

Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ

Hospitalizations due to primary care sensitive conditions after family health strategy implementation on Petrópolis/RJ

Hospitalizaciones por enfermedades sensibles a la atención primaria después de la implementación del programa de salud de la familia en municipio de Petrópolis/RJ

Camilla Zarlotti¹; Estêvão Scudese²; Gilmar W. Senna³; Teresa Tonini⁴; Taís de S. Lopes⁵; Carlos L. S. Pestana⁶

Como citar este artigo:

Zarlotti C; Scudese E; Senna GW; et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária após a implantação da estratégia saúde da família no município de Petrópolis/RJ. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):811-817. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.811-817>

- ¹ Mestranda em Saúde Coletiva, na área de Epidemiologia e Bioestatística, pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Terapia Intensiva. Bacharelado e licenciatura em Enfermagem pela FASE. Programa de Graduação em Enfermagem – Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE) – Petrópolis/RJ, Brasil.
- ² Doutorando em Enfermagem e Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestre em Biodinâmica do Movimento Humano pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2013). Pós-graduado em Treinamento de Força pela Universidade Gama Filho (2010). Laboratório de Biociências do Movimento Humano (LABIMH) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro/RJ, Brasil. Laboratório de Biociências do Movimento Humano (LABIMH) – Universidade de Tiradentes (UNIT) – Aracajú/SE, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPgEnfBio) – Doutorado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
- ³ Graduação em Educação Física pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP). Especialização em Treinamento de Força pela Universidade Gama Filho (UGF). Mestrado em Educação Física pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Discente no Programa de Doutorado em Enfermagem e Biociência da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Laboratório de Biociências do Movimento Humano (LABIMH) – Universidade de Tiradentes (UNIT) – Aracajú/SE, Brasil. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPgEnfBio) – Doutorado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
- ⁴ Doutorado em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Mestrado em Enfermagem e Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências (PPgEnfBio) – Doutorado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) – Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
- ⁵ Professora do Departamento de Nutrição Social e Aplicada do Instituto de Nutrição Josué de Castro (INJC/UFRJ). Doutora em Ciências Nutricionais (INJC/UFRJ). Mestre em Nutrição Humana (INJC/UFRJ). Nutricionista graduada pela Universidade Federal Fluminense. Departamento de Nutrição Social e Aplicada. Instituto de Nutrição Josué de Castro. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ, Brasil.
- ⁶ Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Especialização em Saúde da Família - UNIFESO. Especialização em Enfermagem do Trabalho- UGF. Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Católica de Petrópolis. Programa de Graduação em Enfermagem – Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE) – Petrópolis/RJ, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To quantify and to compare the hospitalizations sensible to primary care (HSPC) with the brute rate of hospitalizations analyzing its frequency with the family health program (FHP) in Petrópolis/RJ. **Methods:** After analyzing the national health system data, we extracted the rate of HSPC between 1999-2013. Then we have established the ratio of the hospitalizations and city residents multiplied by a thousand. The Pearson correlation coefficient was applied to obtain the the variables correlation. **Results:** The data presented a reduction of 54.4% in the number of HSPC for the investigated period. Total hospitalizations related to primary care conditions went from 19.9% to 16.5%. The rate of HSPC decreased as the coverage of the FHP increased its coverage. **Conclusion:** The changes observed are significant and stimulate further investigations regarding the FHP strategy and its potential as an effective way of reducing the HSPC in other regions.

Descriptors: Public Health; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Programs Strategies; Program Evaluation; Hospitalization.

RESUMO

Objetivo: Quantificar as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), comparando-as com a taxa bruta de internações e analisar sua frequência junto à cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) em Petrópolis/RJ. **Métodos:** Após consulta no SIH-SUS, obteve-se a taxa bruta de ICSAP entre 1999-2013. Foi estabelecida a razão entre a soma destas internações e o número de residentes no município, multiplicado por mil. O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado para a análise de correlação entre as variáveis. **Resultados:** Houve redução de 54,4% nas ICSAP no período estudado. Observamos uma redução das ICSAP sobre o total de internações de 19,9%, para 16,5%. A redução na taxa de ICSAP apresentou forte correlação com o aumento da cobertura do PSF. **Conclusão:** As mudanças ocorridas são significativas e estimulam o aprofundamento do estudo da eficácia das estratégias como o PSF sobre a redução das ICSAP em diferentes municípios. **Descritores:** Saúde Pública; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Planos e Programas de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Hospitalização.

RESUMEN

Objetivo: Cuantificar hospitalizaciones por enfermedades sensibles a la atención primaria (HESAP), comparándolos con la tasa bruta de hospitalizaciones y analizar su frecuencia por la cobertura del Programa de Salud de la Familia (PSF) en Petrópolis/RJ. **Métodos:** Previa consulta al SIH-SUS, se obtuvo la tasa bruta de HESAP entre 1999-2013. Se estableció la relación de la suma de estas hospitalizaciones y el número de residentes multiplicado por mil. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para análisis de las variables. **Resultados:** Hubo una reducción del 54,4% en las HESAP. Se ha observado una reducción de la ESAP en el total de ingresos de 19,9% a 16,5%. La reducción de la tasa de HESAP mostró una fuerte correlación con el aumento de la cobertura del PSF. **Conclusión:** Los significativos resultados estimulan más estudios sobre la eficacia de las estrategias tales como el PSF en la reducción de HESAP en diferentes

municipios. **Descritores:** Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud; Estrategias y Programas de Salud; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; La Hospitalización.

INTRODUÇÃO

A atenção primária, eixo estrutural da política do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, congrega um “conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo”, abrangendo a “promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”.¹ Busca-se, assim, por um sistema que possibilite a cobertura universal e equidade em saúde no Brasil, com a garantia de que as pessoas se mantenham saudáveis e tenham acesso aos cuidados quando necessitam. Todavia, problemas de dimensões político-institucional e organizacional da Atenção Primária de Saúde (APS) têm gerado indicadores de desempenho, por vezes, pouco efetivos.²

Defende-se o restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e o SUS, de forma a reorganizar e integrar os níveis primário, secundário e terciário de atenção, por meio de implantação de redes de atenção à saúde (RAS), que permitem responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira. Para o Ministério da Saúde, RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.³

Na RAS, a APS está associada a custos menores, maior satisfação dos usuários e melhores indicadores de saúde, mesmo em situações de grande iniquidade social. Estudos demonstram que esse nível de assistência é capaz de solucionar até 85% dos problemas de saúde.⁴ Rosa e Labate⁵ apontam como principal desafio do atual sistema de saúde, em especial do PSF, a redução das internações hospitalares a partir das atividades da atenção básica, entre elas, a institucionalização da visita domiciliar, que proporciona conforto ao paciente e a família, além de diminuir os custos hospitalares.

Como incentivo ao monitoramento dos indicadores de saúde da APS, se propôs o modelo denominado de “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas sanitárias e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde. Trata-se de um indicador de atividade hospitalar como “medida indireta da efetividade da atenção primária”.⁶ Nesse sentido, considera-se o percentual de ICSAP como um indicador de qualidade para monitoramento e avaliação da atenção à saúde.⁷

O conceito de avaliação dos programas públicos surgiu logo após a Segunda Guerra Mundial, quando a substituição do mercado pelo Estado levantou a necessidade de se encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível. Os pioneiros dessa modalidade de avaliação,

os economistas, desenvolveram métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas públicos, em especial nas áreas da educação e da saúde. A partir dos anos 70, com a implantação dos grandes programas baseados no seguro médico, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs. A maioria dos países, como Estados Unidos, Canadá, França e Austrália, criaram órgãos encarregados de avaliar novas tecnologias, fundamentados na necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, baseado nas relações entre a intervenção em questão, com o contexto na qual ela é inserida e os resultados obtidos.⁸

Na segunda metade da década de noventa, o *National Health Service* propôs a utilização de um indicador para analisar a qualidade da Atenção Primária através da quantificação das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), que referem-se às hospitalizações que podem ser eventualmente reduzidas e/ou evitadas se forem corretas e efetivamente diagnosticadas e tratadas no nível ambulatorial, ou seja, se a atenção primária à saúde for resolutive, e tem sido inversamente associadas à cobertura de seguro-saúde e ao padrão socioeconômico da população assistida.⁷

Supõe-se que disparidades nas interações, por certas doenças consideradas de fácil prevenção ou passíveis de diagnóstico e tratamento precoce, refletem a inadequação da atenção à saúde às necessidades da população.⁹ Tal reflexo pode ser na gestão, quantidade insuficiente de serviços, falta de medicamentos para o controle de doenças crônicas, dificuldades na oferta de recursos diagnósticos ou deficiências no manejo, acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência. Leva-se em conta, também, que tais hospitalizações podem ser consequência de não adesão dos pacientes aos cuidados recomendados.¹⁰

No Brasil, investigações sobre ICSAP são ainda incipientes, embora sejam cogitadas para estratégias de monitoramento do desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguns estados e municípios. Este parece ser o primeiro estudo a adotar esse modelo de avaliação no município pesquisado. A inexistência de indicadores com base em dados primários, que possam ser utilizados para avaliar o impacto nacional da Estratégia de Saúde da Família, direciona ao uso da epidemiologia na organização de serviços e na institucionalização da avaliação de programas e ações de saúde como forma de qualificar e de aperfeiçoar o sistema de saúde no Brasil.^{11,12,13}

A efetividade da atenção básica é de interesse para os políticos, planejadores e gestores em saúde. Pacientes submetidos a cuidados ambulatoriais de qualidade comprometida se apresentarão ao sistema de saúde com doença avançada, com uso mais frequente dos serviços de emergência, estando mais propensos a necessidades de cuidados mais dispendiosos e, provavelmente, com resultados menos favoráveis.¹⁴ Com isto, tem-se a necessidade de avaliar a eficácia e o poder de resolutive da Estratégia Saúde da Família no município de Petrópolis/RJ, verificando se há êxito no alcance da sua principal finalidade, a descentralização hospitalar. Objeto-

tiva-se verificar a correlação entre a cobertura da Estratégia Saúde da Família e a taxa de interações por condições sensíveis à atenção primária no município de Petrópolis/RJ.

MÉTODOS

Trata-se de estudo ecológico, utilizando dados secundários para construção da taxa de ICSAP. A taxa de ICSAP foi calculada por meio da razão entre o número de interações de grupos de condições sensíveis à atenção primária dos residentes em Petrópolis e a população total residente no município no ano estudado para um conjunto de mil habitantes.

A obtenção dos dados da ICSAP dos residentes de Petrópolis foi obtida no Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), disponíveis na página da Internet do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Os grupos de diagnósticos foram determinados com base na lista de morbidade da 10ª Revisão Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

Para análise da associação da qualidade da atenção primária oferecida por meio do PSF à população do município de Petrópolis/RJ com as ICSAP, se utilizou os seguintes indicadores: população obtida por censos, contagens populacionais e estimativas intercensitárias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a taxa bruta de interações evitáveis (Tabela 1), por local de residência, no período de 1999 a 2013. Este período se justifica por suceder a implantação do Programa Saúde da Família na cidade de Petrópolis, considerando que o ano de 1999 representa o marco inicial do período de expansão da ESF em nível nacional, que se deu início no ano de 1994¹⁵ e no ano de 2013 constam os dados mais atualizados (não mais sujeitos a retificação) na fonte utilizada.

Tabela 1 - Lista brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Diagnóstico CID 10	Códigos selecionados
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;

(Continua)

(Continuação)

Diagnóstico CID 10	Códigos selecionados
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória em órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS n. 221, de 17 de abril de 2008.

O coeficiente de correlação de Pearson (CCP) foi implementado para a análise de correlação entre as variáveis: ano e cobertura do PSF; ano e taxa bruta das ICSAP; taxa bruta das ICSAP e cobertura do PSF e número total de internações pelo SUS e ICSAP.

Por se tratar de um estudo realizado com base em dados de fontes secundárias, foi dispensado da apreciação do

Comitê de Ética em Pesquisa. Não existem conflitos de interesse dos autores em relação a este estudo.

Petrópolis ocupa uma área de 795,798 km², possui uma população de 295.917 habitantes, de acordo com o censo demográfico de 2010,¹⁶ e após a implantação do PSF, atualmente conta com 42 equipes de saúde da família, com uma estimativa de cobertura populacional potencial de 48,76% ou 144.900 pessoas, que de acordo com a classificação proposta pelo Ministério da Saúde, pode ser categorizada como baixa (menos de 50%).¹⁷

A rede hospitalar na região estudada é composta por onze unidades (junho de 2015), totalizando 1.523 leitos para o atendimento das quatro clínicas básicas, terapia complementar e outras especialidades, sendo que destes, 1.062 são credenciados pelo SUS. Em 2014, as 12.878 internações hospitalares no município estudado foram responsáveis por um gasto de R\$ 36.255.208,65 para o orçamento público.¹⁸

RESULTADOS

Os dados organizados na Tabela 2 demonstram redução de 44,8% no número total de internações pelo SUS, (sendo 21.154 em 1999 e 11.661 em 2013) e redução de 54,4% no número de ICSAP no município estudado (4.220 em 1999 para 1.924 em 2013). A participação das Condições Sensíveis à Atenção Primária sobre o total de internações no município apresentou redução ao final do período estudado, decrescendo de 19,9% em 1999 para 16,5% no ano de 2013, mesmo apresentando oscilações durante o período pesquisado. O CCP verificou uma excelente correlação entre o número total de internações pelo SUS e o número de ICSAP ($r = 0,97$).

Tabela 2 - Frequência e proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) dos residentes no município de Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2013

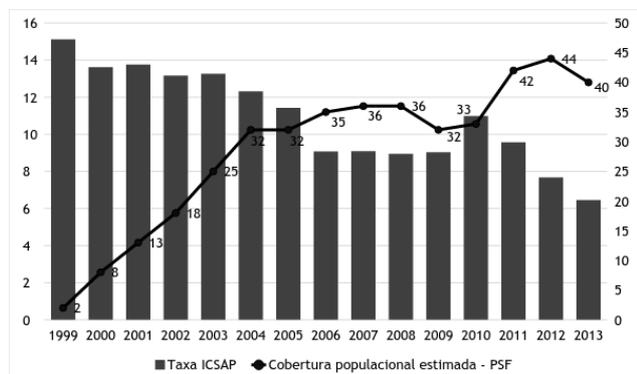
ANO	Total de internações	Total de ICSAP	Frequência de ICSAP	Taxa de ICSAP (Por 1.000 hab.)
1999	21.154	4.220	19,9	15,1
2000	21.342	3.902	18,3	13,6
2001	21.106	3.994	18,9	13,8
2002	19.643	3.859	19,6	13,2
2003	19.232	3.927	20,4	13,3
2004	18.490	3.687	19,9	12,3
2005	18.904	3.498	18,5	11,4
2006	16.662	2.809	16,9	9,1
2007	16.874	2.850	16,9	9,1
2008	15.573	2.799	18,0	8,9
2009	16.206	2.848	17,6	9,0
2010	17.104	3.251	19,0	11,0
2011	15.093	2.839	18,8	9,6
2012	12.779	2.283	17,9	7,7
2013	11.661	1.924	16,5	6,5

Fonte: SIH/DATASUS/IBGE.

A cobertura populacional do ESF em Petrópolis evoluiu significativamente durante o período pesquisado, passando de 2,23% em 1999, para 40,16% em 2013, quando, segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB)¹⁷ havia 04 e 40 equipes de saúde da família implantadas no município, respectivamente. Corroborando com este dado, o CCP demonstrou excelente correlação entre o passar dos anos e os valores encontrados sobre a cobertura do PSF ($r = 0,90$).

A taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (TICSAP) apresentou redução inicial de 9,93% no primeiro biênio comparado, apresentando certa estabilidade entre 2000 e 2004, quando reapresentou decréscimo gradativo até 2008. A partir de então, apresentando oscilação, voltando a decrescer no ano de 2011 até o limite estudado, com redução final de 56,9% de 1999 (TICSAP = 15,1/1000 hab.) a 2013 (TICSAP = 6,5/1000 hab.). A média foi de $3.246 \pm 685,7$ ICSAP por ano, conforme apresentado na Figura 1 e Tabela 2. Adicionalmente, observa-se a ocorrência de relação inversa entre o decorrer dos anos e o número de ICSAP ($r = -0,92$). O mesmo padrão inverso pôde ser observado entre as ICSAP e cadastros no PSF ($r = -0,85$).

Figura 1 - Taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) e cobertura populacional estimada pelo Programa Saúde da Família (PSF), Petrópolis, Rio de Janeiro, Brasil, 1999-2013



Fonte: SIH/DATASUS; MS/SAS/DAB.

DISCUSSÃO

Após análise dos dados, mostra-se que as mudanças operadas entre 1999 e 2013 foram significativas e apresentaram resultados otimistas. Existe forte correlação inversa, uma vez que o aumento da cobertura do PSF foi acompanhado por grande redução das ICSAP no período e local estudados. Entretanto, essa relação não se deu de modo uniforme ao longo dos anos, sustentando a hipótese de que a expansão da cobertura dessa estratégia, sem a necessária qualidade e efetividade das ações, não provoca um impacto satisfatório sobre a variável pesquisada.

Elias e Magajewski⁹ compararam o comportamento de algumas ICSAP no período de 1999 a 2004 em dois conjuntos de municípios do sul de Santa Catarina, agrupados segundo a cobertura do PSF e a qualidade da atenção básica

oferecida à população pelas suas Equipes de Saúde da Família, conformando duas unidades ecológicas. Ou seja, municípios com atenção básica adequada (cobertura $\geq 70\%$) e atenção básica não adequada. Os resultados evidenciaram mudanças no número de internação de todas as condições mórbidas analisadas, apontando tendência de aumento e/ou declínio dessas internações nas duas unidades ecológicas no período estudado. Esse desequilíbrio nas variáveis analisadas não permitiu inferir que existe associação da atuação do PSF com a ocorrência de ICSAP na região pesquisada.

Em pesquisa semelhante, Boing et al.¹⁹ demonstraram resultados compatíveis com os encontrados no presente estudo, para o estado do Rio de Janeiro, verificando redução anual nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de 5,6% em homens e de 5,4% em mulheres, durante o período de 1998-2009. Os autores também observaram que os principais grupos de causas de ICSAP no Brasil no mesmo período foram, nesta ordem, as gastroenterites infecciosas e suas complicações, insuficiência cardíaca e em terceiro lugar, a asma brônquica. Essa classificação corrobora com a citada por Mendes,²⁰ que aponta as principais causas de ICSAP como: asma, insuficiência cardíaca, pneumonia e diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível.

Os resultados aqui alcançados são satisfatórios, pois apontam para a importância no aprofundamento do estudo sobre as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) em pesquisas futuras. Cabe ressaltar a limitação por ser um estudo baseado em dados secundários de sistemas nacionais de informação em saúde, logo sujeitos aos possíveis vieses relacionados à qualidade dos dados disponíveis.

Entretanto, verificam-se avanços nestes sistemas ao longo do tempo, com grande disponibilidade e aprimoramento na qualidade das informações geradas. Em parte, em razão da melhoria nos modelos de avaliação das políticas de saúde implementadas e da atuação mais efetiva de gestores públicos que dependem desse aperfeiçoamento. Houve, em determinado momento da série histórica, aumento em algumas taxas de hospitalizações por melhoria no registro e precisão na definição do diagnóstico da morbidade em questão.¹⁵ Logo, investimentos no fortalecimento de sistemas de informações são essenciais, principalmente na capacitação dos responsáveis pela coleta e alimentação dos bancos de dados.

A análise realizada sobre as internações no SUS registradas no SIH tem como vantagem a cobertura nacional e ampla de aproximadamente 70% de todas as internações no país.²¹ Este estudo se baseia em dados sobre episódios de internação e não sobre os indivíduos, pois o objeto de registro do SIH-SUS é o evento propriamente dito. Assim, múltiplas internações por condições evitáveis ou transferências interhospitalares de um mesmo paciente não podem ser identificadas, causando duplicidades nos dados impossíveis de serem identificadas. Além disso, a taxa de ICSAP é dependente das informações hospitalares, logo, óbitos ou outras complicações que não aconteçam no ambiente hospitalar não são refletidas.

Outra importante observação refere-se à estrutura do sistema terciário existente no município, ou seja, da oferta de leitos na rede hospitalar da região. Isso quer dizer que com a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a demanda se eleva automaticamente, com aumento de ocorrência de determinadas internações que podem ser consideradas desnecessárias, gerando um dado “falso-positivo”.

Em contrapartida, a escassez de leitos disponíveis pode fazer com que um paciente portador de uma patologia sensível, que necessita de diagnóstico e controle oportuno, fique desassistido, correndo o risco de se tornar dado estatístico oculto que seria importante para a contabilização dessas morbidades e subsequente avaliação da gestão pública em saúde. Segundo Elias e Magajewski,⁹ a oferta excedente na atenção hospitalar pode induzir o município a direcionar menos esforços para a gestão da Atenção Primária à Saúde (APS), provocando o agravamento de doenças que poderiam ser tratadas precocemente. Em sentido inverso, quando se sabe que a provisão da APS é inadequada na região, o médico pode ser “forçado” a efetuar a internação precoce como alternativa de tratamento, uma vez que o cuidado mínimo para o caso poderia ficar comprometido com a atenção ambulatorial disponível. Essa situação é mais preocupante ao se tratar de pacientes com precárias condições socioeconômicas, uma vez que são mais vulneráveis a complicações médicas, fatores ambientais e à própria falta de adesão às orientações fornecidas. Ademais, a própria cultura e a predisposição médica em internar estão indiretamente relacionadas com a evolução destas taxas.

CONCLUSÃO

As distintas reduções nas taxas de internações pelas causas analisadas são expressivas e podem estar associadas a uma grande variedade de fatores. Entre os quais, destacam-se o perfil sócio demográfico e econômico das populações (como renda per capita, esgotamento sanitário, escolaridade, entre outros), a própria rede de serviços existentes na região estudada e às ações específicas da prestação do cuidado primário em saúde, em especial pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. No entanto, os resultados aqui obtidos são insuficientes para justificar os achados deste estudo, tornando-se evidente a necessidade de aprofundamento de algumas questões através de estudos analíticos, que permitam identificar fatores explicativos das tendências do comportamento da TICSAP.

Espera-se que em anos vindouros, resultados positivos na avaliação da atenção básica sejam cada vez mais significativos estatisticamente. Em especial ao considerar os grupos de diagnósticos da ICSAP como *diabetes mellitus*, hipertensão arterial e agravos relacionados às dislipidemias, que demandam maior tempo de seguimento para a observação de significativas transformações em suas taxas de morbimortalidade, tendo em vista as necessárias mudanças comportamentais e a adesão ao tratamento por parte dos indivíduos

assistidos, e como a implementação desta estratégia pode ser considerada recente, as transformações nos indicadores de saúde serão refletidas em longo prazo.

Acredita-se que o PSF tenha potencial para reorientar a mudança no modelo assistencial, reduzindo o número de internações hospitalares por doenças evitáveis. Para tal fim, várias mudanças se fazem imperativas, como inclusão de mais disciplinas que contemplem as diretrizes da Atenção Primária no currículo dos cursos da área da saúde, com a finalidade de ensinar e sensibilizar sobre a importância da institucionalização de um sistema de saúde com enfoque em ações de prevenção aos desvios de saúde e de promoção à saúde – prevenir mais que remediar.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União 29 mar 2006.
2. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006 set; 11(3): 669-81.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
4. White KL, Williams FT, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med*. 1961; 265(1): 885-92.
5. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2005; 13(6): 1027-34.
6. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". *Rev. Esp. Salud Pública*. 2002 jun; 76(3): 189-96.
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília - DF: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Hartz ZMA. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
9. 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. *Rev. bras. epidemiol*. 2008 dez; 11(4): 633-47.
10. Dias-da-Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008 jul; 24(7): 1699-707.
11. Penna MLF. Reflexões sobre a epidemiologia atual. *Physis*. 1997 jun; 7(1): 109-21.
12. Santos IS, Victora CG. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad. Saúde Pública*. 2004 abr; 20(2): s337-s41.
13. Travassos C, Novaes HMD. Investigação e avaliação em serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2): 144-45.
14. Yuen EJ. Severity of illness and ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*. 2004; 61(1), 376-91.
15. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010 nov; 10 (1): s83-s91.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [Internet] [acesso em 18 abr 2016]. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330390&earch=rio-de-janeiro|petropolis>>.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. [Internet] [acesso em 18 de abr de 2016]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.
18. Ministério da Saúde. Cadernos de Informações de Saúde – Petrópolis - RJ, maio 2010. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/caderno/geral/rj/RJ_Petropolis_Geral.xls>.
19. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública*. 2012 abr; 46(2): 359-66.
20. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: um panorama da saúde no Brasil - acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Brasília; 2008.

Recebido em: 14/09/2016

Revisões requeridas: Não

Aprovado em: 04/01/2017

Publicado em: 10/07/2017

Autor responsável pela correspondência:

Camilla Zarlotti da Costa Scudese Dessimoni

Universidade Federal do Estado

do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Rua Xavier Sigaud - 290 - 401

Praia Vermelha. Rio de Janeiro/RJ, Brasil

CEP: 22290-180

camillazarlotti@hotmail.com