticas públicas. Sugere que estudos nessa temática continuem a serem realizados para sanar lacunas do processo avaliativo na APS e aprofundar nas comparações entre qualidade dos serviços primários e as ICSAP.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira *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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio. 2016.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risk of misinterpretation of trends in hospital admissions for primary care sensitive conditions in local contexts: Itaboraí, Rio de Janeiro State, Brazil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, abr. 2017.

BOTTLE, Alex *et al*. Association between quality of primary care and hospitalization for coronary heart disease in England: national cross-sectional study. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 2, p. 135-141, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, abr. 2008, n° 221, p. 70. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: DF, p. 46. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011a, n° 138, p. 79. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BURGDORF, Friederike; SUNDMACHER, Leonie. Potentially avoidable hospital admissions in Germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. **Detsches Ärzteblatt International**, v. 111, n. 13, p. 215-223, 2014.

CAMINAL, Homar Josefina; CASANOVA, Carmen Matutano. La evaluacion de La atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Atencion Primária, España, **Gestión**, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003.

CASTRO, Ana Luisa Barros de *et al.* Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2353-2366, nov. 2015.

CHAVES, Jéssica Bazilio; FERNANDES, Sheyla Christine Santos; BEZERRA, Daniela Santos. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 9, n. 3, p. 38-57, dez. 2018.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010.

DOURADO, Ines *et al.* Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical Care**, Filadélfia, v. 6, n. 49, p. 577-584, 2011.

FONTES, Luiz Felipe Campos; CONCEIÇÃO, Otavio Canozzi; JACINTO, Paulo de Andrade. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. **Health economics**, v. 27, n. 8, p. 1284-1299, 2018.

GIRARDI, Sábado Nicolau *et al.* Impact of the Mais Médicos (More Doctors) Program in reducing physician shortage in Brazilian primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, set. 2016.

GONÇALVES, Rogerio Fabiano *et al*. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2815-2824, 2016.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 238-242, 2015.

KIM, Agnus M. *et al.* Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. **BMC health services research**, v. 19, n. 1, p. 1-7, 2019.

LIMA, Juliana Gagno *et al*. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n.esp. 1, p. 52-66, set. 2018.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J.; ROCHA, Marcia Gomes. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **The Journal of ambulatory care management**, v. 40, n. 2, p. S4-S11, 2017.

MEDEIROS, Renata Lívia Silva Fonseca Medeiros. **Dificuldades e Estratégias de Inserção do Homem na Atenção Básica: a fala dos enfermeiros.** 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013

MENDONÇA, Claunara Schilling *et al.* Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, Kettering, v. 32, n. 10, p. 1368-1374, 2017.

MORIMOTO, Tissiani; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

NOGUEIRA, Priscila Tamar Alves *et al*. Características da distribuição de profissionais do Programa Mais Médicos nos estados do Nordeste, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2889-2898, 2016.

PAZÓ, Rosalva Grobério *et al.* Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, 2014.

PAZÓ, Rosalva Grobério *et al*. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12, jan/dez. 2017.

ROCHA, João Victor Muniz; NUNES, Carla; SANTANA, Rui. Avoidable hospitalizations in Brazil and Portugal: Identifying and comparing critical areas through spatial analysis. **PloS one**, v. 14, n. 7, p.1-16, jul. 2019.

SANTOS JÚNIOR, Renato Queiroz dos *et al*. Saúde do homem na Bahia: a internação hospitalar de adultos nos anos 2000 e 2010. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 139-157, out. 2017.

SILVA, Bruna Pontes da *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9 p. 2899-2906, 2016.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SOLANO, Lorrainy Cruz *et al.* O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. **Rev fundam care** [online], Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 302-308, abr/jun. 2017.

SOUZA, Leonardo Lemos de; DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

VAN LOENEN, Tessa *et al.* The impact of primary care organization on avoidable hospital admissions for diabetes in 23 countries. **Scandinavian journal of primary health care**, v. 34, n. 1, p. 5-12, 2016.

VAN DER POL, Marjon *et al*. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. **BMC family practice**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2019.

ANEXO C – Artigo 2

REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA POPULAÇÃO MASCULINA ENTRE 2012-2016

RESUMO

Este estudo tem por objetivo avaliar a tendência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários das bases do PMAQ-AB e dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Foram incluídos municípios com 80% ou mais de adesão das suas equipes ao PMAQ-AB, totalizando 3.897 municípios. Para análise da tendência das taxas de ICSAP utilizou-se o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE) através de uma regressão marginal Log-Linear Gama. Considerou-se estatisticamente significativo valor-p< 0,05. As ICSAP foram responsáveis por 4.925.515 internações na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016. A taxa de ICSAP foi menor em todos os anos de análise em comparação com a taxa de internações gerais. Houve tendência significativa (valor-p< 0,001) de queda na taxa média geral de ICSAP e na maioria dos grupos de causas, exceto as internações referentes as infeções de pele e tecido subcutâneo que tiveram uma tendência significativa (valor-p< 0,001) de aumento de 3% ao ano [IC:2%;4%]. O estudo mostrou que a taxa geral de ICSAP teve tendência de queda, tendência decrescente em quase todos os grupos de causas de internações sensíveis no período de 2012 a 2016 e diminuição da taxa de internações gerais a partir de 2014 na população masculina de 20 a 59 anos nos municípios brasileiros que participaram do segundo ciclo do PMAQ-AB. Destaca que implementação de programas que incentivem melhorias no acesso e na qualidade em saúde no âmbito da APS contribui para redução das internações sensíveis na população masculina.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Saúde do Homem. Hospitalização. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível de atenção primordial de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na constituição de 1988 (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Deve se considerar APS um espaço favorável ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com ações voltadas tanto para a clientela feminina, quanto masculina. Carneiro *et al.,* (2016) colocam que por muito tempo, os serviços e as estratégias de saúde enfatizaram as políticas voltadas para a promoção da saúde da criança, do adolescente, da mulher e do idoso, sendo o homem muitas das vezes esquecidos pelas políticas públicas. Nota-se uma grande dificuldade para abarcar a clientela masculina, que ao contrário das mulheres, culturalmente condicionadas a promoverem o autocuidado, os homens apresentam resistência e dificuldade para reconhecerem os sinais e sintomas da doença, com isso resistem em procurar auxílio médico e acabam por negligenciar o uso dos serviços de saúde e a integração em práticas de prevenção e promoção a saúde (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017).

As questões relacionadas ao processo de saúde-doença na população masculina vêm se caracterizando como um importante campo de estudos, proporcionando debates e reflexões no âmbito da APS. O Ministério da Saúde (MS), reconhecendo a necessidade de atenção à saúde do homem, publicou em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), como o intuito de contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da população masculina brasileira na faixa etária de 20 a 59 anos, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da facilitação do acesso às ações e serviços de saúde, tendo como entrada preferencial à APS (BRASIL, 2009).

Tanto no nível individual, quanto no coletivo, diferentes pesquisas mostram o papel que os profissionais da APS têm em prover um cuidado de alta qualidade, centrado na pessoa e não apenas na doença, com melhora no manejo de pacientes com multimorbidades e em diversos desfechos de saúde, entre eles as hospitalizações preveníveis (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, um indicador que tem sido utilizado para avaliação indireta do primeiro nível de atenção à saúde refere-se às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) também conhecida como internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) (CAMINAL e CASANOVA, 2003). Desenvolvidas por John Billings e colaboradores na década de 1990, são internações por doenças passíveis de controle e redução por meio da APS

acessível, de qualidade e efetiva, envolvendo prevenção e continuidade do cuidado (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; BOTELHO e PORTELA, 2017).

A qualidade dos cuidados prestados à população masculina no nível primário pode ser um agravante para o afastamento dessa parcela significativa da população dos serviços de saúde e consequentemente uma piora nos indicadores epidemiológicos e de morbimortalidade. No que diz respeito a avaliação da qualidade da APS, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), um programa de abrangência nacional lançado em 2011 pelo MS, que certifica o desempenho das Equipes de Saúde da Família (eSF) a partir de inúmeros padrões de qualidade (BRASIL, 2011). O programa está organizado em quatro fases que se complementam e constituem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização (BRASIL, 2011). Essas fases podem proporcionar transformações "[...]mudanças dos modos de gerir e organizar não só os serviços, mas o processo de trabalho em saúde [...]" (PINTO; FERLA, 2015, p. 89).

O primeiro ciclo do PMAQ-AB ocorreu entre 2011 a 2012, com 3972 municípios aderidos, participação de 17482 eSF, 12436 Equipes de Saúde Bucal (eSB) e o segundo ciclo foi entre 2013 a 2014, com 5077 municípios aderidos, com 30424 eSF e 19898 eSB participando (BRASIL, 2018). O terceiro ciclo iniciou em 2016, com um percentual de eSF contratualizadas de 97,8% com 5.324 municípios aderidos ao programa (GIOVANELLA *et al.*, 2018). O número de municípios e de equipes que aderiram ao PMAQ-AB ao longo desses três ciclos vem aumentando consideravelmente o que evidencia um compromisso dos gestores e dos trabalhadores em função de alcançar uma melhoria na qualidade dos serviços prestados na APS.

A avaliação proporcionada pelo PMAQ-AB contribui para a melhoria do acesso, continuidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde da população. Mediante a isso, o estudo tem como objetivo avaliar a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária na população masculina no período de 2012 a 2016 nos municípios brasileiros que participaram no segundo ciclo do PMAQ-AB.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo ecológico, abordagem quantitativa de dados secundários das bases do PMAQ-AB e dados do Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A unidade de análise foram os municípios brasileiros que participaram do segundo

ciclo do PMAQ-AB, entre aos anos 2013/2014. Contudo, como a adesão das equipes ao PMAQ-AB foi voluntária, apresentou uma variação no percentual de equipes participantes entre os diferentes municípios. Assim, o presente estudo, adotou como critério de inclusão municípios com 80% ou mais de adesão das suas equipes ao PMAQ-AB, sendo este um importante modo de melhorar a representatividade dos municípios, constituindo um total de 3.897 municípios.

A seleção dos dados das ICSAP, foi realizada através da lista nacional de ICSAP conforme a Portaria do MS n° 221, de 17 de abril de 2008, que é composto por 19 grupos diagnósticos divididos em 120 categorias da Classificação Internacional de Doença (CID-10) (BRASIL, 2008). Para esse estudo foram utilizados 17 grupos de causas relacionadas ao sexo masculino, excluindo os grupos 17 e 19, por se tratar de doenças que acometem apenas a população feminina, referente as doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos e as doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

O banco de dados referentes as internações hospitalares foi confeccionado por grupo de causas de ICSAP, estratificados por sexo (masculino) e idade (20 a 29; 30 a 39; 40 a 49 e 50 a 59 anos), número total de ICSAP e número total de internação por todas as causas, referente a cada um dos 3.897 municípios incluídos no estudo, nos anos de 2012 a 2016. A seleção da faixa etária foi baseada na PNAISH (BRASIL, 2008).

Para a caracterização geral da ocorrência de ICSAP, foram também calculadas as taxas brutas, taxas padronizadas pelo método direto por sexo e idade, proporções de internações sensíveis e a taxa de internações gerais. O cálculo das taxas padronizada de ICSAP e das internações gerais, definiu como população padrão a população masculina do Brasil na faixa etária de 20-59 anos referente ao ano 2014.

Para análise descritiva e processamento dos dados foram utilizados o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 e o software R versão 3.6.0. Foram realizadas análises descritivas das variáveis contínuas descritas com medidas de tendência central, dispersão e posição.

Para verificar se a taxa média de ICSAP apresentava tendência significativa ao longo do tempo foi utilizado o modelo *Generalized Equations Estimating* (GEE). A variável de interesse (taxa de ICSAP) apresenta distribuição assimétrica com calda à direita e, dessa forma, foi utilizada a Regressão Marginal Log-Linear Gama. A distribuição Gama abrange valores numéricos não-negativos, logo foi necessário somar um pequeno valor (0,001) à todas as taxas de internação, uma vez que alguns municípios não apresentaram internações em determinados anos. Como o valor foi adicionado à todas as taxas, a alteração não produziu viés nas inferências do modelo. Adotou um nível de 5% de significância.

O estudo cumpre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas na Resolução 196/96 de 10 de outubro de 1996 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, em 30/5/2012, registro 28804.

RESULTADOS

As ICSAP foram responsáveis por 4.925.515 internações na população masculina de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 nos 3.897 municípios incluídos no estudo.

O número total, a taxa e a proporção de ICSAP no sexo masculino na faixa etária 20 a 59 anos, nos anos 2012 a 2016, apresentaram diminuição e a taxa de internações gerais, apresentou queda após o ano de 2014 conforme descritas na Tabela 1. No ano de 2012, o número médio de ICSAP foi 54,89 (DP:260,56) internações por município e em 2016 foi de 48,07 (DP:243,22). A média da taxa de ICSAP foi de 80,38 (DP:70,75), no ano de 2012 e atingiu em 2016 o valor de 66,07 (DP:60,65). As internações sensíveis representaram em média 19% no ano de 2012 do total de internações gerais e em 2016 alcançando em 16,9%. A média da taxa de internação geral, apresentou oscilação nos primeiros anos e a partir de 2014 apresentou queda, 2014 foi de 404,11 (DP:177,55), 2015 de 396,02 (DP:179,65) e 2016 de 393,71 (DP:182,48).

As ICSAP no sexo masculino na faixa etária de 20 a 59 anos no período de 2012 a 2016 apresentaram tendência significativa (valor-p< 0,001) de queda em média de 5% [2%; 5%] ao ano, com redução de 17,80%, comparando a taxa de 2012 a 2016. Em relação aos grupos de causas de ICSAP, estes apresentaram em sua maioria uma redução das causas, com destaque para gastroenterites com diminuição em média 8% [7%; 9%] ao ano, com redução de 27,27%, comparando-se a taxa de 2012 e 2016, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com redução de 7% [5%; 8%] ao ano, insuficiência cardíaca com redução de 5% [4%; 6¨%] ao ano e deficiências nutricionais com diminuição de 4% [2%; 6%] ao ano, com redução de 19,52% comparando 2012 e 2016. Houve tendência significativa (valor-p< 0,001) de crescimento na taxa média de internações referentes as infeções de pele e tecido subcutâneo de 3% [2%; 4%] ao ano, sendo que a diferença percentual no período foi de 13,35%. As causas relacionadas as

Tabela 1 - Análise descritiva das internações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios participantes do segundo ciclo do PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

ICSAP[2]	Ano	Média	DP[3]	Min.[4]	Q1[5]	Mediana	Q3[6]	Máx.[7]
ICSAP 20-59a	**2012**	54,89	260,56	0	7	19	55	13784
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		80,38	70,75	0	35,67	61,03	104,97	1092,56
Proporção ICSAP 20-59a		19	10,96	0	11,49	17,03	24,69	75
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		401,44	176,44	0	276	383	502	2400
ICSAP 20-59a	**2013**	53,76	259,13	0	7	19	53	13884
Taxa padronizada ICSAP-20-59a		76,65	68,75	0	34,69	58,31	97,71	1095,54
Proporção ICSAP 20-59a		18,38	10,67	0	11,11	16,30	23,58	74,07
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		397,02	176,56	0	273,31	379,48	493,22	1784,07
ICSAP 20-59a	**2014**	51,85	250,99	0	7	18	50	13590
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		74,04	67,60	0	32	56	92	919
Proporção ICSAP 20-59a		17,50	10,30	0	10	16	22	74
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		404,11	177,55	9	278	384	501	1579
ICSAP 20-59a	**2015**	49,85	244	0	6	17	49	13213
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		68,92	62,32	0	30	52	88	632
Proporção ICSAP 20-59a		16,73	9,95	0	10	14,65	21,43	77,78
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		396,02	179,65	0	267,62	373,97	488,72	1703,84
ICSAP 20-59a	**2016**	48,07	243,22	0	6	16	47	13243
Taxa padronizada ICSAP 20-59a		66,07	60,65	0	29,15	49,64	81,98	699,18
Proporção ICSAP 20-59a		16,09	9,34	0	9,84	14,43	20,45	80
Taxa padronizada internação Geral 20-59a		393,71	182,48	15,52	270,64	367,49	483,66	2149,95

1-Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; 2-Internações por condições sensíveis à atenção primária; 3-Desvio padrão; 4-Minimo; 5-Primeiro quartil; 6-Terceiro quartil; 7-Máximo.

Fonte: dados da pesquisa.

anemias (p= 0,836), infecção de ouvido e garganta (p= 0,514) e epilepsia (p= 0,227) não apresentaram tendência significativa no período de análise (Tabela 2).

Tabela 2 – Tendência por grupo de causas das internações por condições sensíveis à atenção primária por 10.000 habitantes na população masculina de 20-59 anos nos municípios que participaram do segundo ciclo de PMAQ-AB[1]- Brasil, 2012 a 2016.

Grupos de causa	Exp(β)[I.C 95%][2]	Valor-p	Tendência	Amplitude média (%)
ICSAP[3] - Geral	0,95 [0,95; 0,98]	< 0,001	Redução	-17,80%
Doenças imunupreviníveis	0,96 [0,95; 0,98]	< 0,001	Redução	-14,27%
Gastroenterites	0,92 [0,91; 0,93]	< 0,001	Redução	-27,27%
Anemia	1,00 [0,98; 1,02]	0,836	Estabilidade	1,36%
Deficiências nutricionais	0,96 [0,94; 0,98]	< 0,001	Redução	-19,52%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,01 [0,98; 1,04]	0,514	Estabilidade	10,27%
Pneumonias bacterianas	0,96 [0,94; 0,97]	< 0,001	Redução	-14,14%
Asma	0,96 [0,94; 0,98]	< 0,001	Redução	-14,78%
Doenças pulmonares	0,95 [0,94; 0,97]	< 0,001	Redução	-17,27%
Hipertensão	0,93 [0,92; 0,95]	< 0,001	Redução	-25,49%
Angina	0,99 [0,98; 1,00]	< 0,001	Redução	-3,77%
Insuficiência cárdica	0,95 [0,94; 0,96]	< 0,001	Redução	-19,05%
Doenças cerebrovasculares	0,99 [0,98; 1,00]	0,003	Redução	-5,14%
Diabetes mellitus	0,97 [0,97; 0,98]	< 0,001	Redução	-10,42%
Epilepsias	0,99 [0,98; 1,01]	0,227	Estabilidade	-0,29%
Infecção nos rins e trato urinário	0,96 [0,96; 0,97]	< 0,001	Redução	-14,16%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	1,03 [1,02; 1,04]	< 0,001	Crescimento	13,35%
Ulcera gastrointestinal	0,98 [0,97; 0,99]	< 0,001	Redução	-10,33%

1- Referente aos 3.897 municípios que tiveram adesão > 80% de suas equipes ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2- Intervalo de Confiança. 3-Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.
Fonte: dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

O número total, a taxa, a proporção de ICSAP nos anos 2012 a 2016 e a taxa de internações gerais a partir de 2014 no sexo masculino na faixa etária 20 a 59 anos apresentaram diminuição, fato esse que pode ser verificado em alguns estudos com enfoque municipal e de abrangência nacional envolvendo tanto o sexo masculino quanto o feminino (MENDONÇA *et al.*, 2017; PINTO e GIOVANELLA, 2018; SANTOS JUNIOR *et al.*, 2017; SANTOS; LIMA; FONTES, 2019). Apesar das listas de ICSAP serem diferentes e variar de acordo com o contexto de cada país, a literatura internacional também traz estudo que demonstra declínios nas taxas de ICSAP em ambos sexos (GONZÁLEZ-VÉLEZ, 2019).

Em relação às diferenças entre sexos, estudos avaliando tendência das ICSAP, apontam ausência de um padrão do sexo mais prevalentes, havendo grande heterogeneidade nas internações (AVELINO *et al.,* 2015; SANTOS, LIMA e FONTES, 2019; SOUSA *et al.,* 2016; SOUZA e PEIXOTO, 2017). Diante da literatura consultada, pode-se concluir que, para o Brasil como um todo, as taxas de ICSAP por sexo podem variar dependendo da região em estudo.

Quando avaliado a tendência dos grupos de causas de internações sensíveis na população estudada, verificou-se redução na maioria dos grupos diagnósticos, sendo que as reduções mais acentuadas ocorrem nas gastroenterites, HAS, insuficiência cárdica e deficiências nutricionais. Segundo resultados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2013) há maior proporção de mulheres que referiram diagnóstico médico de HAS e de diabetes que em relação a população masculina. Estudo realizado em Ribeirão Preto-São Paulo nos anos de 2000 a 2007 tiveram entre os grupos de causas com maior queda as gastroenterites (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012). Estudo conduzido em Goiás 2005 a 2015, apresentou tendência decrescente dos casos de ICSAP para o sexo masculino em toda as faixas etárias e com tendência de redução na maioria dos grupos de causas, com destaque para HAS, seguida das gastroenterites e insuficiência cardíaca (MAIA *et al.,* 2019). Estudo recente abarcando os anos 2009 a 2018 identificou no Distrito Federal, reduções nos grupos das doenças cardiovasculares como HAS, insuficiência cardíaca e angina na população adulta (20-59 anos) e idosa (maiores de 60 anos) (PINTO *et al.,* 2019). Estudo a nível nacional evidenciou no período de 2010 a 2015, queda progressiva anual das internações por HAS, favorecendo a redução dos custos, principalmente no sexo masculino na faixa etária menor que 60 anos (DANTAS *et al.,* 2018).

Dentre os grupos de causas deste estudo que não acompanhou a tendência de redução, é válido citar, de modo isoladamente as infecções da pele e tecido subcutâneo que tiveram uma tendência de crescimento. Confirmando resultados de estudos recentes, um desenvolvido em Goiás, com a população masculina de todas faixas etárias, outro realizado no estado de Rondônia envolvendo toda a população, encontraram que as infecções da pele e tecido subcutâneo são uma das condições mais frequentemente causadoras de ICSAP (MAIA *et al.,* 2019; SANTOS, LIMA e FONTES, 2019). No Distrito Federal, evidenciou dentre os principais grupos de causas de internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) as infecções de pele e tecido subcutâneo, no sexo masculino na faixa etária de 20 a 29 anos (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016). Mesmo considerando os importantes avanços na redução das mortes pelas DIP, estas ainda são uma das principais causas de internações dos homens adultos no Estado da Bahia (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017). Observa-se conforme publicações

anteriores que as DIP continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil e necessitam serem melhores investigadas.

Diante dos resultados encontrados nessa pesquisa pode-se inferir algumas explicações possíveis para a diminuição das taxas de ICSAP na população estudada. Parte desse declínio pode ser atribuído à expansão da ESF e a melhoria da qualidade da APS que tiveram suas equipes aderidas ao PMAQ-AB. Segundo Alfradique *et al*., (2009) as ICSAP são utilizadas como importante indicador de desempenho da ESF no Brasil e baixas taxas de ICSAP podem estar associadas a melhorias na cobertura dos serviços primárias e/ou alta resolutividade da APS. Uma rede integrada de APS favorece ao aumento do acesso a serviços médicos básicos em todo o país resultando na melhoria da saúde do adulto, reduzindo a necessidade de internações hospitalares por meio de um melhor diagnóstico e tratamento das doenças (MACINKO *et al.,* 2011). A redução da grande maioria das ICSAP deva estar vinculada ao avanço da cobertura da ESF no Brasil, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas, na facilidade do acesso aos medicamentos e na coordenação do cuidado pelas eSF (PINTO e GIOVANELLA, 2018; PINTO *et al.,* 2019). Outros autores associam o declínio na taxa de ICSAP com investimentos que vêm sendo feitos progressivamente na APS (MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014).

Iniciativas empreendidas pelo MS e desenvolvidas centradas na qualidade da APS foram essenciais para a melhoria da saúde da população. Pinto e Giovanella (2018) destacam que na última década a ampliação da cobertura da Saúde da Família foi acompanhada por um conjunto de ações que buscaram fortalecer a APS, dentre elas encontra-se o PMAQ-AB. Este programa traz estratégia de mudanças nas condições e no modo de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), criando uma permanente e progressiva ampliação do acesso e da melhoria da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à APS (BRASIL, 2011). Segundo Facchini, Tomasi e Dilelio (2018) qualidade é medida essencial para avaliar integralidade, para verificar a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do país. Algumas publicações envolvendo os dados do PMAQ-AB trazem contribuições importantes para melhoria da qualidade dos serviços primários de saúde no país (LIMA *et al.,* 2018; NEVES *et al.,* 2018).

Os avanços da ESF e sua influência na saúde da população e melhoria da qualidade da APS nos municípios que aderiam ao PMAQ-AB pode ter favorecido para a inserção desse grupo específico do estudo aos cuidados oferecidos na Atenção Primária. Embora diversas publicações trazem que a clientela masculina procura pouco os serviços de saúde (CARNEIRO

et al., 2016), não adotam práticas de autocuidado (SILVEIRA; MELO; BARRETO, 2017), preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou unidade emergenciais (SANTOS JUNIOR *et al.,* 2017), mas de alguma maneira esse grupo está recebendo cuidados essenciais à saúde, o que pode ter contribuído para a queda na taxa de internações masculinas. Um inquérito domiciliar de base populacional, realizado com homens de 20 a 59 anos residentes no município de Maringá-Paraná, mostrou uma alta prevalência de utilização dos serviços de saúde primários por homens adultos (ARRUDA; MARCON, 2016). Outro estudo mais recente conduzido por Arruda, Mathias e Marcon (2017) indicou que os homens que mais utilizaram serviços públicos de saúde foram aqueles com baixa escolaridade, sem plano de saúde, sem companheira, desempregados e muitos desses homens declararam buscar os serviços de saúde por doenças, algum outro sintoma ou urgências.

O crescente acesso da população à ampla rede de serviços foi documentado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (IBGE, 2013), em que a proporção de pessoas que referiu utilizar a UBS foi de 56,8% em 2008 e alcançou 65,5% em 2013. Estudos trazem que o acesso a consulta médica nos serviços de nível primário, da população brasileira aumentou gradualmente e em 2013 foi evidenciado aumento para ambos os sexos (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Outro estudo realizado em municípios paulistas e paranaenses entre 2011 e 2014, evidenciaram aumento no número de consultas médicas na APS de crianças menores de um ano, adultos e idosos (SILVA *et al*, 2016). Nesse mesmo estudo foi observado mudança marcante no tipo de serviço que os brasileiros consideram como fonte usual de cuidado, com declínio na proporção de paciente que procuraram o hospital ou pronto-socorro de 35% em 1998 para 21% em 2013. Estudo longitudinal australiano envolvendo homens de 18 a 55 anos identificou que 81% dos homens foram assistidos por um médico de serviços primários, conhecidos como General Practitioners (GPs) pelo menos uma vez em 2013 a 2014, mas salientaram que essa proporção ainda é insuficiente em comparação com as consultas de mulheres (SCHLIICHTHORST *et al.,* 2016). Mais um outro estudo também desenvolvido na Austrália identificou que os homens são mais propensos a auto monitorar seu estado de saúde por mais tempo e recorrer as informações de forma independente antes de procurar um serviço de saúde (SMITH *et al.,* 2008).

Entretanto, apesar das melhorias ocorrias na APS, os avanços da cobertura da ESF e principalmente a sua influência na redução das ICSAP, encontra-se outras publicações que trazem resultados contrários (ARAUJO *et al.*, 2017; SANTOS, LIMA FONTE, 2019). Assim, não somente as melhorias da ESF podem estar associadas a redução das ICSAP, mas também a existência de múltiplos fatores, incluindo influência de fatores sociais, características individuais e fatores externos. Alguns autores colocam que deve se ter cautela na interpretação

dos achados e a realização de inferências associando a redução de ICSAP ao sucesso de intervenções na APS (BOTELHO; PORTELA, 2017). Segundo Homar (2007), existem fatores determinantes das ICSAP que fogem ao escopo de atuação da APS, pois dizem respeito ao funcionamento da rede hospitalar, ao acesso à sua porta de entrada que são os serviços de urgência e de emergência, às práticas hospitalares de internação e aos critérios para se indicar uma internação. Dourado *et al.,* (2011) trazem que múltiplos fatores podem estar interferindo nas internações hospitalares, incluindo a mudança dos perfis sociodemográficos e econômicos dos grupos populacionais, aumento da incidência ou prevalência de determinadas doenças, padrões de morbidade e mortalidade, ou a maior rede de serviços de saúde oferecidos. A literatura internacional também traz que as ICSAP podem estar relacionadas com diversos fatores, como por exemplo as características da população e o acesso ao sistema de saúde (VAN DER POL *et al.*, 2019).

Com relação às limitações, deve-se apontar as principais presentes nesse estudo. A primeira é inerente ao desenho da pesquisa; como tal, não se pode concluir que os resultados apresentados em nível ecológico necessariamente refletem associações em um nível individual. A segunda refere a utilização de base de dados secundárias oriundas do SIH, o que pode ocasionar falha no registro da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), problemas de classificação dos códigos de internações e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, contudo, estudos recentes acerca do SIH/SUS mostram adequação do sistema, revelando, portanto, ser confiável o uso para pesquisas acerca das internações por causas sensíveis (ARRUDA; COSTA, 2017). Entretanto, é importante destacar que as referidas limitações não invalidam a relevância do estudo, apenas são úteis para o surgimento de novas possibilidades de pesquisas que venham a complementar os resultados.

CONCLUSÃO

O estudo revelou tendência de queda da taxa geral de ICSAP, tendência decrescente na maioria dos grupos de causas sensíveis no período de 2012 a 2016 e diminuição da taxa de internações gerais a partir de 2014 na população masculina de 20 a 59 anos dos municípios que aderiram ao segundo ciclo do PMAQ-AB.

Desse modo, ao desenhar um panorama geral das ICSAP no sexo masculino nos municípios que tiveram a maioria de suas equipes avaliadas pelo PMAQ-AB, o estudo destaca que a implementação de programas que incentivam melhorias no acesso e na qualidade em saúde no âmbito da APS contribui para redução deste indicador, de modo a proporcionar

direcionamento de políticas públicas e melhores investimentos financeiros. Ressalta que influência de outras variáveis, como condições socioeconômicas e características do sistema de saúde podem estar relacionados às ICSAP e sugere que estudos futuros avaliem com mais precisão a influência dessas variáveis nas internações sensíveis.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira *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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ARAUJO, Waleska Regina Machado *et al.* Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 01-12, jan. 2017.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MARCON, Sonia Silva. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-9, 2016.

ARRUDA, Guilherme Oliveira de; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas; MARCON, Sonia Silva. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n, 01, p. 279-290, 2017.

ARRUDA, Jocinei Santos de; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 01-11, jan. 2017.

AVELINO, Carolina Costa Valcanti *et al*. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 20, n. 4, p.1285-1293, 2015.

BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risk of misinterpretation of trends in hospital admissions for primary care sensitive conditions in local contexts: Itaboraí, Rio de Janeiro State, Brazil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, abr. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria n° 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis a atenção primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, abr. 2008, n° 221, p. 70. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes.** Brasília: DF, p. 46. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 2011a, n° 138, p. 79. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PMAQ realidades.** 2018.

CAVALCANTE, Danyelle Monteiro; OLIVEIRA, Maria Regina Fernandes de; REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, p. 1-6, Rio de Janeiro, mar. 2016.

CAMINAL, Homar Josefina; CASANOVA, Carmen Matutano. La evaluacion de La atencion primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. Atencion Primária, España, **Gestión**, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003.

CARNEIRO Liana Maria Rocha *et al*. Atenção Integral à Saúde do Homem: um desafio na atenção básico. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v, 29, n. 4, p. 554-563, out/dez., 2016.

DANTAS, Rosimery Cruz de Oliveira *et al.* Fatores associados às internações por hipertensão arterial. **Einstein,** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 1-7, 2018.

DOURADO, Ines *et al.* Trends in Primary Health Care-Sensitive Conditions in Brazil: The role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brasil). **Medical Care**, Filadélfia, v. 6, n. 49, p. 577-584, 2011.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILELIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 208-223, set. 2018.

FERREIRA, Marianna; DIAS, Bruna Moreno; MISHIMA, Silvana Martins. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 760-770, out/dez. 2012.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária a Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia *et al*. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, cap. 16, p. 493-545, 2012.

GIOVANELLA, Lígia *et al*. Contribuições dos estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães *et al*. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 569-610, 2018.

GONZÁLEZ-VÉLEZ, Abel E. *et al*. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 1-9, 2019.

HOMAR, Josefina Caminal. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions y los resultados de la atención primaria: **Sociedad Española de Familia y Comunitaria**, v. 39, n. 10, p. 532-534, out. 2007.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde.** Brasília, Distrito Federal: IBGE, 2013.

LIMA, Juliana Gagno *et al*. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, n.esp. 1, p. 52-66, set. 2018.

MACINKO, James *et al*. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care–sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999–2007. **American journal of public health**, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, out. 2011.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.esp.1, p. 18-37, set. 2018.

MAIA, Ludmila Grego *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista Saúde Pública**, v. 53, p. 1-11, 2019.

MENDONÇA, Claunara Schilling *et al.* Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health policy and planning**, Kettering, v. 32, n. 10, p. 1368-1374, 2017.

MENDONÇA, Sarah de Souza; ALBUQUERQUE, Emídio Cavalcanti de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n.3, p. 463-474, jul/set. 2014.

NEVES, Rosália Garcia *et al.* Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção às pessoas com diabetes: Ciclos I e II do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade. **Cadernos Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.

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). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p. 1903-1914, 2018.

PINTO, Hêider Aurélio; FERLA, Alcindo Antônio. Formulação e Implementação de Políticas como pegadogias para a gestão: um ensaio a partir de três casos do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Redes.** n. 1, v. 1, p. 81-94, 2015.

PINTO, Luiz Felipe *et al*. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, jun. 2019.

SANTOS, Bruna Vanzella dos; LIMA, Diego da Silva; FONTES, Cor Jesus Fernandes. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 1, p.1-12, 2019.

SANTOS JÚNIOR, Renato Queiroz dos *et al*. Saúde do homem na Bahia: a internação hospitalar de adultos nos anos 2000 e 2010. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 6, n. 2, p. 139-157, out. 2017.

SCHLICHTHORST, Marisa *et al*. Why do men go to the doctor? Socio-demographic and lifestyle factors associated with healthcare utilisation among a cohort of Australian men. **BMC Public Health**, v. 16, n. 3, p. 81-90, out. 2016.

SILVA, Bruna Pontes da *et al.* Ampliação do acesso à saúde na região mais vulnerável do estado de São Paulo, Brasil: reflexo do Programa Mais Médicos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n.9 p. 2899-2906, 2016.

SILVEIRA, Carla Lígia Gomes; MELO, Vilma Felipe Costa de; BARRETO, Anne Jaquelyne Roque. Atenção à saúde do homem na atenção primária em saúde: uma revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 11, n. supl. 3, p. 1528-1535, mar. 2017.

SMITH, James A. *et al.* It's sort of like being a detective: Understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 1, p. 1-10, mar. 2008.

SOUSA, Naira Pereira de *et al*. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 69, n. 1, p. 118-125, jan/fev. 2016.

SOUZA, Dayane Kelle de; PEIXOTO, Sérgio Viana. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 285-294, abr/jun. 2017.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VAN DER POL, Marjon *et al*. The impact of quality and accessibility of primary care on emergency admissions for a range of chronic ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Scotland: longitudinal analysis. **BMC family practice**, v. 20, n. 1, p. 1-10, 2019.