



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

KARINA RUBIA NUNES

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA REGIONAL, SP/BRASIL**

Tese apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora em Saúde
Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientadora: Profa. Dra. Paula Araújo Opromolla

BOTUCATU
2015

KARINA RUBIA NUNES

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA REGIONAL, SP/BRASIL

Tese apresentada a Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual
Paulista “Júlio de Mesquita Filho”
Campus de Botucatu, para obtenção
do título de Doutora em Saúde
Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira
Coorientadora: Profa. Dra. Paula Araújo Opromolla

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Nunes, Karina Rubia.

Análise das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em hospital de referência regional, SP/Brasil / Karina Rubia Nunes. - Botucatu, 2015

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Elen Rose Lodeiro Castanheira

Coorientador: Paula Opromolla

Capes: 40602001

1. Cuidados primários de saúde. 2. Cuidados médicos - Avaliação. 3. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 4. Hospitalização.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Hospitalização.

FOLHA DE APROVAÇÃO

KARINA RUBIA NUNES

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA REGIONAL, SP/BRASIL

Tese apresentada a Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva

Profa. Dra. Elen Rose Lodeiro Castanheira

Orientadora

Departamento de Saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu /UNESP

Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

Departamento de Saúde Pública

Centro de Ciências da Saúde/UFSC

Profa. Dra. Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava

Departamento de Medicina Social

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP

Prof. Dr. Carlos Alberto Macharelli

Departamento de Saúde Pública

Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

Departamento de Enfermagem

Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Botucatu
2015

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

A minha pequena **Helena**,
por me escolher como mãe,
possibilitando meu encontro com a leveza e a felicidade todos os dias.

Ao meu marido **Fernando**
amor das minhas vidas,
por esse sentimento tão forte e tranquilo, pelo companheirismo e amizade.

Aos meus pais **Eliana e Carlos**.
Minha irmã **Mariana**, cunhado **Pablo e Pepê** nosso príncipe,
Por tanto amor.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa Dra Elen Rose Lodeiro Castanheira por todos os anos de parceria, pelos ensinamentos e convite às reflexões necessárias.

Aos professores Prof. Dr. Adriano Dias, Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel, Profa. Dra. Cristiane Murta Ramalho Nascimento e Profa. Dra. Wilza Carla Spiri, por toda a contribuição durante o exame geral de qualificação, oferecendo importantes contribuições para a conclusão deste trabalho.

A professora Ivete Dalben (*In Memoriam*), por despertar o interesse e aproximação com o objeto desse estudo.

Ao Mestre e colega Prof. Dr. Luís Carlos Giarola, pelos ensinamentos, confiança e todas as oportunidades.

A todos os professores e colegas do Departamento de Saúde Pública, pelos anos de convivência e aprendizado que compartilhei.

Aos profissionais Ana Paula Varoli, Luciene Michelin e Wagner Barboza pelo sempre apoio.

Aos amigos de toda a vida, pelas parcerias, conversas e risadas, em especial: Helen Isabel de Freitas, Tatiana Thiago Mendes, Sabrina Kanesiro Bizelli, Maria Regina Pires Uliana, Tiemi Oikawa e Mariangela Scaglione Quarentei.

A amiga-irmã Luciana Montes de Oliveira pela amizade de tantos anos, por nos dar a alegria de esperar o pequeno Daniel.

A minha família, que é muito grande em número e em laços de amor.

Aos enteados Tadeu Figueiredo Nunes, Lygia Bittencourt Figueiredo e Túlio Figueiredo Nunes, pela família ampliada que apesar da distância se mantém unida pelos laços do amor.

Aos alunos com os quais partilhei ensinamentos e aprendizagem nesses doze anos.

A todos nós, profissionais de saúde, que amamos nossa profissão e dedicamos nossa via para a militância por um SUS de qualidade.

Aos usuários do SUS, por motivarem nossa incessante busca por um serviço de saúde universal, equânime e integral.

A CAPES pelo suporte financeiro, possibilitando minha formação acadêmica.

Aos encontros da vida!

Doenças

“Muitas doenças que as pessoas têm são poemas presos
abscessos tumores nódulos pedras são palavras
calcificadas
poemas sem vazão
mesmo cravos pretos espinhas cabelo encravado
prisão de ventre poderia um dia ter sido poema
pessoas às vezes adoecem de gostar de palavra presa
palavra boa é palavra líquida
escorrendo em estado de lágrima
lágrima é dor derretida
dor endurecida é tumor
lágrima é alegria derretida
alegria endurecida é tumor
lágrima é raiva derretida
raiva endurecida é tumor
lágrima é pessoa derretida
pessoa endurecida é tumor
tempo endurecido é tumor
tempo derretido é poema
palavra suor é melhor do que palavra cravo
que é melhor do que palavra catarro
que é melhor do que palavra biliar
que é melhor do que palavra ferida
que é melhor do que palavra nódulo
que nem chega perto da palavra tumores internos
palavra lágrima é melhor
palavra é melhor
é melhor poema”

Viviane Mosé

RESUMO

ABSTRACT

RESUMO

A Organização Mundial da Saúde formalizou seu compromisso com a Atenção Primária à Saúde (APS), no final da década de 70 na Conferência de Alma Ata, quando à destacou como ferramenta chave para o cumprimento da meta “Saúde para Todos”. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado e a APS articula ações clínicas de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Essas ações são pautadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e possuem como princípios organizativos a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a Participação Social. Frente ao crescente esforço para melhoria da qualidade da APS no país, mecanismos avaliativos vêm sendo amplamente utilizados para a melhoria dos serviços, das ações em saúde e de programas, instituídos em diferentes níveis de atenção. A avaliação das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) tem por objetivo identificar falhas no acesso e na qualidade dos serviços primários ofertados a população. O objetivo deste estudo é o de analisar as ICSAP em um hospital de referência regional, no período de 2008-2012. A tese é composta por três estudos, sendo eles: um de natureza qualitativa, de revisão integrativa de literatura; dois de natureza quantitativa, transversais e de base hospitalar. As principais características da APS associadas às menores taxas de ICSAP foram: elevada cobertura da Saúde da Família; localização de clínicas de saúde em áreas urbanas; médicos na área urbana; clínicas rurais em áreas com escassez profissional; maior tempo de permanência do médico em equipe de Saúde da Família realização de consultas na atenção primária no ano anterior; consultas em atenção primária com qualidade e maior densidade médico/habitante; implantação de programa de distribuição de medicamentos para maiores de 65 anos; incentivo financeiro à atenção primária e financiamento para Serviço de Saúde Indígena. O hospital realizou 49476 internações no período de 2008-2012, sendo que destas apenas 7,43% foram por Condições Sensíveis à Atenção Primária. As três principais causas de internação foram: Doenças Cerebrovasculares (27,3), Pneumonias Bacterianas (26,9%) e Infecção de Rim e Trato Urinário (12,8%). As principais características individuais e de utilização do serviço hospitalar, associadas às internações por uma CSAP, foram: idade >60 anos; escolaridade < 5 anos de estudo; viver sem companhia, não realizar consulta prévia a internação com equipe multiprofissional de ambulatório; não internar previamente; ter a internação com duração > 5 dias e por fim ter o óbito como desfecho da internação. Destaca-se com importante resultado desse trabalho o apontamento para a crítica sobre a interpretação do indicador *Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária- ICSAP*, não devendo ser associadas apenas a qualidade da atenção primária ofertada pelo sistema de saúde, mas também às características individuais que não estão sob governabilidade de políticas de saúde. Considera-se que o material produzido por este trabalho pode subsidiar futuras pesquisas sobre o tema e ainda instigar novas perguntas entre os pesquisadores.

Palavra Chave: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The World Health Organization has formalized its commitment to primary health care (PHC) in the late 70s in the Alma Ata Conference, when the stressed as a key tool for meeting the goal "Health for All". In Brazil, the Unified Health System (SUS) is a state policy and articulates the APS clinical actions of promotion, prevention, treatment and rehabilitation. These actions are based on the principles of universality, comprehensiveness and equity, and have as organizational principles Decentralisation, Regionalisation, Hierarchy and Social Participation. To the growing effort to improve the quality of PHC in the country, evaluative mechanisms have been widely used to improve services, the health actions and programs established at different levels of care. The evaluation of Admissions by Primary Care Sensitive Conditions (ICSAP) aims to identify gaps in access and quality of primary services offered to the population. The aim of this study is to analyze the ICSAP in a regional referral hospital in the period 2008-2012. The thesis consists of three studies, namely: a qualitative nature, literature integrative review; two quantitative, transversal and hospital-based. The main characteristics of APS associated with lower ICSAP rates were high coverage of the Family Health; health clinics located in urban areas; doctors in urban areas; rural clinics in areas with professional shortages; most doctor's length of stay in the Family Health team consultations in primary care in the previous year; consultations in primary care with quality and greater physician / inhabitant density; implementation of drug distribution program for over 65 years; financial incentives for primary care and funding for Indian Health Service. The hospital performed 49,476 hospitalizations in the 2008-2012 period, and of these only 7.43% were due Sensitive Conditions Primary. The three main causes of hospitalization were: Cerebrovascular diseases (27.3), Bacterial pneumonia (26.9%) and Kidney and Urinary Tract Infection (12.8%). The main individual characteristics and use of hospital services, ace associated hospitalizations by ACSC, were age > 60 years; schooling < 5 years of study; live without company, does not create a consultation with the hospital multidisciplinary team clinic; not admitted previously; have hospitalization lasting > 5 days and finally have the death as an outcome of hospitalization. Stands out with important result of this work the appointment to the criticism on the interpretation of hospitalization indicator for Sensitive Conditions Attention Primária- ICSAP and should not just be associated with quality of primary care offered by the health system, but also to the individual characteristics that They are not under the governance of health policies. It is considered that the material produced by this work may inform future research on the topic and even instigate new questions among researchers..

Key Word: Primary Health Care, Hospitalization, health Evaluation.

LISTA DE TABELAS E QUADROS

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Artigo 1

- Quadro 1 – Sequência de artigos sobre ICSAP segundo autor, ano de publicação, país, período de estudo, nível de agregação dos dados, ICSAP estudado, tipo de estudo e características da APS associadas a ICSAP, 2015 36
- Quadro 2 – Características da Atenção Primária associadas às internações por CSAP, segundo grupos de categorias e tipo de associação, de acordo com revisão integrativa, período 2005- 2015 52

Artigo 2

- Tabela 1 – Características da população internada no Hospital Estadual de Bauru, Bauru, SP, 2008- 2012 60
- Tabela 2 – Frequência e percentual do total de internações classificadas por condição de sensibilidade, e variação de frequência para o período de 2008 a 2012, SP 61
- Tabela 3 – Número absoluto e distribuição percentual das ICSAP por grupo de causas, registradas no HEB, período de 2008 a 2012, SP 61
- Tabela 4 – Causas mais frequentes de internações por condições sensíveis à atenção primária segundo a faixa etária no HEB/SP período 2008-2012 62

Artigo 3

- Tabela 1 – Características da população internada no Hospital Estadual de Bauru HEB/SP, período 2008- 2012 76
- Tabela 2 – Análise bivariada das características individuais e de utilização do serviço hospitalar segundo o tipo de internação, não sensível e sensível à atenção primária, HEB/SP, período 2008-2012 77
- Tabela 3 – Média, desvio padrão e qui-quadrado das variáveis quantidade de exame laboratorial e quantidade de exame de imagem, realizada por pacientes segundo o tipo de internação, não sensível e sensível à atenção primária, HEB/SP, período 2008-2012 78

SUMÁRIO

SUMÁRIO

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	20
2.1 Geral	21
2.2 Específicos	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 Local do estudo	23
3.2 Tipo de Estudo	24
3.3 Limites do Estudo	24
3.4 Fatores de Inclusão	25
3.5 Fatores de Exclusão	25
4 RESULTADOS	26
ARTIGO 1	27
ARTIGO 2	55
ARTIGO 3	71
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	92

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

Ao término da graduação eu já havia realizado a escolha por seguir a área acadêmica, fazer aprimoramento, mestrado e doutorado. Escolhi a Saúde Pública no segundo ano da graduação quando comecei meu primeiro projeto de extensão trabalhando com doenças crônicas. Doze anos se passaram e concluo minha tese de Doutorado com a certeza de que o caminho escolhido não poderia ter sido outro.

A princípio compreendia que a pesquisa deveria existir para responder perguntas da prática dos serviços, para fomentar o trabalho dos profissionais e possibilitar a melhora da qualidade de vida e manejo do cuidado dos usuários. Sinto que minhas pesquisas não cumpriram totalmente com meus objetivos mais amplos, mas impactaram na minha forma de compreender o mundo, as relações entre as pessoas e a sociedade, as necessidades do indivíduo e o respeito ao outro e suas escolhas na vida.

As experiências me transformaram como ser humano, todos os “encontros potencializadores” com alunos, usuários dos serviços, profissionais, com a família, amigos, marido, filha, que não foram descritos em nenhum dos documentos produzidos pelas pesquisas que realizei, foram sem dúvida meus resultados.

Todas as mudanças me trouxeram questionamentos, formas de fazer distintas, me aproximaram de diferentes objetos e hoje compreendo como todas elas guiaram o meu caminho na vida acadêmica. Ainda que a auto-crítica ocupe grande espaço, concluo o doutorado preparada para continuar a apreender todos os dias, e a ensinar a apreender e a apreender a ensinar.

O ano de 2015 será lembrado como um ano bastante difícil para a educação em nosso país. O futuro não me parece fácil, mas sei que sempre vejo “o copo meio vazio”. Mesmo diante dessa realidade faço o exercício de respirar fundo todos os dias e lembrar que o trabalho que eu escolhi para a vida é o de mostrar os diferentes caminhos, instigar as perguntas, dar espaço para as individualidades e escolhas, e mostrar o real peso da responsabilidade para todos aqueles que escolheram trabalhar com o cuidado do outro.

Acordar e ser convidada a brincar com bolinhas de sabão às 6h00 da manhã me enche de esperança. Ver o encantamento e o sorriso diante da experiência tão simples me deixa feliz e me faz refletir sobre a importância da leveza nas nossas vidas.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) formalizou seu compromisso com a Atenção Primária à Saúde (APS) no final da década de 70 na Conferência de Alma Ata, quando a destacou como ferramenta chave para o cumprimento da meta “Saúde para Todos” e para o melhoramento da saúde em todo o mundo (OMS, 1978). Entre as principais deliberações da Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, encontra-se o apontamento para a urgência da cooperação técnica entre os países com a finalidade de estabelecer o cuidado primário como elemento central dos sistemas de saúde.

Define-se APS como um conjunto de intervenções de saúde a serem realizadas no âmbito individual e coletivo, envolvendo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde. Ela deve ser a porta de entrada do sistema de saúde para os usuários e suas necessidades de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política de Estado e a APS articula ações clínicas de prevenção, cura e reabilitação. Essas ações são pautadas nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e possuem como princípios organizativos a Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a Participação social (TEIXEIRA, 2011).

O decreto presidencial do MS nº7.508/2011, veio acrescentar aos esforços para a concretização de uma APS eficiente. Ao instituir a organização da assistência à saúde de maneira regionalizada, considerando o território, suas potencialidades e fraquezas, o objetivo central da Regionalização é o de melhorar o acesso e contemplar de maneira integral os princípios do SUS, reforçando a APS como ordenadora do cuidado em saúde (BRASIL, 2011).

Frente ao crescente esforço para melhoria da qualidade da APS no Brasil, mecanismos avaliativos vêm sendo amplamente utilizados para a melhoria dos serviços, das ações em saúde e mesmo de programas instituídos em diferentes níveis de atenção.

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), traduzida livremente a partir do conceito original “Ambulatory Care Sensitive Conditions”, foram propostas por Billings e colaboradores no final da década de 80, nos Estados Unidos (BILLINGS et al., 1990, 1993, 1996) . No país de origem ele é

considerado um indicador de monitoramento da qualidade das ações realizadas no nível ambulatorial.

O indicador tem sido abordado por diferentes perspectivas. Na Europa observa-se a preocupação dos autores em relação a composição da lista de morbidades que compõem as condições sensíveis, com respectiva validação dessas listas (CAMINAL et al., 2002; PURDY et al., 2009). Observa-se ainda a preocupação em identificar comorbidades nas diferentes fases da vida (PAGE et al., 2007). Nos Estados Unidos, país de origem, o indicador é comparado entre os usuários portadores de diferentes seguros de saúde, os custos das internações para os seguros e a análise por etnia, gênero, classe econômica e condição de ruralidade (PARK; LEE, 2014; PROBST et al., 2009; BINDMAN et al., 2008).

No Brasil, a partir de 2001, surgiram na literatura as primeiras listas de condições sensíveis à atenção ambulatorial nos estados do Ceará, Minas Gerais e no município de Curitiba (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013). Juntamente com as listas nacionais, os resultados de pesquisas internacionais e a lista da Espanha (CAMINAL et al., 2001), um grupo de trabalho constituído por técnicos do Departamento de Atenção Básica, gestores e pesquisadores, elaborou o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a Lista Brasileira de Causas Sensíveis à Atenção Primária. A lista brasileira utiliza como referência a 10ª revisão do Código Internacional de Doenças CID-10 para constituir seus respectivos grupos de causas (ALFRADIQUE et al., 2009).

Frente a construção da lista brasileira o Ministério da Saúde, a partir da Portaria SAS n.º 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008/Anexo 1), torna público o incentivo para a utilização da lista e conseqüentemente do indicador ICSAP, como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar nos serviços de saúde brasileiros.

A produção brasileira tem direcionado seus esforços para a identificação da tendência do indicador ao longo da última década, além da descrição dos grupos de causas de internação mais frequentes. Boa parte da produção traz como hipótese a associação da queda das taxas de internação por Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP) com a implantação e cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF).

Somado ao atual contexto nacional de valorização, ampliação e maior investimento na AP, justifica-se há necessidade de novos estudos que diversifiquem

as abordagens já realizadas para o indicador e ao mesmo tempo procurem aprofundar alguns dos aspectos levantados.

No presente trabalho optou-se por estudar as ICSAP como indicador da utilização da assistência hospitalar a partir do perfil de internações em um hospital público de referência para o atendimento regional.

Trata-se de um hospital do interior paulista que atende pacientes provenientes do SUS. Nesse cenário, o estudo das ICSAP permite reconhecer os desdobramentos em um hospital de referência da não resolução de condições potencialmente preveníveis pela APS, ou, em outras palavras, reconhecer algumas das consequências das hospitalizações evitáveis tanto em termos de desfechos não desejáveis como para o uso dos recursos hospitalares.

Os resultados da pesquisa serão apresentados sob forma de artigos que irão compor a item resultados, sendo eles:

Artigo 1 - Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: revisão integrativa de literatura.

Artigo 2 - Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo descritivo de base hospitalar.

Artigo 3 - Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: associação de características individuais e utilização do serviço.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) ocorridas em um hospital de referência regional, no interior do estado de São Paulo no período de 2008 a 2012.

2.2 Específicos

Artigo 1

- Revisar a literatura nacional e internacional para identificar as principais características da Atenção Primária à Saúde associadas às ICSAP no contexto do Sistema único de Saúde (SUS);

Artigo 2

- Identificar a contribuição percentual média das ICSAP sobre as internações gerais, para o período em estudo;

- Identificar os grupos de causas que mais contribuíram com ICSAP no período do estudo;

- Identificar e estratificar por faixa etária os principais grupos de causas de internação por CSAP encontrados no período;

- Avaliar a tendência da contribuição percentual das ICSAP sobre as internações gerais do hospital;

Artigo 3

- identificar as características individuais e de utilização dos serviços associadas ao tipo de internação: não sensível e sensível.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

3.1 Local do estudo

O Hospital Estadual Bauru é referência para uma área de 68 municípios do DRS-VI/Bauru com uma população estimada de 1 milhão e 800 mil pessoas. Conta com 318 leitos operacionais (270 gerais, 13 para queimados, 35 de terapia intensiva) e 63 leitos complementares, atendendo exclusivamente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde – SUS, referenciados pelo próprio município de Bauru ou pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria Estadual da Saúde (HEB, 2013).

Em relação a capacidade operacional, o hospital conta com (Miranda, 2011):

- 8 unidades de internação (cirúrgica (2), clínica (2), coronariana, pediátrica, oncológica, queimados);
- 4 Unidades de Terapia Intensiva (Adulto, Pediátrica, Coronariana e Queimados);
- 3 Centros Cirúrgicos;
- Centro de Terapia Renal Substitutiva;
- Centro de diagnóstico e terapia Oncológica;
- Ambulatório com especialidades Médica (Clínica e Cirúrgica) e demais profissionais, entre eles: Fisioterapia; Terapia Ocupacional; Fonoaudiologia; Nutrição; Serviço Social e Psicologia;
- Assistência Farmacêutica;
- Centro Diagnóstico em Cardiologia;
- Laboratório de Análises Clínicas;
- Laboratório de Anatomia Patológica;
- Agência Transfusional e banco de sangue;
- Centro Diagnóstico por Imagem.

Em relação ao diagnóstico por imagem o Hospital conta com programas de tecnologia aplicada ao atendimento - PACS (Picture Archiving Communication System), que consiste em um sistema de digitalização e armazenamento de imagens de exames de radiodiagnóstico (raios-X, ultra-sonografia, tomografia, entre outros) (HEB, 2013).

O grupo de profissionais chega a mais mil funcionários, sendo 200 médicos, 93 enfermeiros, 345 técnicos e auxiliares de enfermagem e 50 outros profissionais de saúde, além de pessoal técnico-administrativo e de serviços gerais. Dispõe também de médicos residentes e estudantes do 6º ano do curso de medicina, além da ação de voluntários (HEB, 2013).

Nos atendimentos ambulatoriais atualmente são ofertadas mais de 30 especialidades para pacientes adultos e pediátricos.

Em que pese o grande número de especialidades para assistência ambulatorial, vale assinalar que o HEB não conta com serviço de Neurocirurgia e que, portanto é referência apenas para os Acidentes Vasculares Isquêmicos (AVCI), não atendendo os Acidentes Vasculares Hemorrágicos (AVCH) e politraumatizados com fraturas ou hemorragias de crânio. A Cirurgia Vascular não oferece atendimento para pacientes em situação de urgência/emergência.

3.2 Tipo de Estudo

A tese de Doutorado é composta por três estudos:

- Uma revisão integrativa de literatura que versa sobre a produção nacional e internacional, delineamento metodológico das pesquisas e características da APS associadas com as ICSAP no âmbito do SUS.
- Dois estudos transversais de base hospitalar, que descrevem as ICSAP de um serviço terciário regional, e associam características individuais e de utilização do serviço com o tipo de internação (não-sensível e sensível).

3.3 Limites do Estudo

O estudo de base hospitalar tem por limite trabalhar com internações que refletem a oferta do serviço, não permitindo inferências sobre o perfil epidemiológico e da situação de saúde da região.

As informações analisadas foram geradas a partir de dados sistematizados de prontuários eletrônicos, com causas de internação codificadas com base no CID-10 e utilizadas para o pagamento das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH). Sendo assim, os dados utilizados para essa pesquisa integram em uma mesma fonte informações com finalidades assistenciais e administrativo-financeiras.

Alfradique e colaboradores afirmam que as análises das internações que dependem de dados administrativos (como no caso das AIH disponíveis no SIH-SUS), podem exacerbar problemas presentes nos bancos de dados que não foram criados para fins de pesquisa.

“O uso das internações por condições sensíveis à atenção primária na pesquisa requer uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados hospitalares. As internações em estudo são concebidas como um indicador de vigilância dos serviços de saúde. Altas taxas não são obrigatoriamente indicativas de necessidade de mudanças imediatas, mas sim um sinal de alerta para uma investigação de maior profundidade nos diferentes locais”

(ALFRADIQUE et al., 2009)

3.4 Fatores de Inclusão

Foram inseridos na pesquisa, pacientes internados no período de 2008 a 2012 com idade igual ou superior a 18 anos de idade.

3.5 Fatores de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa pacientes menores de 18 anos de idade e pacientes com internações identificadas como grupo 19 (Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto) do grupo de causas da Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica.

3.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (Protocolo 435/2012) (Anexo 2) e o consentimento para a utilização dos dados foi fornecida pela direção do HEB (Anexo 3)

RESULTADOS

4 RESULTADOS

ARTIGO 1

O artigo será encaminhado para revista Saúde e Sociedade.

Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: revisão integrativa de literatura

Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions: integrative literature review

Karina Rubia Nunes
Doutoranda em Saúde Coletiva
Endereço: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de
Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública.
Endereço: Rua Ricardo Alpídio Sarzi, no. 467, Jd Ouro Verde, CEP 18612-034,
Botucatu, SP. Brasil.
Email: karubia26@fmb.unesp.br

Elen Rose Lodeiro Castanheira
Doutora em Saúde Coletiva
Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de
Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública
E-mail: elen@fmb.unesp.br

João Marcos Bernardes
Doutorando em Saúde Coletiva
Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de
Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública
E-mail: jmbernardes@yahoo.com

RESUMO

Internação por Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP) é um indicador de utilização dos serviços hospitalares por problemas de saúde que poderiam ser prevenidos e controlados pela atenção primária (AP), utilizado como indicador indireto da qualidade desse nível de atenção. O presente trabalho tem como objetivo identificar quais características da Atenção Primária são associadas às ICSAP na literatura nacional e internacional. Utilizando o método de revisão integrativa, foram selecionados artigos publicados em língua inglesa, espanhola ou portuguesa no período de jan 2005 a jan 2015, utilizando-se como critérios de inclusão: pesquisas relativas a ICSAP em adultos associadas com características da Atenção Primária à Saúde,. Foram critérios de exclusão: trabalhos de dissertação e tese, abordagem das ICSAP em crianças e mulheres grávidas, ser estudo descritivo de perfil e tendência das ICSAP, ser estudo anterior a 2005 e se repetir nas diferentes bases de dados. Foram identificados 29 artigos. As características da AP associadas com o menor risco de internar por uma CSAP são: elevada cobertura da Saúde da Família (SF), clínicas de saúde urbanas, médico na área urbana, clínicas rurais em áreas com escassez profissional, tempo de permanência do médico em equipe SF, consultas na AP no ano anterior, consultas em AP com qualidade e maior densidade médico/habitante, implantação distribuição de medicamentos para maiores de 65 anos, incentivo financeiro à AP, financiamento para o Serviço Saúde Indígena. As associadas com maiores chances de internar por uma CSAP: morar em área com cobertura de SF, ter cobertura de seguro saúde para populações carentes, realizar controle de saúde em unidade sem SF, visitar regularmente a unidade de saúde, maior tempo de funcionamento de equipe SF, acesso precário à APS (referido) e carga de trabalho médico, sofrer interrupções no pagamento do seguro-saúde. O conjunto de características associadas às ICSAP foi agrupado em três categorias: modelos de atenção, características de estrutura/processo de trabalho e incentivos financeiros. O recorte da revisão com foco na associação das ICSAP com características dos serviços de AP não incorporou características ligadas às pessoas, como etnia e condição socioeconômica. No entanto, essas últimas estão relacionadas com obstáculos ao acesso aos serviços de Atenção Primária. Outro aspecto a destacar é que a heterogeneidade dos sistemas de saúde e os diferentes papéis assumidos pela AP dificultam a análise de associações comparáveis das ICSAP.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização Evitável, Revisão.

ABSTRACT

Hospitalization for Condition Sensitive Primary (ICSAP) is an indicator of use of hospital services for health problems that could be prevented and controlled by primary care (AP) used as an indirect indicator of the quality of this level of attention. This paper aims to identify Primary characteristics are associated with ICSAP in national and international literature. Using the integrative review method were selected articles published in English, Spanish or Portuguese in the 10-year period, using the following inclusion criteria: research related to ICSAP in adults associated with the Primary Health Care characteristics, published in Portuguese, Spanish or English from January 2005 to January 2015. Exclusion criteria were: dissertation papers and thesis, the ICSAP approach in children and pregnant women, be descriptive study profile and trend of ICSAP be earlier study to 2005 and repeating the different databases. 30 articles were identified. The AP characteristics associated with lower risk of hospitalization by ACSC are: high coverage of the Family Health (SF), urban health clinics, doctor in urban areas, rural clinics in areas with professional shortages, doctor's length of stay in SF team, consultations on AP in the previous year, in consultation with AP quality and greater physician / inhabitant density deployment distribution of medicines for people over 65, financial incentives for AP, funding for the Indian Health Service. Associated with higher odds of hospitalization for ACSC one: to live in SF coverage area to have health insurance coverage to underserved populations, carry out health checks on unit without SF, regularly visit the health unit, the largest team operating time SF, poor access to APS (above) and physician workload, suffer disruptions in health insurance payment. The set of characteristics associated with ICSAP was grouped into three categories: care models, structure features / work process and financial incentives. The clipping of the review focused on the association of ICSAP with characteristics of AP services did not incorporate features related to people such as ethnicity and socioeconomic status. However, the latter are related to barriers to access to primary care services. Another aspect to highlight is that the heterogeneity of health systems and the different roles played by AP hinder the analysis of comparable associations of ICSAP.

Key Wods: Primary Health Care, Avoidable Hospitalization, Review.

INTRODUÇÃO

Desenvolvido por Billings e colaboradores no final da década de 80, o indicador “ambulatory care sensitive conditions”, traduzido por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), foi inicialmente utilizado para identificar extratos da população sem atenção ambulatorial nos Estados Unidos. Atualmente é adotado por diversos países como um indicador de utilização dos serviços hospitalares por problemas de saúde que poderiam ser prevenidos e controlados pela atenção primária (Billings e col., 1993,1996; Macinko e col., 2011).

Desde a Conferência de Alma Ata, no final dos anos 70, a Atenção Primária à Saúde (APS) é estabelecida como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde enquanto nível do sistema que deve desenvolver cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, de alcance universal de indivíduos e famílias das comunidades. Considera-se ainda que deva representar o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema de saúde (WHO, 1978).

O indicador ICSAP tem por objetivo avaliar a qualidade dos serviços de APS, ou seja, avaliar se os serviços estão desempenhando seu papel e gerenciando os agravos de saúde sob sua responsabilidade. Sendo assim as ICSAP tem sido utilizada como um indicador indireto de acesso e de desempenho da APS nos EUA, Austrália, Brasil, Alemanha, Itália, Inglaterra, China e na Nova Zelândia. No Brasil a atenção primária é denominada pelo sistema de saúde como atenção básica (AB), encontrando-se alguns trabalhos que se referem ao indicador como ICSAB (Sala; Mendes, 2011; Mendes; Osiano, 2013).

Os estudos que analisam as ICSAP se valem de diferentes recortes sobre as variáveis associadas a esse indicador, como em relação a características dos indivíduos, dos serviços, dos modelos de atenção, ou ainda, análises multivariadas. (Will; Yoon, 2013; Biello e col., 2010; Pazó e col., 2014; Latitka 2003, 2013; O`Neil e col., 2010; Johnson e col., 2012; Nedel e col., 2008; Schreiber; Zielinski,1997; Zhang e col., 2006; Billings e col., 1996).

O objetivo deste estudo foi analisar, em literatura nacional e internacional, quais às associações encontradas entre as características dos serviços de atenção primária à saúde e as Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária que possam inferir sobre uma assistência à saúde mais resolutiva.

Um estudo de revisão sobre esse específico enfoque, pretende evidenciar quais características dos serviços vem sendo relacionadas a esse indicador de qualidade. Essas informações visam contribuir com o embasamento do uso em pesquisas avaliativas, assim como para uma aplicação crítica por gestores e profissionais de saúde envolvidos em ações de melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária.

METODOLOGIA

Estudo de natureza bibliográfica desenvolvido por meio de revisão integrativa de literatura, de modo a analisar de forma conjunta diversos estudos com temática semelhante, incorporando evidências científicas para a prática dos profissionais de saúde que trabalham com as ICSAP.

A revisão integrativa foi escolhida por ser um método de pesquisa que possibilita a análise de estudos teóricos e empíricos, bem como diferentes abordagens metodológicas (quantitativa e qualitativa) para uma compreensão mais abrangente de um determinado problema de saúde (Whittemor; Knafl, 2005).

A pergunta que norteou este trabalho foi: Quais características dos sistemas de saúde vêm sendo associadas com as ICSAPS? O objetivo dessa pergunta foi identificar os achados em literatura nacional e internacional que realizaram a associação das ICSAP com alguma característica da APS no contexto de sistemas de saúde.

Estratégia de Busca

As buscas foram realizadas nas bases de dados bibliográficos PUBMED (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) e BVS (www.bireme.br), utilizando respectivamente o conjunto de revistas e citações para pesquisa biomédica do MEDLINE e o conjunto de revistas e publicações da América Latina e Caribe do LILACS. As bases de dados utilizadas foram escolhidas pela amplitude de varredura que elas possibilitam primeiramente nas produções da América do Norte e Europa (PUBMED) onde estão as primeiras produções sobre o tema e posteriormente (BVS) agregando com as produções da América Latina e Caribe.

As Causas Sensíveis à Atenção Primária não possuem um descritor específico no conjunto dos Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>).

Diante dessa especificidade, para as pesquisas no LILACS foram associados os seguintes DeCS pesquisados no campo “título/resumo (TIAB)”: Hospitalização AND Atenção Ambulatorial; Hospitalização AND Atenção Primária à Saúde; Atenção Ambulatorial AND Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde AND Atenção Ambulatorial; Qualidade da Assistência à Saúde AND Atenção Primária à Saúde; Assistência à Saúde AND Atenção Ambulatorial; Assistência à Saúde Atenção Primária à Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde AND Assistência à Saúde; Condições AND Sensíveis.

Para as pesquisas realizadas no MEDLINE foram utilizados os Medical Subject Headings (MeSH), pesquisados no campo “título/resumo (TIAB)”, sendo eles: Hospitalization AND Primary Health Care, Hospitalization AND Ambulatory Care, Primary Health Care AND Ambulatory Care, Ambulatory Care sensitive Conditions AND Avoidable Hospitalization OR Preventable Hospitalization, Ambulatory Care Sensitive Conditions AND Primary Health Care.

Critérios de Inclusão

Artigos originais com resultados de pesquisa que realizaram a associação das ICSAP em adultos com alguma característica dos serviços de Atenção Primária à Saúde, publicados em português, espanhol ou inglês de janeiro de 2005 a janeiro de 2015.

Critérios de Exclusão

Ser trabalho de dissertação e tese, abordar as ICSAP em crianças e mulheres grávidas, ser estudo descritivo de perfil e tendência das ICSAP, ser estudo anterior a 2005 e se repetir nas diferentes bases de dados.

Seleção dos Artigos

O processo de busca e seleção foi realizado por dois revisores que analisaram quais os trabalhos cumpriam com os critérios definidos para inclusão/exclusão no estudo a partir da leitura do título e do resumo. Após essa etapa apenas um revisor extraiu as informações utilizando quadro padrão a fim de se obter as seguintes informações: autor, ano de publicação, país, período de publicação, nível de agregação dos dados (Municipal, Estadual, Regional, Nacional), ICSAP

estudado, tipo de estudo (metodologia), modelo de análise, características da APS associada a ICSAP estudada, e principais resultados descritos.

Uma primeira dificuldade para a realização da revisão integrativa de literatura para esse tema é que o indicador Interações por Causa Sensível à Atenção Primária (ICSAP) não possui um descritor específico nas bases de dados utilizadas, resultando em um grande número de publicações que não estão relacionadas com as ICSAP. A busca, realizada em 05 de janeiro de 2015 com as estratégias mencionadas, encontrou 947 artigos na LILACs e 15069 artigos no PUBMED, com o total de 16016 artigos. Apesar do grande número de artigos identificados, manteve-se a opção de busca nos títulos e resumos, pois a limitação apenas aos títulos excluiria artigos relevantes para o trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura dos títulos e resumos de todos os 16016 artigos por dois revisores resultou na seleção preliminar de 443 artigos que tinham como objeto de estudo as ICSAP, dos quais apenas 10 artigos da LILACs e 19 artigos do MEDLINE, num total de 29 artigos, corresponderam aos critérios de inclusão definidos nesse estudo.

O quadro 1 apresenta a sequência de artigos selecionados para análise. Observa-se que no período estudado a produção brasileira é quase equivalente à produção internacional, com uma distribuição de 14 artigos de pesquisas internacionais em seis diferentes países (EUA n=8; Itália n=2; Austrália n=1; Inglaterra n=1; Alemanha n=1; Espanha n=1) e 15 artigos de pesquisas realizadas no Brasil. O período de 2010-2015 compreende 65,5% das publicações analisadas (n=19) sendo o maior período de produção.

O Brasil passou a ter produção sobre o tema a partir de 2008, momento da publicação da Lista Brasileira de ICSAP pelo Ministério da Saúde na forma de anexo da SAS n.º 221, de 17 de abril de 2008 (Brasil, 2008). O trabalho que resultou nessa publicação teve início em 2005, quando um grupo de especialistas foi convidado para elaborar uma lista brasileira. A metodologia de elaboração utilizada mostrou-se bastante rica, aproveitando o conhecimento acumulado sobre o tema, com a inclusão de consultas a listas estrangeiras, baseando-se na lista construída na Espanha (Caminal-Homar; Casanova-Matutano, 2003), e também as listas nacionais utilizadas em diferentes estados como Minas Gerais, Ceará e a do município de

Curitiba (Alfradique, 2009). Além disso, o método de Oficina escolhido para o trabalho (Afonso, 2006), proporcionou maior participação e diálogo entre os presentes, favorecendo a construção participativa do consenso diante de uma questão tão heterogênea quanto as CSAP. Após a fase de construção validação inicial da lista, foi realizada consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e consulta pública, tornando possível o maior envolvimento de gestores, profissionais da saúde e pesquisadores.

Em que pese os esforços brasileiros, a revisão de artigos com objetivo de sistematizar a produção sobre as ICSAP tem como segundo importante obstáculo a utilização de diferentes classificações sobre a evitabilidade das doenças pela atenção primária, conseqüentemente a existência de diferentes listas entre os países. Além disso, para a construção de suas listas específicas, os países utilizaram diferentes classificações do Código Internacional de Doenças, como por exemplo, os Estados Unidos da América (AHRQ-PQIs, 2001) e Espanha (Caminal e col., 2001) utilizaram os códigos de diagnósticos codificados por meio da 9ª versão (CID-9), ao passo que o Brasil (Alfradique e col., 2009), Inglaterra (Purdy e col., 2009) e Austrália (Page e col., 2007) utilizaram a 10ª revisão (CID-10).

Dos artigos analisados 38% têm abrangência estadual, 24,1% abrangência municipal, 27,6% deles foram realizados em todo o território nacional e apenas 10,3 têm abrangência regional. Ao escolher as ICSAP como objeto de estudo os pesquisadores em sua maioria utilizaram como fonte de dados os sistemas de informações de seus respectivos países. Desta maneira a maioria dos estudos tem natureza ecológica (n=26), 21 deles de caráter retrospectivo e cinco de caráter transversal sendo um deles com controle longitudinal.

As características da Atenção Primária associadas com o menor risco de internar por uma CSAP são: elevada cobertura da Saúde da Família (SF), localização de clínicas de saúde em áreas urbanas, médicos na área urbana, clínicas rurais em áreas com escassez profissional, maior tempo de permanência do médico em equipe de Saúde da Família, realização de consultas na atenção primária no ano anterior, consultas em atenção primária com qualidade e maior densidade médico/habitante, implantação de programa de distribuição de medicamentos para maiores de 65 anos, incentivo financeiro à atenção primária, financiamento para Serviço de Saúde Indígena. As associadas com maiores chances de internar por uma CSAP: morar em área com cobertura de Saúde da

Família, cobertura de seguro saúde para populações carentes, realizar controle de saúde em unidade sem Saúde da Família, visitar regularmente a unidade de saúde, maior tempo de funcionamento de equipe Saúde da Família, acesso precário à APS (referido) e elevada carga de trabalho médico, interrupções no pagamento do seguro-saúde.

O conjunto de características associadas às ICSAP foi agrupado em três categorias: modelos de atenção, características de estrutura/processo de trabalho e incentivos financeiros para ações de atenção primária.

O Quadro 2 descreve as principais características da APS investigadas pelos autores e o tipo de relação com as ICSAP. As relações “diretas” significam a presença, ou aumento, de internações por CSAP quando o serviço de atenção primária dispõe de determinada característica, e a associação “inversa” quando a presença de determinada característica foi relacionada com menores taxas de internação. Quatro estudos não encontraram associação com as variáveis pesquisadas.

Quadro 2 – Características da Atenção Primária associadas às internações por CSAP, segundo grupos de categorias e tipo de associação, de acordo com revisão integrativa, período 2005- 2015.

Variável da APS associada à ICSAP	Tipo de Associação		
	Direta	Não Associação	Inversa
Modelos de Atenção			
Cobertura PSF	1	3	6
Adesão a Gestão plena		1	
Cobertura de Planos de Saúde			1
Cobertura Seguro Saúde (Medicaid)	1		
Subsídios para compra de medicamentos (Medicare Part D)			1
Interrupções no pagamento de Seguro Saúde	2		
Incentivo Financeiro			
Incentivo financeiro CSAP			1
Aumento % financiamento da AP para Serviço Saúde Indígena			1
Remuneração por desempenho	1		
Estrutura e processo de trabalho na APS			
Presença de Clínicas de Saúde Urbanas			1
Fornecimento Médico na área urbana			1
Presença de Clínicas rurais em áreas com escassez profissionais			1
Aumento do tempo permanência do mesmo médico em equipe PSF			1
Consultas na AP no ano anterior a internação			1
Boa qualidade da assistência na APS			1
Acréscimo de 1 especialista ou 1 generalista/100 000 habitantes			1
Controle saúde NÃO realizado por ESF	1		
Visitar Regularmente a Unidade de Saúde	1		
Maior tempo de funcionamento de equipe ESF	1		
Acesso precário à APS (referido)	1		
Carga de trabalho médico	1		

Fonte: Elaboração Própria

Modelos de Atenção

Grande parte dos trabalhos nacionais utiliza a associação das taxas de ICSAP com a presença de serviços organizados segundo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de atenção.

Tomando por base os pressupostos orientados por Starfield (2002) para a execução de uma atenção primária de qualidade, a ESF procura cumprir com suas responsabilidades oferecendo acesso universal, contínuo e eficaz, atendimento integral em seus vários aspectos, bem como a coordenação do cuidado do usuário dentro de uma rede de serviços (Brasil, 2006).

A implantação de serviços organizados segundo a ESF foi adotada por boa parte do território nacional, mas não é o único modelo em funcionamento, uma vez que compõe com as Unidades Básicas de Saúde chamadas de “tradicionais” e que, por sua vez, são compostas por uma variedade de arranjos organizacionais (Brasil, 2006).

A expansão da ESF por regiões do país apresenta algumas diferenças em relação ao percentual de cobertura e na forma de organização dos serviços de saúde, o que reflete na qualidade alcançada. Em decorrência da vinculação de incentivos financeiros por faixas de cobertura populacional a expansão da ESF ocorreu de modo mais acelerado nos municípios de pequeno porte populacional. De 1998 a 2004, houve expansão importante em todas as regiões, mas com cobertura maior nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo, com população de maior vulnerabilidade social. Embora tenha havido adesão precoce de cidades periféricas e das regiões metropolitanas, a partir de 2000 a ampliação ocorreu em municípios menores, fato que tem-se modificado (Conill, 2008). Com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica em março de 2006 (Brasil, 2006), o bloco do financiamento foi regulamentado e a fragmentação por cobertura populacional do ESF, que prejudicava os grandes centros, foi suavizada.

Tanto a heterogeneidade dos modelos efetivamente implantados como as diferenças regionais e intermunicipais, devem influir nos diferentes resultados observados na associação com as ICSAP. Entretanto, apesar dessa heterogeneidade a ESF representa um modelo de atenção que segue pressupostos de atenção integral e responsabilização sanitária que, ao lado das políticas de indução para efetivação desse modelo, tendem a efetivar serviços de melhor qualidade (Castanheira e col., 2014; Uchoa e col., 2011; Almeida; Macinko, 2006).

Confirmando essa tendência, a maioria dos trabalhos apresentam dados sobre associações inversas entre ICSAP e ESF, ou seja, quanto maior a cobertura da estratégia de saúde da família menor as taxas de internação.

Por outro lado, Nedel e col. (2008), em Inquérito Hospitalar de base transversal, associaram as internações por CSAP com: ser do sexo feminino, residir em área de saúde da família e ser usuária do programa de Saúde da Família. Esse resultado contraria a maioria dos trabalhos que apontam uma relação inversa entre cobertura de PSF e a ocorrência de ICSAP, mas deve ser interpretado levando-se em consideração a natureza do estudo. Uma amostra de base hospitalar pode inferir relações entre características e comportamento da população internada não tendo poder de associação sobre o risco de internar por CSAP na população geral. Na análise do estudo citado, pode-se considerar que essa população poderia ter um maior número de usuários com cobertura de Saúde da Família do que usuários que utilizam AB tradicional.

Batista e colaboradores (2012) não encontraram associação entre o aumento da cobertura populacional de PSF nas regiões de saúde com as internações por Hipertensão, Angina Pectoris, Insuficiência Cardíaca e Doença cerebrovasculares (Coeficiente de Person=0,039, $p=0,252$). Assim como Muraro e col. (2013) ao investigar as internações por CSAP entre idosos em Caxias do Sul e também Rodrigues-Bastos e col. (2014) ao analisar 853 municípios do estado de Minas Gerais nos anos de 2000 e 2010 por meio de um estudo transversal.

Por outro lado, seis trabalhos encontraram relações inversas entre a cobertura da ESF e as internações por CSAP (Ceccon e col., 2014; Campos; Theme-Filha, 2012; Rasella e col., 2014; Macinko e col., 2011; Marques e col., 2014).

Dias-da-Costa (2010) não encontrou associação entre as taxas de internação e a adesão a Gestão Plena da Atenção Básica. O modelo de municipalização plena do sistema de saúde aumentou a responsabilidade do poder municipal frente a efetividade dos cuidados em saúde, tornando-o responsável pelas ações e serviços de saúde no território. No Estado do Rio Grande do Sul, até 2004, apenas 14 municípios tinham optado pela gestão plena do sistema, o que correspondia a aproximadamente 3 milhões de habitantes. O Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b), lançado pelo Ministério da Saúde em 2006, definiu as responsabilidades da assistência à saúde nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal. Assim, em princípio, o processo anterior sobre a forma de gestão foi extinto, uma vez que, a partir de então, ao se aderir ao processo com a assinatura do termo de compromisso de gestão, cada ente assumiria as responsabilidades e as capacidades nas ações e

nos serviços de saúde. Contudo, mesmo com a implantação do Pacto pela Saúde, no Estado do Rio Grande do Sul, perdura a situação anterior em que a maioria dos municípios continua na forma de gestão plena da atenção básica.

Em estudo ecológico Pazó e col. (2014), identificaram por meio de modelo hierarquizado que a cobertura de Planos de Saúde implicava em um menor número de internações por CSAP, nos municípios do estado do Espírito Santo, Brasil. Os autores associaram a possibilidade de consultas preventivas ofertadas pelos planos com o melhor controle da saúde, conseqüentemente com menor número de internações. Os estudos ecológicos que trabalham com ICSAP usam em sua maioria o sistema de informação hospitalar SIH/SUS onde são registradas as autorizações de pagamento para a rede pública de hospitais. Assim como Alfradique e col. (2009), os autores consideram a necessidade de realizar ajustes por cobertura de planos de saúde. Os pacientes que possuem plano de saúde acabam internando em hospitais particulares e conveniados gerando um menor número de internações em hospitais públicos de municípios com maior cobertura de planos de saúde.

Park e Lee no ano de 2014 identificaram que os pacientes Medicaid *Health Maintenance Organization* (HMO) de 67 condados do estado da Flórida, EUA, estavam mais propensos a serem hospitalizados por condição sensível (ICSAP) (OR = 1,30; IC 95%; 1,21; 1,40). Os autores tinham como hipótese inicial que usuários Medicaid HMO tivessem menores taxas de ICSAP do que os usuários Medicaid Fee-For-Service (FFS). Os usuários da modalidade HMO obrigatoriamente cadastram-se em um programa de assistência e vinculam-se a um médico generalista, ao passo que usuários Medicaid FFS realizam o pagamento por procedimento realizado não havendo obrigatoriedade de vinculação a um determinado profissional. Os resultados contrariam a hipótese inicial e apontam para um maior risco de internação para os usuários HMO, mas confirmam as demais hipóteses preliminares sobre a condição da ruralidade e da raça (ser não-branco) estarem associadas a um maior risco das internações. Ainda em relação ao sistema de saúde americano, Afendulis e col. (2011) associaram a implantação do Medicare Part D, programa de subsídios para a compra de medicamentos, com uma redução de 4,1% no total de internações por CSAP, o que representou 42 mil internações no período de 2005-2007, em 23 estados americanos.

Nicholas (2011) e Bindman e col. (2008) identificam a presença de ICSAP entre os segurados que possuíam uma ou mais interrupções de pagamento do

seguro saúde, com conseqüente interrupção do acesso ao seguimento. Essa relação pode ser compreendida a partir da perspectiva da importância da longitudinalidade na qualidade da atenção primária (Starfield, 2002) uma vez que a descontinuidade de pagamento na prática significa a interrupção do processo de cuidado.

Incentivo Financeiro

Na Itália, Fiorentini e col. (2011) realizaram a associação de três diferentes formas de remuneração por desempenho profissional - *pay-for-performance*, *pay-for-participation*, *pay-for-compliance* - com duas variáveis dependentes: a lista de ICSAP internacionalmente conhecida e a Lista Regional de Emilia-Romagna, composta de internações que inferem sobre o risco de inadequação organizacional na atenção primária, identificando associações inversas entre elas. Houve uma relação direta entre as taxas de ICSAP, segundo a Lista Internacional (AHRQ,2001) e as três diferentes formas de remuneração por desempenho profissional e uma relação inversa entre a Lista Regional, com 27 diagnósticos e as três diferentes formas de pagamento. Os autores defendem que a lista regional é uma síntese dos objetivos políticos firmados na região sanitária, e para os quais foram realizadas ações de sensibilização dos médicos generalistas no contexto institucional ao contrário da Lista Internacional de ICSAPs. Eles ainda concluem que esse resultado sugere que o apoio institucional explícito é crucial para o sucesso das atividades de melhoria de qualidade.

Korenbrodt e colaboradores (2009) investigaram o aumento do financiamento para o Programa de Saúde Tribal (TOHP) dos índios americanos, nativos do Alasca, com as internações por CSAP. Para TOHP com até 60% dos custos de cuidados de saúde financiados, a taxa de internação caiu de 12% para cada aumento de 10% no financiamento. Esse resultado evidencia a necessidade de políticas e de repasse financeiro para as ações de atenção primária, particularmente aquelas dirigidas a grupos mais vulneráveis.

Harrison e col. (2014) apontaram uma relação inversa entre as taxas de internações por CSAP com a remuneração por desempenho no Sistema de Saúde Inglês. Utilizando o período pré e pós implantação do *Quality and Outcomes Framework* (quadro de qualidade e resultados) assinalaram que a introdução do

pagamento para o desempenho nacional da atenção primária na Inglaterra foi associado com uma diminuição nas admissões de emergência para condições que receberam incentivo financeiro em comparação com condições que não receberam. Os autores ressaltam que os serviços de saúde ingleses foram susceptíveis de causar mudanças bruscas na trajetória de incentivo das ACSC após a introdução de Quadro Qualidade e Resultados. Considera-se ainda que a remuneração por sistema de desempenho possa impactar sobre a qualidade dos cuidados para além das atividades diretamente incentivadas.

O incentivo financeiro às CSAP mostrou-se intimamente relacionados com a redução das internações por causas sensíveis. A Itália e a Inglaterra evidenciaram a necessidade da sensibilização dos profissionais da atenção primária no contexto institucional assim como a remuneração por desempenho para o trabalho com as CSAPs.

Organização do trabalho na APS

O acesso aos serviços de saúde pode ser refletido a partir do distanciamento físico, presente na condição da ruralidade, e a facilitação na condição da moradia urbana. Estudo realizado nos estados Unidos por Laditka e col. (2009) destaca em seus resultados a limitação da ruralidade no acesso ao cuidado de saúde e sua relação direta com as ICSAPs. Nesta revisão de literatura dois artigos publicados pelo mesmo conjunto de autores citados anteriormente, identificam uma relação inversa entre a presença de clínicas de saúde urbanas e o fornecimento médico em áreas urbanas com as taxas e ICSAP (Probst e col., 2009), Laditka e col., 2009) que reforçam a importância da viabilização do acesso para as regiões urbanas. O acesso também é foco de trabalhos que avaliam a implantação de clínicas rurais em áreas com escassez de profissionais, e que também evidenciam associação inversa destas com as ICSAP (Zhang e col., 2006).

Mendonça e colaboradores em estudo ecológico realizado no município de Belo Horizonte-Brasil, indicaram que a continuidade do médico da equipe de ESF foi associada com menor número de hospitalizações, voltando atenção especial para questões que aumentam a estabilidade dos profissionais nas equipes (Laditka e col., 2005).

Consultar na atenção básica no ano anterior da internação pode ser um fator de proteção para as internações por CSAP, segundo Rizza e col. (2007). Os autores afirmam que na Itália, onde o acesso é universal e gratuito à saúde primária e os cuidados são prestados pelo Serviço Nacional de Saúde, os resultados indicam que a falta de acesso a cuidados primários de saúde aumenta a probabilidade de hospitalização por ACSCs, após o controle da maioria de fatores sócio-demográficos e propensão a buscar outro cuidado.

A qualidade da assistência a saúde na Atenção Primária, avaliada por Elias e Magajewski (2008), foi aferida por instrumento desenvolvido pelos autores em pesquisa exploratória, com características de estudo ecológico. Esse trabalho qualificou a atenção primária oferecida a partir de questionário dirigido aos profissionais de Saúde da Família e definiu dois grupos de população. Nos grupos de municípios da categoria Atenção Adequada foram observadas queda nas internações por Diabetes Mellitus (DM), Pneumonia em maiores de 60anos e aumento das internações por Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). No grupo de municípios classificados como Não adequados houve queda nas taxas e internação por Pneumonias em maiores de 60 anos e aumento das taxas de internação por IAM.

Os autores reforçam que os resultados precisam ser analisados levando em consideração a possibilidade de que alguns agravos tenham sensibilidade reduzida à atenção adequada. Mesmo que os problemas de saúde sejam bem atendidos pelos serviços, os indicadores de resultado só serão modificados após longo tempo de cuidado. Além disso, a determinação e o condicionamento social de alguns problemas de saúde inferirem sobre o resultado de forma mais direta do que considerando apenas aspectos da atenção à saúde.

Ainda versando sobre a qualidade da assistência na AB, o incremento no número de médicos generalista e especialistas para cada 100mil habitantes foi associado com menores taxas de ICSAP por Burgdorf e Sundmacher na Alemanha (2014). Em estudo transversal utilizando estatísticas hospitalares do ano de 2008 de todo o país, os autores ressaltam que para ambos os sexos a densidade de médicos de clínica geral está associada a uma menor taxa de internações (0,1% a 0,5%, se a densidade é aumentada de 1 clínico geral/ 100 000 habitantes) em dois dos quatro modelos (hipertensão arterial e insuficiência cardíaca). Já o acréscimo de especialista, entre ambos os sexos está associada com uma redução de 0,1% no

número de hospitalizações, com coeficiente negativo para os três modelos ($p < 0,01$ insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus; $p < 0,05$ hipertensão arterial).

Os autores ressaltam que foi observada forte associação com a variável idade, ao passo que as associações com as variáveis desemprego, expectativa de vida e a ruralidade foram fracas. Eles reforçam que algumas variáveis não estão sujeitas à influência de política de saúde (sem influência, por exemplo, taxa de desemprego e estrutura etária), enquanto outras variáveis (por exemplo, a densidade de médicos por seguros saúde) podem ser influenciadas por decisões das políticas de saúde.

Os resultados apresentados por Fernandes e col, são provenientes de um inquérito de morbidade hospitalar, transversal, com dados primários que destaca as características da população internada por uma CSAP: realizar controle de saúde em modelo NÃO ESF (OR=2,48; IC 95%: 1,64;3,74), visitar regularmente a unidade de saúde (OR=2,20; IC95%: 1,44;3,36), indivíduos idosos (>60 anos, $p=0,000$ OR= 2,12; IC95%: 1,45;3,09), de baixa escolaridade (< 4anos $p= 0,038$ OR=1,50; IC95%: 1,02;2,20). A associação de hospitalizações evitáveis com paciente idosos, observada nesse estudo, também já foi apontada em outras pesquisas (Nyweide e col. 2013; Caminal e col. 2001), Bermudez-Tamayo e col. (2004). A idade avançada, internações pregressas e realização de controles regulares de saúde podem denotar condições mais graves e pacientes mais vulneráveis. Contudo há ênfase em discutir a gravidade do quadro clínico de pacientes mais críticos, com maior carga de doenças e a maior demanda por internação. Mais uma vez a realização do controle de saúde na ESF pode ser considerada um efeito protetor para internações por CSAP.

Mendonça e col. (2012) mostraram maiores taxas de ICSAP em indivíduos que frequentavam unidade de ESF com maior tempo de funcionamento. Os autores justificam a possibilidade de uma confusão residual desta associação por conta da vulnerabilidade social, considerando que as equipes foram implementadas inicialmente em áreas de maior vulnerabilidade social.

Ansari, Laditka e Laditka (2006) versam sobre o acesso precário referido com maiores taxas de internação por CSAP. Os autores associam a insatisfação do usuário com a ruralidade, a oferta de médicos de cuidados primários para a área rural, além das características individuais associadas a população rural já descrita em estudos anteriores, particularmente, baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo.

Tais relações pode explicar a falta de significância estatística para a medida de acesso em análise multivariada, quando incluída a covariável rural.

Outra característica da APS associada com o aumento das taxas de internação por causas sensíveis é a sobrecarga de trabalho médico, observado por Mágan e col. (2011) em Madri, na Espanha. De acordo com o modelo espanhol de cuidados de saúde, em geral um médico generalista tem uma população de cerca de 2500 pacientes atribuídos. Os autores chamam a atenção para a reflexão sobre o aumento da frequência de consultas, que pode resultar em um atendimento de pior qualidade devido ao tempo disponível para consulta com o paciente e resolução do problema de saúde. Segundo os autores a utilização de serviços de saúde é o resultado de uma interação altamente complexa entre vários fatores relacionados com o indivíduo, o cenário, e condições de estrutura e processo de trabalho nos serviços.

CONCLUSÃO

A avaliação da qualidade do cuidado primário é, de um modo geral, o objetivo central de todos os autores que associaram o indicador de internação por causa sensível a atenção primária com características dos serviços de saúde. Essa revisão permitiu evidenciar alguns aspectos da qualidade dos serviços de atenção primária que mostraram relação significativa com menores taxas de internação por CSAP.

Vale ressaltar que uma consideração importante realizada pelos trabalhos sistematizados foi a que para além das associações das ICSAP com modelos de atenção ou com características de estrutura/processo de trabalho e com incentivos financeiros, são as associações realizadas com as condições de acesso aos serviços. A universalidade do sistema, princípio doutrinário do Sistema Único Brasileiro, pode ser uma primeira barreira a ser transposta quando comparado com sistemas baseados no Seguro Saúde, como o americano. Os seguros-saúde americanos e suas diferenças organizacionais tais como: vinculação do paciente a um médico generalista par ações de prevenção; formas de pagamento ao profissional ou repasse da seguradora ao profissional e mesmo a existência ou não de programas preventivos, são apontados pelos autores como dificultadores do cuidado contínuo e das ações de prevenção à saúde. A Estratégia de Saúde da Família pode ser compreendida como um novo modelo de atenção, que com suas

características tem avançado no cuidado aos usuários na atenção primária, o que impactou nos resultados a partir da diminuição das internações por CSAP.

Além disso, também chama atenção as características individuais que interferem no acesso ao cuidado, e que não foi foco deste trabalho, mas que evidenciaram forte correlação com as internações apontadas por diversos autores. A baixa escolaridade, a raça negra e o baixo poder aquisitivo, foram destacados como características individuais relacionadas ao menor acesso as unidades de saúde. Essa observação é bastante importante uma vez que torna-se necessário o controle dessas variáveis em modelos de análise que tem por objetivo associar as ICSAPs com características dos serviços de saúde primário.

É esperada uma maior frequência de ICSAP nas faixas etárias mais avançadas. No entanto a redução das ICSAP nesse grupo está relacionada à continuidade do cuidado de boa qualidade por longos períodos (longitudinalidade), ao maior empoderamento dos usuários para o autocuidado e à responsabilização e capacidade de vínculo da equipe de saúde.

O estudo das associações das ICSAP em adultos com a qualidade dos serviços de AP deve ser realizado prioritariamente por meio de estudos longitudinais uma vez que o impacto esperado nas condições crônicas só pode ser avaliado a longo prazo ficando limitado no caso de estudos transversais.

A carga de doenças crônicas e o cuidado de longo tempo podem interferir na utilização dos serviços de atenção primária e conseqüentemente na sua qualidade. Os serviços precisam estar preparados para o acolhimento dos usuários e para o empoderamento destes sobre o cuidado frente ao agravo de saúde, além de sensibilizar os profissionais de saúde sobre os agravos da atenção primária que podem gerar internações desnecessárias.

Há necessidade de se incorporar “Condições Sensíveis” aos Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) e também aos Medical Subject Headings (Mesh Term), o que seria uma grande contribuição para futuras pesquisas que objetivam sistematizar informações sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nunes, KR participou da concepção e delineamento do estudo, redação, análise e interpretação dos resultados, revisão crítica do conteúdo intelectual e final do artigo.

Castanheira, ERL participou da concepção e delineamento do estudo, interpretação dos resultados, redação revisão crítica do conteúdo intelectual e final do artigo.

Bernardes, J participou da análise dos dados e revisão final do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, declarando não haver conflito de interesse com o trabalho.

REFERÊNCIAS

AFENDULIS, C. C. et al. The impact of Medicare Part D on hospitalization rates. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 46, n. 4, p. 1022-1038, 2011.

AFONSO, L. *Oficinas em dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

AHRQ QUALITY INDICATORS. *Guide to Prevention Quality Indicators (PQI): Hospital Admission for Ambulatory Care Sensitive conditions*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001.

ALFRADIQUE, M. E. 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, 2009.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/pdsss/pdsss-v10.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oaks, v. 63, n. 6, p. 719-741, 2006.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.

BIELLO, K. B. et al. Racial disparities in age at preventable hospitalization among U.S. Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v. 38, n. 1, p. 54-60, 2010.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*, Millwood, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalization. *Health Affairs*, Millwood, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BINDMAN, A. B.; CHATTOPADHYAY, A.; AUERBACK, G. M. Interruptions in medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 149, n. 12, p. 854-860, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.399, de 22 de fevereiro de 2006. Publica e divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília (DF), 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2008. Seção 1, p. 50.

BURGDORF, F.; SUNDMACHER, L. Potentially avoidable hospital admissions in germany: an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations. *Deutsches Ärzteblatt International*, Cologne, v. 111, n. 13, p. 215-223, 2014.

CAMINAL, J. et al. Las Hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para Espana. *Gaceta Sanitaria*, Barcelona, v. 15, n. 2, p. 128-141, 2001.

CAMINAL-HOMAR, J.; CASANOVA-MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Atencion Primaria*, Barcelona, v. 31, p. 61-65, 2003.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CASTANHEIRA, E. R. L. et al. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, 2014.

CECCON, R. F.; MENEGUEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. S7-S27, 2008.

DIAS-DA-COSTA, J. S. 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.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

FERNANDES, V. B. L. 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, 2009.

FIORENTINI, G. et al. Incentives in primary care and their impact on potentially avoidable hospital admissions. *The European Journal of Health Economics*, Berlin, v. 12, n. 4, p. 297-309, 2011.

HARRISON, M. J. et al. Effect of a national primary care pay for performance scheme on Emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: controlled longitudinal study. *British Medical Journal*, London, v. 349, p. 1-8, 2014.

JOHNSON, P. J. et al. Disparities in potentially avoidable emergency department (ED) care: ED visits for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care*, Philadelphia, v. 50, n. 12, p. 1020-1028, 2012.

KORENBROT, C.; KAO, C.; CROUCH, J. A. Funding of tribal health programs linked to lower rates of hospitalization for conditions sensitive to ambulatory care. *Medical Care*, Philadelphia, v. 47, n. 1, p. 88-96, 2009.

LADITKA, J. N. Hazards of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions among older women: evidence of greater risks for African Americans and Hispanics. *Medical Care Research and Review*, Thousand Oaks, v. 60, n. 4, p. 468-495, 2003.

LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B.; PROBST, J. 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*, Oxford, v. 15, n. 3, p. 761-770, 2009.

LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B.; PROBST, J. C. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 40, n. 4, p. 1148-1166, 2005.

MACINKO, J. 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*, Washington, DC, v. 101, n. 10, p. 1963-1970, 2011.

MAGÁN, P. et al. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions and quality of primary care: their relation with socioeconomic and health care variables in the Madrid Regional Health Service (Spain). *Medical Care*, Philadelphia, v. 49, n. 1, p. 17-23, 2011.

MARQUES, A. P. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014.

MENDES, J. D. V.; OSIANO, V. L. R. L. Evolução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica – ICSAB no SUS do Estado de São Paulo. *GAIS Informa*, São Paulo, n. 18, p. 1-12, 2013.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012.

MURARO, C. F. et al. Estratégia Saúde da Família e as internações por condições sensíveis a atenção primária em idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p. 20-33, 2013.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, Sao Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NICHOLAS, L. H. Modeling the impact of medicare advantage payment cuts on ambulatory care sensitive and elective hospitalizations. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 46, n. 5, p. 1417-1435, 2011.

NYWEIDE, D. J. et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Internal Medicine*, Chicago, v. 173, n. 20, p. 1879-1885, 2013.

O'NEIL, S. S. et al. Racial disparities in hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *American Journal of Preventive Medicine*, New York, v. 38, n. 4, p. 381-388, 2010.

PAGE, A. et al. *Atlas of Avoidable hospitalizations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions*. Adelaide: PHIDU, University of Adelaide, 2007.

PARK, J.; LEE, K-H. The association between managed care enrollments and potentially preventable hospitalization among adult Medicaid recipients in Florida. *BMC Health Services Research*, London, v. 14, p. 247, 2014.

PAZÓ, R. G. 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.

PROBST, J. C.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. *BMC Health Services Research*, London, v. 9, p. 134, 2009.

PURDY, S. et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health*, London, v. 123, p. 69-173, 2009.

RASELLA, D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *British Medical Journal*, London, v. 349, p. 1-10, 2014.

RIZZA, P. et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Services Research*, London, v. 7, p. 134, 2007.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014.

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

SCHREIBER, S.; ZIELINSKI, T. The meaning of ambulatory care sensitive admissions: urban and rural perspectives. *The Journal of Rural Health*, Oxford, v.13, n.4, p. 276-284, 1997.

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

UCHOA, A. C. et al. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1061-1076, 2011.

WHITTEMOR, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WILL, J. C.; YOON, P. W. Preventable hospitalizations for hypertension: establishing a baseline for monitoring racial differences in rates. *Preventing Chronic Disease*, Atlanta, v. 10, p. 120-165, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. United Nations Children Fund: Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 [Internet]. Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: <http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_Atta_conference_1978_report.pdf>. Acesso em: maio 2015.

ZHANG, W. et al. The role of rural health clinics in hospitalization due to ambulatory care sensitive conditions: a study in Nebraska. *The Journal of Rural Health*, Oxford, v. 22, n. 3, p. 220-223, 2006.

Quadro 1 – Sequência de artigos sobre ICSAP segundo autor, ano de publicação, país, período de estudo, nível de agregação dos dados, ICSAP estudado, tipo de estudo e características da APS associadas a ICSAP, 2015

Autor	Ano	País	Período Estudo	Nível Agregação dos dados	ICSAP estudado	Tipo de estudo	Características da APS associadas à ICSAP
Laditka, Laditka, Probst	2005	USA	1999	20 Estados	Agência de Investigação de Saúde e Qualidade (AHRQ). Prevention Quality Indicators (PQIs)	Ecológico Retrospectivo	Fornecimento médico/100.000 habitantes modelado para rural e urbano
Ansari, Latitka, Laditka	2006	Austrália	1999-2000	Municipal	Relatório Instituto de Medicina dos Estados Unidos 1993	Ecológico retrospectivo	acesso a serviços de saúde (referido)
Zhang et al	2006	EUA	1999-2001	Estadual	Relatório Instituto de Medicina dos Estados Unidos 1993 (ICD-9-CM)	Ecológico Retrospectivo	presença de clínicas de saúde rural em áreas com escassez de profissional de saúde
Rizza et al	2007	Italia	Abr-Jul 2005	Municipal	AHRQ - PQIs	Inquérito Hospitalar Transversal	consultas médicas na atenção primária no ano anterior da internação
Nedel et al	2008	Brasil	Set 2006 - Jan 2007	Municipal	Lista Brasileira	Inquérito Hospitalar Transversal	Cobertura de ESF
Elias; Magajewski	2008	Brasil	1999-2004	Regional	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Qualidade da assistência utilizando instrumento desenvolvido pelos autores
Bindman-Chatto padhya y-Auerback	2008	EUA	1998-2002	Estadual	AHRQ - PQIs	Ecológico Retrospectiva	Interrupção de seguro saúde
Fernandes et al	2009	Brasil	2007-2008	Municipal	Lista Brasileira (19 grupos)	Inquérito Hospitalar Transversal	Controle regular de saúde não realizado por ESF Visitar regularmente a unidade de saúde
Probst, Laditka, Laditka	2009	EUA	2002	Estadual (579 condados)	AHRQ – PQIs	Ecológico Transversal	CHC (s) apenas, RHC (s) apenas, ambos (CHC e RHC), e nenhum dos dois
Korenbroat, Kao, Crouch	2009	EUA	1988-2002	Estadual	27 ACSC	Ecológico Retrospectivo	Financiamento do Serviço de Saúde Indígena
Dias-da-Costa et al..	2010	Brasil	1995-2005	Estadual	Lista Brasileira	Ecológico retrospectivo	Adesão a Gestão Plena

Quadro 1 – Sequência de artigos sobre ICSAP segundo autor, ano de publicação, país, período de estudo, nível de agregação dos dados, ICSAP estudado, tipo de estudo e características da APS associadas a ICSAP, 2015 - CONTINUAÇÃO

Autor	Ano	País	Período Estudo	Nível Agregação dos dados	ICSAP estudado	Tipo de estudo	Características da APS associadas à ICSAP
Macinko et al..	2010	Brasil	1999-2007	Nacional	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional de ESF
Magan-Alberquilla, Otero, Ribeira	2011	Espanha	2001 e 2003	34 distritos de saúde	Lista Espanha	Ecológico Transversal, Base Hospitalar	Carga de trabalho médico
Afendulis et al..	2011	USA	2005-2007	23 Estados	Condições Sensíveis a Drogas medicamentosas	Ecológico Transversal	Implementação Medicare Part D program
Macinko et al..	2011	Brasil	1999-2007	Nacional	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional de ESF
Nicholas	2011	EUA	1999-2005	Estadual	AHRQ – PQIs	Ecológico Retrospectivo	Cortes nas taxas de pagamento Medicare Advantage (MA)
Fiorentini et al..	2011	Italia	2005	Regional	AHRQ - PQIs	Ecológico Transversal	Remuneração por pay-for-performance, pay-por-participation e pay-for-compliance
Batista et al	2012	Brasil	2000-2008	Estadual	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional ESF
Campos;The me-Filha	2012	Brasil	2000-2009	Municipal	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional de ESF
Mendonça et al..	2012	Brasil	2003-2006	Municipal	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Tempo de equipe Continuidade do médico com a equipe
Muraro et al..	2013	Brasil	2000-2003 2005-2007	Municipal	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional de ESF
Ceccon et al..	2014	Brasil	1998-2006	Nacional	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura Populacional de ESF
Pazó et al..	2014	Brasil	Jan-Dez 2010	Estadual	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura de planos de saúde

Quadro 1 – Sequência de artigos sobre ICSAP segundo autor, ano de publicação, país, período de estudo, nível de agregação dos dados, ICSAP estudado, tipo de estudo e características da APS associadas a ICSAP, 2015 - CONTINUAÇÃO

Autor	Ano	País	Período Estudo	Nível Agregação dos dados	ICSAP estudado	Tipo de estudo	Características da APS associadas à ICSAP
Rodrigues-Bastos et al..	2014	Brasil	2000-2010	Estadual	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura populacional da ESF
Park; Lee	2014	USA	2008	Estadual	AHRQ – PQIs	Ecológico Transversal	Ter Medicaid Atenção Gerenciada
Rasella et al..	2014	Brasil	2000-2009	1622 municípios brasileiros	Lista brasileira	Ecológico retrospectivo	Cobertura do PSF
Burgdorf – Sundmacher	2014	Alemanha	2008	Nacional - 413 condados	Purdy et al 2009	Ecológico Retrospectivo	Densidade de especialista e generalista / 100 000 habitantes
Harrison et al..	2014	Inglaterra	1998-1999 2010-2011.	6975 práticas familiares da Inglaterra	Lista NHS	Ecológico Longitudinal controlado	Incentivo financeiro para a atenção primária.
Marques et al..	2014	Brasil	2000-1010	Estadual	Lista Brasileira	Ecológico Retrospectivo	Cobertura da ESF

Fonte: Elaboração própria.

ARTIGO 2

O artigo será encaminhado para a revista Saúde em Debate.
Modalidade Artigo Original

Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo descritivo de base hospitalar.

Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions: descriptive study of hospital-based.

Karina Rubia Nunes

Doutoranda em Saúde Coletiva

Endereço: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública.

Endereço: Rua Ricardo Alpídio Sarzi, no. 467, Jd Ouro Verde, CEP 18612-034, Botucatu, SP. Brasil.

Email: karubia26@fmb.unesp.br

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Doutora em Saúde Coletiva

Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública

E-mail: elen@fmb.unesp.br

José Eduardo Corrente

Doutor em Estatística e Experimentação Agronômica

Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Instituto de Biociências. Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil

E mail: jecorren@ibb.unesp.br

RESUMO

Objetivou-se identificar as principais Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em adultos em um hospital estadual público. Estudo de base hospitalar, transversal, descritivo que utilizou dados secundários de internações de maiores de 18 anos, no período de 2008 a 2012. O hospital realizou 49476 internações, destas 7,43% (n= 3676) foram por CSAP, sendo as três principais causas que mais contribuíram para o total de internações: Doenças Cerebrovasculares, Pneumonias Bacterianas e Infecção no Rim e Trato Urinário. O baixo percentual de ICSAP pode estar relacionado com o perfil de oferta de especialidades do hospital e ao fato de ser um hospital de referência regional, além dos critérios de exclusão de casos estabelecidos neste estudo.

Palavra chave: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Estudos Ecológicos, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The objective was to identify the main Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions in adults at a state public hospital. Hospital-based, cross-sectional, descriptive that used secondary data admittances 18 years, from 2008 to 2012. The hospital performed 49,476 hospitalizations, these 7.43% (n = 3676) were for ACSC, and the three main causes that contributed most to the total of admissions: Cerebrovascular Diseases, Bacterial pneumonia and infection in the Kidney and Urinary Tract. The low percentage of ICSAP may be related to the hospital's specialty supply profile and the fact that it is a regional referral hospital in addition to the exclusion criteria of cases established in this study.

Key Word: Primary Health Care, Hospitalization, Ecological Studies, Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde têm expandido suas ações estimulando o interesse em estudos que avaliem seu desempenho e identifiquem aspectos para melhoria. Um dos modelos mais utilizados para avaliação da qualidade dos serviços de saúde foi desenvolvido por Donabedian (1966) e estava originalmente voltado para a avaliação da qualidade do trabalho médico. Os três domínios incluídos no modelo donabediano são: a estrutura do serviço, o processo de cuidado, e o resultado para o paciente.

Billings e Teicholz (1990) com o intuito de propor novos indicadores de avaliação de qualidade, introduziram o conceito de internações "evitáveis". O estudo desses autores, com pacientes sem seguro saúde em hospitais da Columbia, foi realizado com parecer de peritos considerando se a admissão poderia ter sido evitada se os pacientes recebessem atenção ambulatorial adequada. A internação por uma condição que poderia ser evitada pelo cuidado ambulatorial foi descrita como "ambulatory care sensitive conditions", traduzido livremente para Condições Sensíveis à Atenção Primária. Em 1993, nos Estados Unidos (EUA) o Instituto de Medicina publicou o documento "Access to Health Care in America" recomendando as hospitalizações por CSAP como um indicador de acesso à atenção primária (MILLMAN, 1993). Desde então, vários países tem desenvolvido pesquisas sobre esse tema.

"Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária" tem sido considerado um indicador de atividade hospitalar que pode ser utilizado como uma medida indireta do acesso, eficácia e qualidade do atendimento na atenção primária (BILLINGS et al., 1993, 1996; MÁGAN et al., 2011; LADITKA; LADITKA; PROBST, 2005; NITI; PG, 2003).

No Brasil, a partir de 2001, surgiram na literatura as primeiras listas de condições sensíveis à atenção ambulatorial nos estados do Ceará, Minas Gerais e no município de Curitiba (RODRIGUES-BASTOS et al., 2013). Juntamente com as listas nacionais, os resultados de pesquisas internacionais e a lista da Espanha (CAMINAL et al., 2001), um grupo de trabalho constituído por técnicos do Departamento de Atenção Básica, gestores e pesquisadores, elaborou o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e a Lista Brasileira de Causas Sensíveis à Atenção Primária. A lista brasileira utiliza como referência a

10ª revisão do Código Internacional de Doenças CID-10 para constituir os grupos de causas (ALFRADIQUE et al., 2009).

Até a sua publicação no ano de 2008 em forma de portaria (Brasil, 2008), a construção da lista envolveu várias etapas, dentre as quais: consolidação e revisão da lista elaborada pelo grupo de trabalho; fase de validação; consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública.

Macinko (2007) ressalta que o uso prudente do indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS ao identificar tendências, descrição do perfil, identificar áreas claramente passíveis de melhorias e colocar em evidência problemas de saúde da atenção primária que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação entre os níveis assistenciais.

O objetivo desse artigo é descrever as Internações por Causa Sensível a Atenção Primária em um hospital de referência no município de Bauru/SP, no período de 2008 a 2012.

METODOLOGIA

Estudo de base hospitalar, descritivo, transversal, que utilizou dados primários provenientes do sistema de informação interna (Prontuário Eletrônico) do Hospital Estadual de Bauru, localizado em município de mesmo nome, de médio porte no interior do estado de São Paulo. O estudo compreendeu as internações do período de 01 jan 2008 a 31 dez 2012, realizadas por indivíduos maiores de 18 anos com exclusão de grupo 19 da Lista Brasileira de ICSAP - Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto.

O Hospital Estadual de Bauru é referência para uma área de 68 municípios do DRS-VI/Bauru com uma população estimada de 1 milhão e 800 mil pessoas. Conta com 318 leitos operacionais (270 gerais, 13 para queimados, 35 de terapia intensiva) e 63 leitos complementares, atendendo exclusivamente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde – SUS, referenciados pelo próprio município de Bauru ou pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria Estadual da Saúde (HEB, 2013).

Em que pese o grande número de especialidades para assistência ambulatorial, vale assinalar que o HEB não conta com serviço de Neurocirurgia, portanto é referência apenas para os Acidentes Vasculares Isquêmicos (AVCI), não

atendendo os Acidentes Vasculares Hemorrágicos (AVCH) e politraumatizados com fraturas ou hemorragias de crânio. Além disso, a Cirurgia Vascular não oferece atendimento para pacientes em situação de urgência/emergência.

Os dados são provenientes da sistematização das informações dos prontuários eletrônicos, onde é registrado o Código Internacional de Doenças e Causas de Morte (CID-10) CIDs de admissão do paciente, os CID de evolução da internação e o CID de alta do paciente. Para esta análise foi utilizado o CID de alta hospitalar, informação que é repassada para o setor de faturamento do hospital para gerar a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). O CID foi comparado com a Lista Brasileira de Causas Sensíveis a Atenção Primária (Brasil, 2008) gerando uma variável nominal com descrição do nome do grupo de causa sensível. A partir dos critérios de inclusão definidos, o serviço de Tecnologia de Informação (TI) do hospital gerou banco de dados em formato Excel 2010, disponibilizado para esta pesquisa.

Os dados foram processados no programa SAS versão 9.3. Para a descrição das características gerais da casuística utilizou-se frequência absoluta e porcentagem. A proporção das internações hospitalares por grupos de CSAP foi calculada dividindo o número de internações de determinado grupo de causa sensível pelo número total de internações por CSAP, multiplicado por 100.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (Protocolo 435/2012) e o consentimento para a utilização dos dados foi fornecida pela direção do HEB.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2012, o Hospital Estadual de Bauru realizou 49476 internações de adultos maiores de 18 anos, encaminhados pelo próprio município de Bauru ou pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria Estadual da Saúde. A tabela 1 apresenta as características gerais dos pacientes internados no período.

Com pequena diferença a população internada no período em estudo é do sexo masculino. Chama a atenção que 23% da população internada possui mais de 70 anos de idade, variável que será ponderada para a análise das causas sensíveis a atenção primária frente a carga de doenças presentes nesse estágio da vida. A

baixa escolaridade pode ser observada na amostra geral de internações, sendo que 67,2% dos indivíduos internados possuem até 5 anos de estudo (ensino fundamental incompleto). Aproximadamente 58% das pessoas internadas vivem em companhia (Casado ou Amasiado) e a raça branca representa a maioria dos indivíduos internados (75%).

Tabela 1 – Características da população internada no Hospital Estadual de Bauru, Bauru, SP, 2008- 2012.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	23501	47,5
Masculino	25975	52,5
Faixa etária		
18-29 anos	5429	10,97
30-39 anos	5823	11,77
40-49 anos	7505	15,17
50-59 anos	9763	19,73
60-69 anos	9587	19,38
70 + anos	11369	22,98
Escolaridade		
Analfabeto	4462	9,02
Alfabetizado	4424	8,94
1° Grau incompleto	24375	49,27
1° Grau completo	4872	9,85
2° Grau incompleto	2047	4,14
2° Grau completo	7306	14,77
3° Grau incompleto	754	1,52
3° Grau completo	1236	2,5
Estado Civil		
Solteiro	9415	19,3
Casado	23947	48,4
Viúvo	6852	13,85
Separado	4413	8,92
Amasiado	4766	9,63
Outro	83	0,17
Etnia		
Branca	37277	75,34
Negra	4618	9,33
Amarela	283	0,57
Parda	7138	14,43
Outra	119	0,24
Indígena	41	0,08

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

A tabela 2 descreve o total de internações consideradas sensíveis à atenção primária (ICSAP) e as demais (NÃO-ICSAP), durante o período do estudo. As

internações por CSAP totalizaram 3676 internações, o que representou 7,43% das internações totais

Tabela 2 – Frequência e percentual do total de internações classificadas por condição de sensibilidade, e variação de frequência para o período de 2008 a 2012, SP.

Tipo de Internação	2008		2009		2010		2011		2012		Variação
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Não ICSAP	7599	92,2	8370	93,3	9796	92,8	10181	91,3	9854	93,2	+0,29
ICSAP	640	7,8	602	6,7	755	7,2	965	8,7	714	6,8	+0,11

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

Observa-se um discreto aumento no número de internações por CSAP para o período analisado, o que também ocorreu com as demais internações.

Entre as principais causas de internação por uma condição sensível para a população internada no período de 2008-2012, estão: Doenças Cerebrovasculares (27,3%), pneumonias bacterianas (26,9%) e infecção de rim e trato urinário (12,8%). Análise mais detalhada pode ser realizada na tabela 3.

Tabela 3 – Número absoluto e distribuição percentual das ICSAP por grupo de causas, registradas no HEB, período de 2008 a 2012, SP

GRUPO DE CAUSAS	N	%
1 - Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	9	0,3
2 - Gastroenterite infecciosa e complicações	124	3,4
3 - Anemia por deficiência de ferro	0	0,0
4 - Deficiências Nutricionais	90	2,5
5 - Infecção de ouvido, nariz, garganta	15	0,4
6 - Pneumonias bacterianas	989	26,9
7 - Asma	3	0,1
8 - Doenças de Vias Aéreas Inferiores	0	0,0
9 - Hipertensão	282	7,7
10 - Angina	0	0,0
11 - Insuficiência Cardíaca	34	0,9
12 - Doenças Cerebrovasculares	1002	27,3
13 - Diabetes Mellitus	143	3,9
14 - Epilepsias	0	0,0
15 - Infecção no rim e trato urinário	469	12,8
16 - Infecção de pele e tecido subcutâneo	270	7,3
17 - Doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos	0	0,0
18 - Úlcera Gastrointestinal	246	6,7
TOTAL	3676	100,0

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

A tabela 4 descreve as causas mais frequentes de internações por condições sensíveis à atenção primária segundo a faixa etária. As infecções de rim e trato urinário, as pneumonias bacterianas e o Diabetes Mellitus são os grupos de causas mais frequentes na internação de adultos com faixa etária entre 18 e 29 anos. Na faixa etária entre 30 e 39 anos as pneumonias, infecções de rim e trato urinário seguida de doenças cerebrovasculares, são as três principais causas. Para a faixa etária de 40 a 49 anos as três primeiras causas de internação por CSAP são, respectivamente: Pneumonias Bacterianas, Doenças Cerebrovasculares e Infecção rim e trato urinário. As doenças cerebrovasculares começam tomar o primeiro lugar como causa de internação por CSAP na faixa etária dos 50-59 anos até a idade de 70 anos ou mais. A hipertensão aparece como uma das três primeiras causas de CSAP, na faixa etária de 50-59 anos. Para a faixa etária de 60 anos e mais as principais causas de internação são as doenças cerebrovasculares, as pneumonias bacterianas e as infecções de rim e trato urinário.

Tabela 4 – Causas mais frequentes de internações por condições sensíveis à atenção primária segundo a faixa etária no HEB/SP período 2008-2012.

Faixa Etária	ICSAP	%
18-29 anos	1° Infecção rim e trato urinário	35,8
	2° Pneumonias Bacterianas	32,3
	3° Diabetes Mellitus	8,2
30-39 anos	1 Pneumonias Bacterianas	31,7
	2 Infecção rim e trato urinário	21,1
	3 Doenças Cerebrovasculares	9,8
40-49 anos	1 Pneumonias Bacterianas	21,7
	2 Doenças Cerebrovasculares	20,3
	3 Infecção rim e trato urinário	12,3
50-59 anos	1 Doenças Cerebrovasculares	28,7
	2 Hipertensão	10,0
	3 Pneumonias Bacterianas	25,0
60-69 anos	1 Doenças Cerebrovasculares	35,6
	2 Pneumonias Bacterianas	21,8
	3 Infecção rim e trato urinário	8,9
70 + anos	1 Doenças Cerebrovasculares	31,7
	2 Pneumonias Bacterianas	30,4
	3 Infecção rim e trato urinário	11,0

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

Ao analisar o total de internações por grupos de causa para cada ano do período a frequência encontrada foi muito baixa, por isso a decisão de apresentar o valor total do período de 2008-2012 e não realizar análise de variância para o período.

DISCUSSÃO

Ao realizar a opção de utilizar como fonte de dados, o registro de informações sistematizado pelo setor de TI da instituição, algumas ressalvas precisam ser realizadas no que se refere à qualidade do dado que não foi projetado para fins de pesquisa. O uso dos dados disponíveis no prontuário eletrônico do HEB mostra-se vantajoso em relação à utilização do SIH-SUS por registrar todas as informações das internações ocorridas no período escolhido, enquanto os dados disponíveis no SIH-SUS referem-se apenas às informações das internações pagas pelo Sistema Único de Saúde, ressalva também realiza por Turci e colaboradores (2012).

Durante a análise das internações para o período de 2008-2012 no HEB, não há como neutralizar a relação da oferta do serviço, ou seja, da disponibilidade de leitos com o número de internações (TORRES et al., 2011; FREUND et al., 2014) e também do tipo de especialidades disponíveis, considerando-se o fato de ser um hospital de referência. Sendo assim, um único trabalho transversal de base hospitalar acaba abordando mais a relação de oferta dos serviços e da disponibilidade de leitos do que o perfil epidemiológico da população da região e da qualidade da Atenção Básica.

A proporção das internações por CSAP entre os indivíduos maiores de 18 anos foi de apenas 7,43%. Em estudo também de base hospitalar, realizado em maiores de 14 anos com exclusão do grupo 19 de CSAP- doenças relacionadas ao parto e puerpério, Fernandes et al. (2009) encontraram um total de 38,8%(n=256) de internações por CSAP. Cabe ressaltar que o estabelecimento dos critérios de exclusão adotados pelo trabalho (idade maior de 18 anos, grupo de causas 19 – Doenças relacionadas ao parto e puerpério) somados com o fato do HEB não ser um hospital geral podem ter influenciado diretamente em um resultado inferior. Estudos nacionais que avaliam as CSAP em toda a faixa etária chegam a encontrar uma 48,1% de ICSAP no período de 1998-2009. Já Ferreira et al. (2014) em uma

região de saúde do estado de São Paulo, encontraram 18% de ICSAP no período de 2008-2010, excluindo o grupo de causas 19.

Ao realizar a variação da frequência e percentual das ICSAP para o período identificou-se um acréscimo das internações sensíveis no hospital em estudo. Essa tendência difere dos resultados encontrados em estudos que apresentam uma tendência de decréscimo das internações por condições sensíveis, resultado apresentado por revisão sistemática brasileira que sistematizou informação de 21 artigos nacionais (PEREIRA; SILVA; NETO, 2014).

Há dificuldades em realizar comparações de estudos nacionais com estudos realizados em outros países, considerando as diferentes revisões de CID utilizadas, e, principalmente, as diferentes listas de causas sensíveis de cada país. Ainda assim, deve-se assinalar que tem sido observada a tendência de redução das internações por CSAP também em outros países (SANCHEZ et al., 2008; PIRANI et al., 2006; FINEGAN et al., 2010).

Ao estabelecer o ponto de corte de faixa etária em 18 anos, excluiu-se toda a população pediátrica cujas internações tendem a estar vinculadas a alguns grupos que compõem as CSAP, como o grupo 7-Asma, grupo 3-Anemia por deficiência de ferro e grupo 8-Doenças Pulmonares.

Moura et al. (2010) identificaram o grupo de Asma entre as três principais causas de internação por ICSAP em crianças até 19 anos e Rodrigues-Bastos et al. (2013) em Juiz de Fora-Brasil, identificou o grupo de asma como a terceira principal causa de internação entre os menores de 9 anos em outros países, justificando que a asma tem sido descrita com tendência de aumento de suas taxas de prevalência no Brasil e outros países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá, Nova Zelândia (RODRIGUES-BASTOS et al., 2014).

O grupo 3-Anemia por deficiência de ferro, foi avaliado por Boing et al. (2012) em uma análise de série temporal para todo o país onde observou-se uma variação de apenas 0,1% ao ano com tendência de estabilidade em série histórica de um ano. Observa-se em outros estudos que esse grupo é o que proporcionalmente contribui pouco para a frequência ou taxa geral de internação (CAMPOS-THEME FILHA, 2012; MARQUES et al., 2014; FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Ferreira et al. (2014) identificaram que as Doenças Pulmonares contribuíram com 16% das internações por CSAP em crianças menores de 1 ano. Sendo assim,

afirma-se que o recorte de idade pode ter deixado de fora internações que são mais comuns às faixas etárias excluídas dessa análise.

O HEB não possui enfermagem Ginecológica e Obstétrica por isso não há registro de internações para o grupo de causas 17-doenças inflamatórias de órgãos pélvicos femininos e o grupo 19 – doenças relacionadas ao pré-parto e parto, excluído previamente da análise, considerando a capacidade hospitalar.

Não há registro de internações no período do estudo no grupo de causas da CID relativas à Angina. Esse resultado chama a atenção uma vez que em estudo sobre as condições cardiológicas sensíveis a atenção primária, Martins e Franco (2013) identificaram que a internação por Angina ocupava o primeiro lugar (48,5%) entre as três causas pesquisadas (Angina, Hipertensão, Insuficiência Cardíaca). Boing et al. (2012) ainda observou aumento das taxas de internação pelo grupo de causas de Angina, em território brasileiro entre 1998-2009.

No caso das internações por Epilepsia também não houve registro desse grupo de CID para as altas registradas no período de estudo. Demais estudos também realizados em base hospitalar identificam que a internação por esse grupo de causas vem decrescendo (BOING et al., 2012; FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012; MENDONÇA et al., 2012).

De maneira geral as três principais causas de internação por CSAP identificados no HEB foram: doenças cerebrovasculares, pneumonias bacterianas e infecção de rim e trato urinário.

Para a faixa etária de 18 a 59 anos os principais grupos de causas identificados foram as Infecções de rim e trato urinário, Pneumonias bacterianas, Diabetes, Doenças Cerebrovasculares e Hipertensão. Rodrigues-Bastos et al. (2013) identificaram os mesmos grupos de causas, com excesso de Pneumonias, em usuários maiores com idade entre 14 e 59 anos, internados no município de Juiz de Fora-MG.

Ao avaliar a faixa etária de maiores de 60 observa-se a permanência de três grupos: doenças cerebrovasculares, pneumonia bacterianas e infecção de rim e trato urinário respectivamente. Com o avançar da idade alguns estudos apontam a presença constante do grupos de doenças cerebrovasculares (LÓPEZ et al., 2007; JUNQUEIRA, 2011; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013; MARQUES et al., 2014) e o grupo de infecção de rim e trato urinário (TORRES et al., 2011). Há uma ressalva para o grupo de pneumonias, pois vários autores citam a contribuição da internação

de crianças menores de 5 anos com maior peso para a composição desse grupo (JUNQUEIRA, 2011; JEREMEIAS, 2011; RODRIGUES-BASTOS et al., 2013). Contudo, MARQUES et al. (2014) ao analisar internação de indivíduos entre 60 e 74 anos, identificou a contribuição das Pneumonias para as internações no grupo de doenças do aparelho respiratório.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou um total de 49 476 internações para o período de 2008-2012 no Hospital Estadual de Bauru, com predomínio de homens (47,5%), da raça branca (75,3%), com menos de cinco anos de estudo (68,23%) e idade superior a 60 anos (42,36%).

As internações consideradas por causas sensíveis a atenção primária representaram um total de 3676 (7,43%) para o período, resultado inferior a estudos de nível nacional que utilizaram a mesma faixa etária e os mesmos critérios de exclusão.

Considerando-se o total de internações estudadas, os três principais grupos de patologias, em ordem decrescente, foram: Doenças Cerebrovasculares (27,3%), Pneumonias Bacterianas (26,9%) e Infecção de Rim e Trato Urinário (12,8%). Esses mesmos grupos correspondem às principais causas observadas para a faixa etária de maiores de 60 anos. Para a faixa etária de 18-59 anos os principais grupos de causas sensíveis à atenção primária foram: infecção de rim e trato urinário, pneumonias bacterianas, diabetes, doenças cerebrovasculares e hipertensão.

O baixo percentual de ICSAP pode estar relacionado com os critérios de exclusão estabelecidos neste estudo e também com a delimitação da oferta de serviços estabelecida pelas especialidades oferecidas pelo hospital.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. 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, 2009.

BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs*, Millwood, v. 9, n. 4, p. 158-165, 1990.

BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff*, Millwood, v. 12, p. 162-173, 1993.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs*, Millwood, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BOING, A. F. 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, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2008. Seção 1, p. 50.

CAMINAL, H. J. et al. Atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluna. *Revista Clinica Española*, Barcelona, v. 201, n. 9, p. 501-507, 2001.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

FERNANDES, V. B. L. 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, 2009.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, 2014.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Revista Eletronica de Enfermagem*, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 760-770, 2012.

FINEGAN, M. S. et al. Trends and geographic variation of potentially avoidable hospitalizations in The Veterans Health-Care System. *Health Services Management Research*, Harlow, v. 23, n. 2, p. 66-75, 2010.

FREUND, T.; HELLER, G.; SZECSENYI, J. Krankenhausfälle für ambulant behandelbare Erkrankungen in Deutschland. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, Amsterdam, v. 108, p. 251-257, 2014.

HEB. Hospital Estadual de Bauru. Disponível em: <<http://www.heb.bauru.unesp.br>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

JEREMIAS, M. S. *Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em lages (SC), Brasil*. 2010. 61 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

JUNQUEIRA, R. M. P. *Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do sistema único de saúde no Distrito Federal*. 2008. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B.; PROBST, J. More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Services Research*, Ann Arbor, v. 40, n. 4, p. 1148-1166, 2005.

LÓPEZ, M. I. V. et al. To identify primary care interventions that reduce hospitalisation of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Atencion Primaria*, Barcelona, v. 39, n. 10, p. 525-533, 2007.

MACINKO, J. et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 65, n.10, p. 2070-2080, 2007.

MAGAÑ, P. et al. Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions and Quality of Primary Care. *Medical Care*, v.49, n.1, p.17-23, Jan 2011.

MARQUES, A. L. et al. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n.5, p. 817-826, 2014.

MARTINS, J. A. F.; FRANCO, S. C. Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 388-399, 2013.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 27, p. 348-355, 2012.

MILLMAN, M. (ED.). Access to health care in America. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, Institute of Medicine (US). Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MOURA, R. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. S83-S91, 2010.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NITI, M.; NG, T. P. Avoidable hospitalization rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *Journal of Epidemiology and Community Health*, London, v. 57, n. 1, p. 17-22, 2003.

PEREIRA, F. J. R. et al. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 331-342, 2014.

PIRANI, M. et al. Ospedalizzazione potenzialmente evitabile nella città di Bologna, 1997-2000: andamento temporale e differenze per livello di reddito. *Epidemiologia e Prevenzione*, Milano, v. 30, n. 3, p. 169-177, 2006.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 2, p. 120-127, 2013.

SANCHEZ, M. et al. Variations in Canadian rates of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Healthcare Quartely*, Toronto, v. 11, n. 4, p. 20-22, 2008.

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Sao Paulo, n. 45, Esp. 2, p. 1661-1666, 2011.

TURCI, M. A. et al. *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*. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2012. 262 p. (Relatório de pesquisa).

ARTIGO 3

O artigo será encaminhado para a Epidemiologia e Serviços de Saúde.
Modalidade Artigo Original

Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária: associação de características individuais e utilização do serviço.

Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions: association of individual characteristics and use of the service.

Karina Rubia Nunes

Doutoranda em Saúde Coletiva

Endereço: Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública.

Endereço: Rua Ricardo Alpidio Sarzi, no. 467, Jd Ouro Verde, CEP 18612-034, Botucatu, SP. Brasil.

Email: karubia26@fmb.unesp.br

Telefones: 014 3880 1366 / 014 998179337

Elen Rose Lodeiro Castanheira

Doutora em Saúde Coletiva

Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Medicina de Botucatu. Departamento de Saúde Pública. Botucatu, SP, Brasil.

E-mail: elen@fmb.unesp.br

José Eduardo Corrente

Doutor em Estatística e Experimentação Agronômica

Endereço Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Instituto de Biociências. Departamento de Bioestatística. Botucatu, SP, Brasil

E mail: jecorren@ibb.unesp.br

Esse manuscrito originou-se da tese apresentada por Karina Rubia Nunes para conclusão do Doutorado realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP. Ano de defesa da tese 2015.

RESUMO

Objetivou-se identificar características individuais e de utilização do serviço hospitalar, associadas às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Estudo de base hospitalar, exploratório, transversal, que analisou as internações de maiores de 18 anos no período de 2008 a 2012. As variáveis associadas foram: idade > 60 anos, escolaridade < 5 anos de estudo, viver sem companhia, não realizar consulta prévia com equipe multiprofissional, não internar previamente; internação > 5 dias e ter o óbito como desfecho da internação. O estudo não permite inferência sobre o perfil epidemiológico e qualidade da atenção básica do município e sua região.

Palavras- Chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Estudos Ecológicos; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify individual and use the hospital service features associated with hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions. Hospital-based, cross-sectional, ecological, descriptive, the 18 largest of hospitalizations from 2008 to 2012. The associated variables were age > 60 years schooling < 5 years of study, live without company, does not create a consultation with multidisciplinary team not admitted previously; hospital stay > 5 days and have died as hospitalization outcomes. The study does not allow inferences about the epidemiological profile and quality of the municipal primary care and its region.

Key-Word: Primary Health Care; Hospitalization; Ecological Studies; Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), também conhecido como hospitalizações evitáveis, representam uma gama de condições de hospitalização que poderiam ser evitadas frente a um cuidado primário acessível e resolutivo.¹⁻³

O cuidado preventivo e o tratamento precoce da doença são ações atribuídas aos serviços primários e precisam ser eficazes para o cuidado dos agravos à saúde, evitando assim hospitalizações que poderiam ser evitadas. A atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é a base para a organização do sistema de saúde de um país.

As hospitalizações evitáveis foram tomadas como um indicador para avaliar a adequação, eficiência e qualidade do cuidado à saúde prestado pelos serviços de atenção primária. Sua análise constante pode contribuir como uma ferramenta para o monitoramento do perfil epidemiológico e das necessidades de saúde, como um indicador de desempenho das variações de acesso e da qualidade de cuidados primários prestados a população.⁴

O termo “ambulatory care sensitive conditions” foi desenvolvido por Billings e colaboradores no final da década de 80 para identificar hospitalizações evitáveis que ocorreram por falhas ou dificuldades de acesso ao cuidado ambulatorial, nos Estados Unidos da América. A adoção da Hospitalização Evitável como um indicador de saúde foi aprovado pelo Instituto dos Estados Unidos de Medicina³ e pela Agência de Pesquisa e Qualidade do Cuidado em Saúde⁵, tornando-se um indicador de qualidade bastante difundido e utilizado. Diversos países têm desenvolvido suas listas de Condições Sensíveis à Atenção Primária, baseadas na realidade sanitária de cada país e no consenso de seus especialistas sobre a evitabilidade dos agravos mediante uma atenção primária de qualidade.

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a lista brasileira de causas sensíveis baseado na 10ª revisão do Código Internacional de doenças (CID-10), utilizando o marco conceitual proposto por autores internacionais com adaptações para a realidade do país. O processo de construção da lista teve início no ano de 2005 e contou com a participação de profissionais das esferas nacional, estadual e municipal da área da saúde além de especialistas. A Lista Brasileira foi publicada pelo Ministério da Saúde na forma de anexo a Portaria n.º 221 no dia 17 de abril de

2008⁶, conta com 19 grupos de diagnósticos e 120 categorias de CID E 15 subcategorias. Desde então vários estudos têm sido realizados em âmbito nacional, estadual e municipal para avaliação e monitoramento da qualidade da atenção primária.

Alguns pesquisadores têm ressaltado a necessidade de certa cautela ao realizar as associações das internações evitáveis com o acesso e a qualidade dos serviços. Hossain e Laditka⁷ ressaltam que as ICSAP não indicam apenas má qualidade da APS, mas também diferenças nos estilos de vida, na formação do profissional médico, na cultura da população em relação ao autocuidado e percepção sobre si.

Além disso, características individuais e socioeconômicas consideradas exógenas a atenção primária, vem sendo associadas às ICSAP em pesquisas nacionais e internacionais.

Diversas pesquisas já identificaram associações significativas para maiores taxas de internação por CSAP entre a população: com mais de 60 anos^{8,9}, negros^{10,11}, com baixa escolaridade¹², com menor poder econômico¹³, e que residem em área rural¹⁴.

O presente trabalho procura agregar elementos a esse debate analisando o perfil de ICSAP de um hospital regional. Tem como objetivo identificar as características individuais e de utilização do serviço hospitalar, associadas às Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária, em um hospital público do interior do estado de São Paulo, no período de 01 janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2012.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de base hospitalar, transversal, de natureza exploratória com utilização de dados primários provenientes da distematização de informações do prontuário eletrônico. O Hospital Estadual Bauru é público e está localizado no município de Bauru, interior do Estado de São Paulo. É referência para uma área de 68 municípios do DRS-VI/Bauru com uma população estimada de 1 milhão e 800 mil pessoas. Conta com 318 leitos operacionais (270 gerais, 13 para queimados, 35 de terapia intensiva) e 63 leitos complementares, atendendo exclusivamente pacientes provenientes do Sistema Único de Saúde – SUS, referenciados pelo próprio município de Bauru ou pela Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS) da Secretaria Estadual da Saúde.

O estudo envolveu pacientes maiores de 18 anos com internação hospitalar entre 01 de janeiro de 2008 e 31 de dezembro de 2012. Os dados foram obtidos por meio da sistematização de informações dos prontuários eletrônicos, disponibilizados pelo setor de Tecnologia da Informação do hospital, em planilha formato Excel 2010. Para identificação de uma ICSAP o CID de alta foi comparado com a Lista Brasileira de Causas Sensíveis a Atenção Primária⁶, gerando uma variável nominal com a descrição do grupo de diagnóstico ao qual pertencia aquele CID.

O hospital não possui maternidade, mas ainda que venha a receber puérperas com complicações, foi estabelecido como critério de exclusão a não inserção dos CIDs pertencentes ao grupo 19 – Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Vale assinalar que o hospital não conta com serviço de Neurocirurgia, portanto é referência apenas para os Acidentes Vasculares Isquêmicos (AVCI), não atendendo os Acidentes Vasculares Hemorrágicos (AVCH) e politraumatizados com fraturas ou hemorragias de crânio. Além disso, a Cirurgia Vascular não oferece atendimento para pacientes em situação de urgência/emergência.

Os dados foram processados no programa SAS versão 9.3 Para a descrição das características gerais da casuística utilizou-se frequência absoluta e porcentagem. A análise bivariada foi realizada utilizando Odds Ratio e Qui-Quadrado, ao nível de significância de $p < 0,001$.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp (Protocolo 435/2012) e o consentimento para a utilização dos dados foi fornecida pela direção do HEB.

RESULTADOS

As características dos indivíduos internados no período de 2008 a 2012 são apresentadas na tabela 1. O grupo se mostrou relativamente homogêneo em relação ao sexo com uma média de idade de 56 anos, variando de 18 a 98 anos. Trata-se de uma população de baixa escolaridade, pois aproximadamente 68% dos indivíduos possuem até 5 anos de escolaridade (primeiro grau completo) e 9,1% (n=4462) são analfabetos.

O hospital realizou 49476 internações de adultos maiores de 18 anos, no período estudado. Destas 7,43% (n=3676) internações foram por causas sensíveis à

atenção primária, sendo as Doenças Cerebrovasculares (27,3%) as pneumonias bacterianas (26,9%) e a infecção de rim e trato urinário (12,8%), os três grupos que mais internaram no período.

A duração média da internação foi de 6 dias com mediana de 3 dias. A população com mais de 60 anos representou aproximadamente 43% da amostra, aproximadamente 58% das pessoas internadas vivem em companhia (Casado ou Amasiado) sendo que 75% dos indivíduos internados são da raça branca.

Tabela 1 – Características da população internada no Hospital Estadual de Bauru HEB/SP, período 2008- 2012.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	23501	47,5
Masculino	25975	52,5
Faixa etária		
18-29 anos	5429	10,97
30-39 anos	5823	11,77
40-49 anos	7505	15,17
50-59 anos	9763	19,73
60-69 anos	9587	19,38
70 + anos	11369	22,98
Escolaridade		
Analfabeto	4462	9,02
Alfabetizado	4424	8,94
1° Grau incompleto	24375	49,27
1° Grau completo	4872	9,85
2° Grau incompleto	2047	4,14
2° Grau completo	7306	14,77
3° Grau incompleto	754	1,52
3° Grau completo	1236	2,5
Estado Civil		
Solteiro	9415	19,3
Casado	23947	48,4
Viúvo	6852	13,85
Separado	4413	8,92
Amasiado	4766	9,63
Outro	83	0,17
Etnia		
Branca	37277	75,34
Negra	4618	9,33
Amarela	283	0,57
Parda	7138	14,43
Outra	119	0,24
Indígena	41	0,08

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

A tabela 2 apresenta os resultados da análise bivariada realizada com as características individuais e de utilização do serviço terciário segundo o tipo de internação (condição sensível – ICSAP/ condição não sensível - NÃO-ICSAP).

As variáveis que se mostraram associadas positivamente com as internações por condições sensíveis foram: idade maior que 60 anos, escolaridade menor que cinco anos de estudo, viver sem companhia, não realizar consulta prévia com equipe multiprofissional, não apresentar internação prévia; a internação ter duração maior que cinco dias e ter o óbito como desfecho da internação.

Tabela 2 – Análise bivariada das características individuais e de utilização do serviço hospitalar segundo o tipo de internação, não sensível e sensível à atenção primária, HEB/SP, período 2008-2012.

Variável	NÃO-ICSAP		ICSAP		OR (IC95%)	p-valor
	N	%	N	%		
Idade						0,001
>60	18843	89,92	2113	10,08	1,93(1,80;2,07)	
<60	26957	94,52	1563	5,48	1	
Sexo						0,0259
Feminino	21690	92,29	1811	7,71	0,92(0,86; 0,99)	
Masculino	24110	92,82	1865	7,18	1	
Escolaridade						0,001
<5 anos estudo	30337	91,21	2924	8,79	1,89(1,75;2,04)	
> 5 anos estudo	15463	95,36	752	4,64	1	
Etnia						0,075
Não-Branca	11248	92,20	951	7,80	1,07(0,99;1,15)	
Branca	34552	92,69	2725	7,31	1	
Estado Civil						0,001
Sem Companhia	18944	91,24	1819	8,76	1,38(1,29;1,48)	
Em Companhia	26856	93,53	1857	6,47	1	
CMP*						0,001
Não	7586	84,97	1342	15,71	2,94(2,70;3,12)	
Sim	38214	94,24	2334	5,76	1	
Internação prévia						0,001
Não	25056	92,09	2151	7,91	1,17(1,09;1,26)	
Sim	20744	93,15	1525	6,85	1	
Duração Internação						0,001
>5 dias	17474	87,97	2389	12,03	3,00(2,80;3,22)	
<5 dias	28326	95,65	1287	4,35	1	
Desfecho internação						0,001
Óbito	3048	84,22	571	15,78	2,57(2,34;2,84)	
Alta	42752	93,23	3105	6,77	1	

*CMP-Consulta Prévia Multiprofissional

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

A tabela 3 descreve duas variáveis contínuas analisadas por esse trabalho: a quantidade média de exames laboratoriais e de exames de imagem realizados pelos indivíduos segundo o tipo de internação (condição sensível – ICSAP/ condição não sensível - NÃO-ICSAP).

Tabela 3 – Média, desvio padrão e qui-quadrado das variáveis quantidade de exame laboratorial e quantidade de exame de imagem, realizada por pacientes segundo o tipo de internação, não sensível e sensível à atenção primária, HEB/SP, período 2008-2012.

Variável	N-ICSAP	ICSAP	p-valor
Quantidade de exame laboratorial	18,19 ± 43,37	33,31 ± 57,08	0,001
Quantidade de exame de imagem	1,33 ± 2,	2,72 ± 3,91	0,001

Fonte: HEB 2008-2012, SP.

No resultado encontrado é possível assinalar que os indivíduos que realizam uma internação por CSAP utilizam mais o serviço terciário através da realização de exames laboratoriais e exames de imagem, quando comparadas as internações Não-ICSAP.

DISCUSSÃO

Para o período estudado foi possível identificar que os indivíduos com mais de 60 anos de idade possuem maiores chances de internar por uma CSAP (OR=1,93; IC95%: 1,80;2,07). A associação de hospitalizações evitáveis em pacientes idosos, observadas neste estudo, já foi apontada em outras pesquisas^{8,9,15-17}. Todavia, alguns autores afirmam que o avançar da idade está diretamente relacionado com maior cronicidade das doenças e fragilidade biológica, realizando ressalvas para o cuidado em não relacionar diretamente as internações dessa faixa etária com a questão de acesso e qualidade da atenção básica, mas sim com a carga de doenças da faixa etária^{18,19}. Por outro lado, coloca para a atenção primária a importância e o desafio dos cuidados domiciliares para essa faixa etária, com o objetivo de prevenir complicações relativas tanto à maior fragilidade como em relação aos quadros crônicos já instalados.

O resultado encontrado por essa pesquisa sugere que além da condição de qualidade do atendimento na Atenção Primária, há maior vulnerabilidade dos idosos

a algumas condições que fogem ao controle da AP. Estudos de outros países apontam para a necessidade de estabelecimento de pontos de corte para faixa-etária no estudo das ICSAP, considerando as características da infância^{20,21}, da idade adulta e da carga de comorbidades para idade superior a 75 anos^{13,19,22}.

Neste estudo, os adultos com escolaridade igual ou inferior a quinta série do ensino fundamental apresentaram mais chances de sofrer uma internação por CSAP (OR= 1,89; IC 95%: 1,75;2,04). O baixo nível de escolaridade identificado nessa pesquisa já foi associado às ICSAP em outras pesquisas^{9,12}. Os anos de estudo possibilitam ao indivíduo melhores inserções no mercado de trabalho, melhor fonte de renda, conseqüentemente melhores condições de vida e saúde com menores chances de hospitalização²³. A associação de piores condições socioeconômicas com limitações do acesso à atenção primária e maiores taxas de internação por CSAP já foram apontadas em outras pesquisas^{12,13,24,25}.

Viver em companhia vem sendo descrito como fator de proteção para às internações por CSAP, uma vez que o companheiro pode auxiliar ou incentivar o cuidado, a procura pela unidade de saúde para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento. Nesse estudo observou-se que os indivíduos que vivem sem companhia tem mais chance de internar por uma CSAP (OR=1,38 IC 95%:1,29;1,48) do que os indivíduos que vivem em companhia. Em estudo realizado por Fernandes e colaboradores⁹ também em base hospitalar, não foi encontrada diferença significativa para a variável estado civil.

O Hospital em estudo oferece ambulatorios com mais de 30 especialidades (adulto e pediátrico) que dão suporte as demandas da cidade e região. A variável Consulta Multiprofissional Prévia versa sobre a condição de saúde do indivíduo e indica o número de consultas realizadas pelo usuário anteriormente à internação, oferecendo a informação da passagem do usuário por consulta com especialista naquele serviço. Essa não é uma variável usualmente associada considerando que as pesquisas sobre CSAP buscam informações sobre o serviço de atenção primária para relacionar com maiores chances de internação. Contudo, pode-se levar em conta, de maneira mais ampla, a importância da atenção ambulatorial na prevenção de internações. Ainda que se deva reconhecer que o estudo de base hospitalar utilizando dados secundários apresenta como limitação o acesso apenas aos dados registrados de rotina no sistema hospitalar informatizado. A história pregressa de

uso de serviços de AP exigiria a abordagem direta dos pacientes durante a internação ou logo após a alta em novas pesquisas.

Indivíduos que não realizaram consulta multiprofissional prévia apresentaram quase três vezes mais chances de internar por uma CSAP (OR=2,94, IC 95%: 2,70;3,12) quando comparado com os pacientes que realizaram algum tipo de consulta prévia. Essa informação pode indicar que o serviço de ambulatórios do hospital tem sido uma porta para serviços de média complexidade. Porém, por se tratar de um hospital regional, é necessário considerar que os usuários da região que residem em municípios geograficamente mais distantes do hospital podem não utilizar o ambulatório com a mesma frequência que os usuários que residem em municípios mais próximos. Sendo assim, essa variável nos diz que a assistência ambulatorial de média complexidade do HEB pode impactar no controle das condições de saúde dos usuários, diminuindo suas chances de uma internação por CSAP.

A internação prévia também é considerada uma variável que retrata a condição de saúde do usuário, podendo traçar o perfil de um usuário com condições mais graves de saúde ou pacientes mais vulneráveis. A variável identifica a passagem prévia deste usuário em um serviço de atenção terciária, por uma condição sensível ou não.

O presente estudo identificou que os usuários que não realizaram internação prévia tinham mais chances de internar por uma CSAP (OR=1,17, IC 95%:1,09;1,26). Esse resultado difere de algumas pesquisas que mostram uma forte relação entre os usuários internados por uma CSAP com passagens pregressas pelo sistema terciário^{8,9,12,17}.

A variável duração da interação infere sobre a utilização do serviço hospitalar. Nesta pesquisa observou-se que as internações com permanência maior de cinco dias apresentaram três vezes mais chance de ocorrer entre as internações por CSAP (OR=3,00, IC 95%: 2,80;3,22 $p<0,001$). As causas sensíveis à atenção primária que compõe esse estudo são em maior parte as condições crônicas, mais comuns entre a população de adultos. O cuidado primário das doenças crônicas exige da atenção primária a capacitação para o cuidado contínuo e longitudinal, para o empoderamento do sujeito frente a necessidade do autocuidado, sendo esses tão importantes quanto a capacidade técnica do clínico e da equipe profissional para o cuidado do indivíduo. Pode-se considerar que diante da falha ou da menor qualidade

do atendimento primário ofertado para os usuários em quadro agudo ou crônico há necessidade da internação para a resolução do problema ou compensação do paciente. Rizza e colaboradores¹⁷ não identificaram diferença significativa entre o tempo de permanência hospitalar das internações gerais e das internações por doença cardiovascular, doenças respiratórias e diabetes. Pode-se levantar a hipótese que por se tratar de um hospital de referência as condições de entrada dos pacientes com CSAP sejam mais graves, e por serem crônicas, com menor controle ao longo do tempo, ainda que a condição de gravidade na entrada se coloque para o conjunto das internações.

O óbito como desfecho da internação não é uma variável muito utilizada nas associações com as internações por CSAP. A mortalidade é um indicador de desempenho hospitalar frequentemente utilizado para medir a qualidade do serviço ou mesmo entre os serviços. Em algumas situações o óbito como desfecho da internação é esperado, como no caso dos indivíduos maiores de 60 anos ou de indivíduos com câncer²⁶. Neste estudo identificou-se que o desfecho do óbito apresentou duas vezes mais chance de ocorrer em internações por CSAP (OR=2,57, IC 95%:2,34;2,84). Pode-se inferir que esse achado esteja relacionado com a cronicidade das CSAP internadas no período, ou mesmo com a idade avançada, ambas presentes na amostra.

Avelino e colaboradores em estudo ecológico realizado em município do sul de Minas Gerais identificou que as internações evitáveis associaram-se com o motivo da alta ($p = 0,004$), apontando que para as doenças do sistema circulatório foram encontrados mais óbitos que o esperado²⁷. Por não serem frequentes os estudos que associam o desfecho do óbito com as ICSAP, aponta-se a necessidade de pesquisar isoladamente os óbitos e suas relações com características individuais dos pacientes procurando identificar a idade avançada assim como grupos de causas de doenças crônicas. Essas duas características podem pesar na justificativa de maior número de desfecho de óbito entre as ICSAP por acontecer dentro de uma população de maior vulnerabilidade.

A avaliação da utilização do serviço hospitalar realizada pela análise das variáveis quantidade de exames laboratoriais e exames de imagem, e a associação com a causa da internação também não são práticas frequentes nas pesquisas com as ICSAP. Esse estudo identificou que o número de exames de laboratório e de imagem foram maiores entre as internações por CSAP ($p < 0,001$). Esse achado

permite levantar algumas questões sobre a maior utilização do serviço terciário pelas internações evitáveis. O usuário deixa de realizar o cuidado primário seja por dificuldade de acesso, dificuldade de vinculação médico-paciente, de continuidade do cuidado na atenção primária ou o realiza em serviços com baixa capacidade resolutiva, ou de má qualidade, e acaba utilizando o serviço terciário para investigação e compensação do agravo agudo ou crônico.

Embora o indicador ICSAP tenha em sua origem o objetivo de avaliar indiretamente a acessibilidade e a qualidade do serviço de atenção primária, o presente estudo, assim como outras pesquisas, corroboram para a reflexão de que algumas características individuais e das doenças estão diretamente associadas às internações evitáveis. Ao realizar análise das CSAP em populações vulneráveis seja por diferença racial, de sexo e principalmente de idade, pode haver uma interpretação errônea sobre piores condições de qualidade dos serviços primários determinando maiores taxas de internação, quando as características individuais exercem maior força de associação. Essa interferência precisa ser considerada pelos pesquisadores para a construção de seus modelos de análise e de associação de variáveis explicativas às internações evitáveis.

A pesquisa possibilitou identificar características individuais associadas às internações por CSAP. A maior permanência durante a internação e a maior utilização de exames laboratoriais e de imagem, evidenciaram que o serviço terciário acaba sendo utilizado para suprir a falha da atenção primária que não foi acessada ou não realizou um atendimento de qualidade mediante o agravo de saúde.

Estudos únicos de base hospitalar apresentam como importante limitação a aproximação apenas da capacidade do serviço, impossibilitando a inferência sobre o perfil epidemiológico e mesmo sobre a qualidade da atenção básica do município e sua região. Ainda que pesem as limitações considera-se de extrema importância a identificação de variáveis que precisam ser ajustadas em modelos de análises para associação das ICSAP com características dos serviços de saúde da atenção primária.

As políticas de saúde interferem diretamente na organização das ações dos serviços de saúde com desdobramentos para a determinação do modelo assistencial e das inovações tecnológicas, além do maior ou menor reconhecimento dos investimentos financeiros necessários nos diversos níveis. Entretanto, as características individuais e de estrutura social associadas às ICSAP apontam para

a necessidade de articulação das políticas de saúde com ações intersetoriais que possam interferir nos determinantes sociais de saúde e assim, nas condições de vida e saúde da população.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Nunes, KR participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito, aprovação final da versão a ser publicada e responsabilidade por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Castanheira ERL participou da concepção e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito e aprovação final da versão a ser publicada.

Corrente, JE participou da análise dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Ansari Z, Carson N, Serraglio A, Barbet T, Cicuttini, F. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: reducing demand on hospital services in Victoria. *Aust Health Rev.* 2002;25(2):71-7.
2. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood).* 1993 feb;12(1):162-73.
3. Millman M, editor. Access to health care in America. Committee on Monitoring Access to Personal Health Care Services, Institute of Medicine (US). Washington (DC): National Academy Press; 1993.
4. Page A, Ambrose S, Glover J, Hetzel D. Atlas of avoidable hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions. Adelaide: PHIDU, University of Adelaide; 2007.
5. AHRQ Quality Indicators. Guide to Prevention Quality Indicators (PQI): hospital admission for ambulatory care sensitive conditions. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2001. AHRQ Pub. No. 02-R0203.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União.* 2008 set 21. Sec 1:50.
7. Hossain M, Laditka JN. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. *Int J Health Geogr.* 2009;8:51.

8. Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JPW, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. *JAMA Intern Med.* 2013 Nov 11; 173(20):1879-85.
9. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(6):928-36.
10. Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome disparities associated with race and ethnicity. *Soc Sci Med.* 2003;57:1429-41.
11. Will JC, Yoon PW. Preventable hospitalizations for hypertension: establishing a baseline for monitoring racial differences in rates. *Prev Chronic Dis.* 2013;10:120-65.
12. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública.* 2008;42(6):1041-52.
13. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood).* 1996;15(3):239-49.
14. Schreiber S, Zielinski T. The meaning of ambulatory care sensitive admissions: urban and rural perspectives. *J Rural Health.* 1997;13(4):276-84.
15. Caminal HJ. Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. *Rev Clin Esp.* 2001;201(9):501-7.
16. Bermúdez-Tamayo C, Águila MMR, Márquez Calderón S, López EP-M, Espinosa JO. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria.* 2004;33(6):305-11.
17. Rizza P, Bianco A, Pavia M, Angelillo IF. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res.* 2007;7:134.
18. Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filho MG, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(6):958-67.
19. Jackson G, Tobias M. Potentially avoidable hospitalisations in New Zealand, 1989-98. *Aust N Z J Public Health.* 2001;25(3):212-21.
20. Casanova C, Starfield B. Hospitalisations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International J Health Serv.* 1995;25:283-94.
21. Flores G, Abreu M, Chaisson CE, Sun D. Keeping children out of hospitals: parents and physicians perspectives on how pediatric hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions can be avoided. *Pediatrics.* 2006; 112(5):1021-30.
22. Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable hospitalizations and socioeconomic status. *Health Aff.* 1998;17(2):177-89.
23. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev.* 2006;63(6):719-41.
24. Agabiti N, Pirani M, Schifano P. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population based study in Italy. *BMC Public Health.* 2009;9:457.

25. Ladička JN, Ladička SB. Race, ethnicity and hospitalization for six chronic ambulatory care sensitive conditions in the USA. *Ethn Health*. 2006; 11(3): 247-263.
26. Junqueira RMP. Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal 2008 [Dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2011.
27. Avelino CCV, Goyatá SLT, Nogueira DA, Rodrigues LBB, Siqueira SMS. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20(4):1285-93.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira necessidade identificada para a pesquisa foi a de sistematizar as produções de literatura sobre o tema, para a identificação dos principais recortes metodológicos realizados pelas pesquisas que utilizaram as ICSAP. A escolha por buscar estudos que associassem características da APS com a ICSAP foi realizada a partir da necessidade em se conhecer quais as informações sobre os serviços e suas ações estavam sendo associadas ao indicador de atividade hospitalar que infere sobre a qualidade e efetividade da Atenção Básica. Porém, enquanto caminhavam juntos a leitura das bibliografias e a imersão ao banco de dados secundários, identificou-se que o estudo não poderia tecer conclusões sobre o perfil epidemiológico da população e nem mesmo avaliar a qualidade dos serviços de atenção primária do município e sua região de saúde.

O primeiro artigo identificou as principais características da atenção primária associadas às menores taxas de internação por uma CSAP, sendo elas: elevada cobertura da Saúde da Família (SF), localização de clínicas de saúde em áreas urbanas, médicos na área urbana, clínicas rurais em áreas com escassez profissional, maior tempo de permanência do médico em equipe de Saúde da Família, realização de consultas na atenção primária no ano anterior, consultas em atenção primária com qualidade e maior densidade médico/habitante, implantação de programa de distribuição de medicamentos para maiores de 65 anos, incentivo financeiro à atenção primária, financiamento para Serviço de Saúde Indígena. Cabe ressaltar que o grande aprendizado em realizar essa revisão de literatura foi identificar o acesso aos serviços de saúde como importante fator de proteção em relação às internações por CSAP, seja por não residir em área rural e poder estar próximo a um serviço de saúde ou por morar em um país cujo sistema de saúde é universal.

Ao realizar a descrição dos grupos de causas das internações realizadas no HEB no período de 2008-2009, no artigo segundo, a pesquisadora se deparou com a dificuldade frente a seleção das condições sensíveis à atenção primária realizada pelos diferentes países. As listas divulgadas pelos respectivos países são codificadas por diferentes revisões do Código Internacional de Doenças (CID), além de não serem homogêneas em relação às doenças cujas ações efetivas realizadas pela Atenção Primária, poderiam impactar em menores taxas de internação

hospitalar. Ainda que pesem as diferenças de perfil epidemiológico e avanços conquistados pela Atenção Primária dos diferentes países, cabe a reflexão sobre quão importante seria a homogeneização das causas sensíveis e a publicação de uma lista internacional com os grupos: Condições Agudas, Condições Crônicas e Condições Preveníveis por Imunização. O atual contexto da produção da literatura impossibilita a realização de um estudo de metanálise, frente a estudos com constituições tão heterogêneas.

Por fim o terceiro artigo foi elaborado a partir das reflexões originadas do momento de imersão em literatura. Os resultados encontrados reforçaram as hipóteses levantadas por muitos trabalhos: as ICSAP não devem ser associadas apenas a qualidade da atenção primária ofertada pelo sistema de saúde, mas também às características individuais que não estão sob governabilidade das políticas de saúde.

Uma questão intrigante apontada por este estudo foi a associação significativa entre internar por uma CSAP e possuir maior chance de ter o óbito como desfecho da internação. Esse resultado não é comum em literatura e despertou na pesquisadora a vontade de analisar detalhadamente os óbitos do HEB, no período de 2008-2012, talvez através de um modelo preditivo de óbito.

A tese cumpre com seus objetivos uma vez que realiza a análise das ICSAP para o referente período, porém destaca-se com um importante resultado a importância da crítica sobre a interpretação do próprio indicador *Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária - ICSAP*. Considera-se que o material produzido por este trabalho pode subsidiar futuras pesquisas sobre tema e ainda instigar novas perguntas entre os pesquisadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

BILLINGS, J.; TEICHOLZ, N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. **Health Aff. (Millwood)**, v. 9, n. 4, p. 158-165, 1990.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff. (Millwood)**, v. 12, p. 162-173, 1993.

BILLINGS, J. et al. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff. (Millwood)**, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BINDMAN, A. B. et al. Interruptions in medicaid coverage and risk for hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions. **Ann. Intern. Med.**, v. 149, p. 854-860, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. p. 1.

CAMINAL, J. et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gac. Sanit.**, v. 15, p. 128-141, 2001.

CAMINAL, H. J. et al. Avances en España en la investigación con el indicador hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 76, p. 189-196, 2002.

HOSPITAL ESTADUAL DE BAURU. Disponível em: <<http://www.heb.bauru.unesp.br>>. Acesso em: 15 nov. 2013.

MIRANDA, A. F. M. M. **Apresentação sobre a Gestão em 2011 no HEB**. Bauru, 2011. (Documento Interno).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. United Nations Children Fund. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, 1978, Alma-Ata. **Report...** Geneva: World Health Organization, 1978. Disponível em: <http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_Atata_conference_1978_report.pdf>. Acesso em: maio 2015.

PAGE, A. et al. **Atlas of avoidable hospitalizations in Australia:** ambulatory care-sensitive conditions. Adelaide: PHIDU, University of Adelaide, 2007.

PARK, J.; LEE, P-H. The association between managed care enrollments and potentially preventable hospitalization among adult Medicaid recipients in Florida. **BMC Health Serv Res.**, v. 14, p. 247, 2014.

PROBST, J. C. et al. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. **BMC Health Serv. Res.**, v. 9, p. 134, 2009.

PURDY, S. et al. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. **Public Health**, v. 123, p. 169-173, 2009.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. et al. Internações por condições sensíveis em município do sudoeste do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 48, n. 6, p. 958-967, 2013.

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

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, 2011.

ANEXOS

ANEXOS**Anexo 1**

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde

**PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE
2008**

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

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

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite 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	Ascariase	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 influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46

8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	

17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Anexo 2



Universidade Estadual Paulista
Faculdade de Medicina de Botucatu

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu – S.P.
CEP: 18.618-970
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



Registrado no Ministério da Saúde
em 30 de abril de 1997

Botucatu, 03 de setembro de 2012

Of. 435/2012

Ilustríssima Senhora
Profª Drª Ellen Rose L. Castanheira
Departamento de Saúde Pública da
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Profª Ellen,

De ordem do Senhor Coordenador, informo que o Projeto de Pesquisa, (Protocolo CEP 4337-2012) "Avaliação em saúde: características de internações hospitalares e efetividade da atenção básica", a ser conduzido por Karina Rubia, orientada por Vossa Senhoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião de 03/09/2012.

Situação do Projeto: APROVADO. Os pesquisadores deverão apresentar ao CEP ao final da execução do Projeto o "Relatório Final de Atividades".

Atenciosamente,

Alberto Santos Capelluppi
Secretário do CEP

Anexo 3



Hospital Estadual Bauru
Av. Engenheiro Luis Edmundo Carrijo Coube, 1-100
Telefone : (14) 3103-7777
CEP: 17033-360 Bauru/SP



Declaração

Declaro que tenho ciência e autorizo, o desenvolvimento da Pesquisa "Avaliação em saúde: características de internações hospitalares e efetividade da atenção básica" a ser conduzida pela Sra Karina Rubia, orientada pela Prof^a.Dr^a.Elen Rose Lodeiro Castanheira, junto a esta Entidade, após aprovação do CEP.

Declaro que conheço, cumprirei e farei cumprir os Requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste Projeto, autorizo sua execução.

Por ser verdade, firmo a presente.

Bauru, 11 de Agosto de 2012.

Roberto Marins de Carvalho
Presidente da Comissão Científica
Hospital Estadual Bauru