

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)

Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP – Brazil)

Maria Elmira Alfradique ¹
 Palmira de Fátima Bonolo ¹
 Inês Dourado ²
 Maria Fernanda Lima-Costa ¹
 James Macinko ³
 Claunara Schilling Mendonça ⁴
 Veneza Berenice Oliveira ¹
 Luís Fernando Rolim Sampaio ⁴
 Carmen De Simoni ⁴
 Maria Aparecida Turci ¹

Abstract

Ambulatory care sensitive hospitalizations are a set of conditions for which access to effective primary care can reduce the likelihood of hospitalization. These hospitalizations have been used as an indicator of primary care performance in several countries and in three Brazilian states, but there is little consensus on which conditions should be included in this indicator. This paper presents a description of the steps undertaken to construct and validate a list for Brazil. The final list includes 20 groups of diagnostic conditions that represented 28.3% of a total of 2.8 million hospitalizations in the National Unified Health System in 2006. Gastroenteritis and complications, congestive heart failure, and asthma represented 44.1% of all ambulatory care sensitive hospitalizations. From 2000 to 2006, ambulatory care sensitive hospitalizations decreased by 15.8%, and this reduction was more significant than that observed in all other hospitalizations. The article concludes with potential applications and limitations of the proposed Brazilian list.

Primary Health Care; Hospitalization; Health Systems

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

² Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

³ Department of Nutrition, Food Studies & Public Health, New York University, New York, U.S.A.

⁴ Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

Correspondência

V. B. Oliveira
 Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais.
 Av. Alfredo Balena 190, 7º andar, Belo Horizonte, MG 30130-100, Brasil.
 veneza@medicina.ufmg.br

Introdução

No contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde. Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings et al. ¹ na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis. Traduzindo livremente para o português como *condições sensíveis à atenção primária*, representam um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações. Essas atividades, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas.

Altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Esse excesso de hospitalizações representa um sinal de alerta, que pode acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Vários estudos demonstram que altas taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde ^{2,3,4,5,6,7}.

Trata-se, portanto, de um indicador valioso para monitoramento e a avaliação.

O uso das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador do acesso e qualidade da atenção primária foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e posteriormente em outros países ^{1,8,9}. No Brasil, investigações sobre tais internações são ainda incipientes, embora elas sejam cogitadas para estratégias de monitoramento do desempenho do Estratégia Saúde da Família (ESF) em alguns estados e municípios, entre eles Minas Gerais ¹⁰, Ceará ¹¹ e Curitiba ¹².

O Brasil tem experimentado grandes mudanças na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS). Em particular, a partir de 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente ampliado para o atual ESF, foi desenvolvido com a finalidade de melhorar o acesso à atenção primária e a qualidade desta em todo o país. Seu caráter estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS. A estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde ¹³; à oferta de ações de saúde e ao acesso e uso de serviços ^{14,15} e à redução da mortalidade infantil ¹⁶.

Entretanto, não existem indicadores, com base em dados secundários, que possam ser utilizados para avaliar o impacto da saúde da família no sistema de saúde brasileiro. O propósito de uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais.

De uma maneira geral, os estudos brasileiros apontam para a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no SUS entre residentes no Estado de Minas Gerais ¹⁰ e no Rio Grande do Sul ^{17,18}. Contudo, existem algumas limitações para interpretação das tendências dessas internações: primeiro, o uso de diferentes listas de internações por condições sensíveis à atenção primária, dificultando a comparação de resultados; segundo, a ausência de informações que permitam examinar as tendências dessas internações em relação às outras causas de hospitalizações.

O Ministério da Saúde fez diversas consultas a especialistas brasileiros para elaborar a primeira

lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. No presente trabalho, são descritas as etapas que levaram à elaboração dessa lista, os diagnósticos nela incluídos e a tendência das internações por condições sensíveis à atenção primária em comparação às internações por outras causas pelo SUS.

Metodologia

Marco conceitual

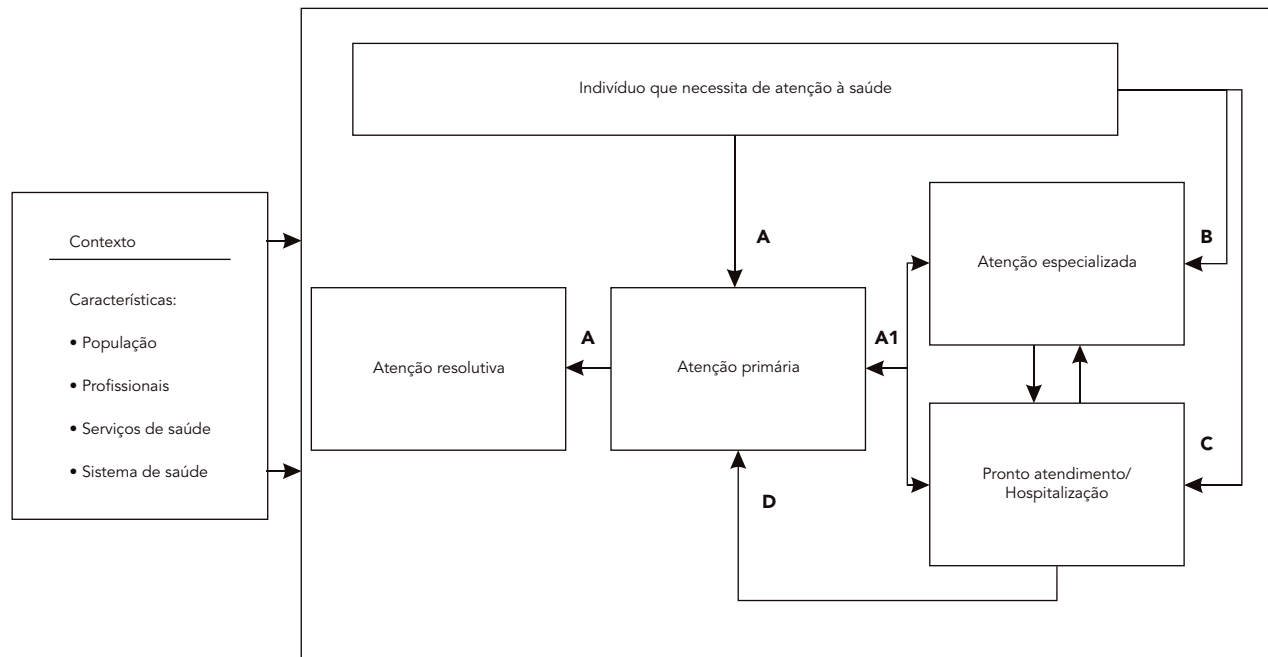
O marco conceitual para a construção da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária seguiu o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano ¹⁹, com adaptações para as condições brasileiras. De acordo com esse modelo, assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados. Desta forma, entende-se a atenção primária como a provisão, a uma população definida, do primeiro contato, focado na pessoa e continuado ao longo do tempo, acessível, a fim facilitar a obtenção do cuidado quando necessário. Optou-se por utilizar o termo atenção primária à saúde, em detrimento do mais utilizado nas políticas nacionais, atenção básica, pela sua correspondência ao termo internacionalmente conhecido *primary health care* ²⁰.

Com base no marco conceitual supracitado, considera-se que as hospitalizações por doenças infecciosas preveníveis por meio de imunização (sarampo, tétano e difteria, entre outras) podem ser evitadas. É também possível evitarem-se aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (como gastroenterites). Igualmente, considera-se que, sendo de qualidade, a atenção primária à saúde reduza as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis (por exemplo, coma diabético), assim como reduza as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (entre as quais, o exemplo mais proeminente é a insuficiência cardíaca congestiva) ⁹.

Na Figura 1 está apresentada a seqüência das possibilidades de percurso desde a procura pela atenção à saúde até o seu desfecho. Na seqüência

Figura 1

Marco conceitual da internação por condições sensíveis à atenção primária, Brasil.



Fonte: adaptado de Caminal-Homar & Casanova-Matutano ¹⁹.

A, o indivíduo é atendido por serviços de atenção primária e tem o seu problema de saúde resolvido. Em um sistema de saúde cuja porta de entrada é a atenção primária resolutiva, oportuna e de boa qualidade, espera-se que a seqüência A predomine, uma vez que existem estudos mostrando que esse nível de assistência é capaz de resolver até 80% dos problemas de saúde ²¹.

Na seqüência A1, o indivíduo é encaminhado da atenção primária para a atenção especializada, para o pronto-atendimento ou para a hospitalização. Nas condições sensíveis à atenção primária, espera-se que essa seqüência não ocorra. Ela deverá acontecer somente nos casos em que o usuário apresente problema de saúde mais grave ou tenha necessidade de atenção com maior densidade tecnológica. Nas seqüências B e C, a porta de entrada do sistema é a atenção especializada e o pronto-atendimento ou a hospitalização, pois o indivíduo busca diretamente esse nível do sistema, sem que a atenção primária exerça seu papel de filtro ²². Na seqüência D, o pronto-atendimento/hospitalização estabelece a contra-referência para a atenção primária à saúde.

As seqüências B e C podem resultar de diversos fatores, como a falta de acesso à atenção primária, a baixa vinculação aos serviços de atenção primária, a busca espontânea dos serviços especializados ou de urgência, características do indivíduo que busca atenção médica e mesmo a incapacidade da atenção primária à saúde para resolver o problema, seja por baixa resolutividade, seja por atenção tardia.

Revisão das listas existentes de internações por condições sensíveis à atenção primária

Não existe consenso na literatura acerca das internações por condições sensíveis à atenção primária ⁹. Essas causas são historicamente mutáveis, uma vez que representam eventos que poderiam ser evitados, em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde ²³. O conceito de evitabilidade depende, portanto, das evidências científicas disponíveis em dado período ²⁴.

Tendo em vista essa heterogeneidade, partiu-se inicialmente do levantamento das listas nacionais existentes nas secretarias estaduais e

municipais de saúde, identificando-se aquelas dos Estados de Minas Gerais e Ceará e do Município de Curitiba, no Estado do Paraná^{10,11,12}. Simultaneamente, procedeu-se à revisão das listas de internações por condições sensíveis à atenção primária estrangeiras, consultando-se os indexadores MEDLINE e SciELO, utilizando-se os descritores “*avoidable hospital conditions*”, “*hospitalization*”, “*ambulatory care sensitive conditions*”, “*preventable hospitalization*”, “*access to medical care*”, “*primary health care*”, “*atenção primária*”, “*atenção básica*”, “*atenção ambulatorial*”, “*utilização de serviços de saúde*”, para o período compreendido entre 2002 e 2005, identificando-se 23 trabalhos. Adicionalmente, foram considerados sete trabalhos que, embora não identificados por meio desses indexadores, haviam sido citados nos estudos identificados. Para a elaboração da primeira versão da lista, foram utilizadas as condições apresentadas em nove artigos que tinham uma boa representatividade das diversas condições incluídas nos trinta artigos identificados^{8,19,25,26,27,28,29,30,31}.

Alguns dos estudos analisados apresentavam diagnósticos codificados por meio da 9ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), ao passo que outros utilizavam a 10ª revisão CID-10. No Brasil, a CID-10 foi adotada pelo Sistema de Informações Hospitalares em 1998³², logo foi feita a correspondência para a CID-10 de todos os diagnósticos presentes nos estudos que estavam classificados pela CID-9.

Na Tabela 1 estão listados os diagnósticos que constavam de, pelo menos, duas listas nacionais ou estrangeiras. Cabe salientar que 38 diagnósticos faziam parte de todas as listas nacionais, ao passo que somente nove diagnósticos faziam parte de todas as listas estrangeiras. Asma, bronquite crônica não especificada, bronquiectasia, doença cardíaca hipertensiva, hipertensão essencial, insuficiência cardíaca e diabetes mellitus com coma ou cetoacidose faziam parte de todas as listas consultadas.

Construção da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária

As etapas seguidas para a elaboração da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária incluíram: (1) realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista (*face validity*); (2) consolidação e revisão da lista elaborada nessa oficina; (3) consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e (4) consulta pública.

Uma lista ampliada de internações por condições sensíveis à atenção primária foi submetida

à primeira avaliação em uma oficina de trabalho realizada em dezembro de 2005. Constavam desta lista os diagnósticos incluídos em todos ou em pelo menos dois trabalhos sobre o tema existentes na literatura nacional e estrangeira (Tabela 1). Participaram da oficina 19 pessoas, todos oriundos da gestão dos serviços de saúde (Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde) e de instituições de ensino superior no Brasil e no exterior. Para essa reunião, foram adaptados os seguintes critérios utilizados por Caminal et al.⁹ para guiar a inclusão/exclusão dos diagnósticos: (1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros.

A lista resultante dessa oficina foi revista e consolidada pelo grupo de trabalho constituído pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, do qual participaram oito pesquisadores com experiência em atenção primária à saúde e três membros da equipe técnica do DAB. A lista foi, então, encaminhada à SBMFC para revisão e validação; após a incorporação das sugestões da SBMFC, foi submetida à consulta pública mediante os processos formais estabelecidos pelo Ministério da Saúde nos meses de outubro e novembro de 2007. As sugestões resultantes dessa consulta foram avaliadas pelo grupo de trabalho e, quando pertinentes, incorporadas na lista apresentada neste artigo.

Resultados

Na Tabela 2, estão apresentados os diagnósticos que compõem a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Essa relação é constituída por 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos). Para fins de organização, ela está composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção (por exemplo, pré-natal) e a magnitude dos agravos (por exemplo, asma). A Tabela 2 também apresenta os códigos presentes na CID-10 para as condições que compõem cada grupo e, para cada um deles, o número de internações em 2006, a proporção em relação ao total de internações por

Tabela 1

Lista de internações sensíveis à atenção primária, por grupos de diagnósticos (Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão – CID-10), número dos diagnósticos observados em listas nacionais (n = 3) ou estrangeiras (n = 8).

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
1. Doenças imunizáveis *				
1.1	Coqueluche **	A37	3	7
1.2	Difteria	A36	3	4
1.3	Hepatite B ***	B16	1	2
1.4	Meningite por <i>Haemophilus</i> #	G00.0	3	6
1.5	Meningite tuberculosa	A17.0	2	4
1.6	Parotidite	B26	0	4
1.7	Rubéola	B06	0	4
1.8	Sarampo	B05	3	4
1.9	Tétano ##	A33-A35	3	7
1.10	Tuberculose miliar	A19	2	4
2. Condições evitáveis *				
2.1	Febre reumática ###	I00-I02	3	5
2.2	Sífilis	A51-A53	1	2
2.3	Tuberculoses	A15.4-A15.9, A16.3-A16.9, A17.1-A17.9	3	4
2.4	Tuberculose pulmonar	A15.0-A15.3, A16.0-A16.2	3	4
3. Gastroenterites infecciosas e complicações				
3.1	Desidratação	E86	3	5
3.2	Gastroenterites	A00-A09	3	0
4. Anemia				
4.1	Deficiência de ferro §	D50	3	4
5. Deficiências nutricionais				
5.1	Kwashiorkor e demais desnutrições protéico-calóricas	E40-E46	3	5
5.2	Outras deficiências nutricionais	E50-E64	3	5
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta				
6.1	Amigdalite aguda	J03	3	6
6.2	Faringite aguda	J02	3	6
6.3	Infecção aguda das vias aéreas superiores	J06	3	6
6.4	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00	2	3
6.5	Otite média supurativa	H66	3	7
6.6	Rinite, nasofaringite e faringite crônica	J31	3	7
6.7	Sinusite aguda	J01	2	4
7. Pneumonias bacterianas				
7.1	Bacteriana não especificada	J15.8, J15.9	3	6
7.2	Lobar não especificada	J18.1	3	6
7.3	Por <i>Haemophilus influenzae</i>	J14	3	6
7.4	Pneumocócica	J13	3	6
7.5.	Por <i>Streptococcus</i>	J15.3, J15.4	3	6
8. Asma				
8.1	Asma §§	J45, J46	3	8

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
9. Doenças das vias aéreas inferiores §§§				
9.1	Bronquite aguda	J20, J21	3	5
9.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40	2	3
9.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41	2	8
9.4	Bronquite crônica não especificada	J42	3	8
9.5	Bronquectasia	J47	3	8
9.6	Enfisema	J43	3	7
9.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44	3	8
10. Hipertensão				
10.1	Doença cardíaca hipertensiva	I11	3	8
10.2	Hipertensão essencial	I10	3	8
11. Angina pectoris				
11.1	Angina pectoris §§§	I20, I24	3	7
12. Insuficiência cardíaca				
12.1	Insuficiência cardíaca §§§	I50	3	8
12.2	Edema agudo de pulmão	J81	2	5
13. Doenças cérebro-vasculares				
13.1	Doenças cérebro-vasculares §§§	I63-I67, I69, G45, G46	1	2
14. Diabetes mellitus				
14.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0-E10.1, E11.0-E11.1, E12.0-E12.1, E13.0-E13.1, E14.0-E14.1	3	8
14.2	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9 E12.9, E13.9 E14.9	3	6
14.3	Com complicações (renais, oftalmológicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, outras, múltiplas, não especificadas)	E10.2-E10.8, E11.2-E11.8, E12.2-E12.8, E13.2-E13.8, E14.2-E14.8	3	6
15. Epilepsias				
15.1	Epilepsia	G40, G41	3	6
16. Infecção no rim e trato urinário *				
16.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10	2	5
16.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11	2	5
16.3	Nefrite túbulo-intersticial não especificada aguda crônica	N12	2	5
16.4	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0	2	5
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo *				
17.1	Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	L02	2	1
17.2	Celulite	L03	2	7
17.3	Impetigo	L01	2	0
17.4	Linfadenite aguda	L04	2	4
17.5	Infecção do trato urinário de localização não especificada	N39.0	2	5

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Grupo	Diagnóstico	CID-10	Listas nacionais	Listas estrangeiras
18. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos				
18.1	Salpingite e ooforite	N70	2	6
18.2	Doença inflamatória do útero (exceto colo)	N71	2	2
18.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72	2	3
18.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73	2	6
18.5	Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva	N76	2	3
18.6	Doenças da glândula de Bartholin	N75	2	3
19. Úlcera gastrointestinal				
19.1	Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	0	6
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto				
20.1	Infecção do trato urinário na gravidez	O23	1	0
20.2	Sífilis congênita	A50	3	4
20.3	Síndrome da rubéola congênita	P35.0	1	1

Fonte: Listas nacionais 11,12; Listas estrangeiras 9,24,25,26,27,28,29,43.

* Grupos de diagnósticos que apresentaram pelo menos uma doença da lista brasileira sem correspondência em listas nacionais e estrangeiras: doenças imunizáveis (febre amarela), condições evitáveis (ascaridíase, malária), infecção no rim e trato urinário (cistite, uretrite) e infecção da pele e tecido subcutâneo (erisipela);

** Coqueluche entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

*** Hepatite B aguda e crônica entre ≤ 20 anos; hepatite aguda com e sem o agente Delta;

Meningite por *Haemophilus* entre \leq de 5 anos;

Exclui o tétano obstétrico e do recém-nascido. Tétano entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

Febre reumática entre ≥ 1 ano e ≤ 5 anos;

§ Deficiência de ferro entre \leq de 5 anos;

§§ Exclui a asma aguda;

§§§ Doença pulmonar obstrutiva crônica, angina, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão, doenças cérebro-vasculares entre ≤ 65 anos.

condições sensíveis à atenção primária, a proporção em relação ao total de internações e suas respectivas taxas por 10 mil habitantes. Os partos foram excluídos do total das internações por representarem um desfecho natural da gestação e serem influenciados pela taxa de fecundidade. Além disso, representam internações que ocorrem apenas na metade da população.

Em 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 2.794.444 entre as 9.812.103 internações pelo SUS, correspondendo a 28,5% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária foi igual a 149,6 por 10 mil habitantes.

As internações por condições sensíveis à atenção primária mais frequentes foram as gastroenterites e suas complicações (23,2%), seguidas pela insuficiência cardíaca (11,2%), asma

(9,7%), doenças das vias aéreas inferiores (7,4%), pneumonias bacterianas (7,4%), infecções no rim e trato urinário (7,2%), doenças cérebro-vasculares (6,5%) e hipertensão (5,2%). Cada um dos 13 diagnósticos restantes correspondeu a menos de 5% das internações por condições sensíveis à atenção primária. É interessante observar que três diagnósticos (gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma) representam 44,1% do total das internações por condições sensíveis à atenção primária no ano considerado, enquanto sete representam 77,8%.

Taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária superiores a 10 por 10 mil habitantes foram observadas para gastroenterites e suas complicações (34,7), insuficiência cardíaca (16,8), asma (14,5), doenças das vias aéreas inferiores (11,0), pneumonias bacterianas (11,0) e infecção no rim e trato urinário (10,7). Ressalte-

Tabela 2

Freqüência, proporções e taxas, por 10 mil habitantes, das internações realizadas na rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasil, 2006.

Grupos de diagnósticos	CID-10	Número de internações por condições sensíveis à atenção primária	Porcentagem em relação ao total de internações por condições sensíveis à atenção primária	Porcentagem em relação ao total de internações	Taxa por 10 mil habitantes *
1. Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19	3.608	0,1	0,0	0,2
2. Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77	26.995	1,0	0,3	1,4
3. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	647.783	23,2	6,6	34,7
4. Anemia	D50	18.919	0,7	0,2	1,0
5. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64	56.368	2,0	0,6	3,0
6. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	12.055	0,4	0,1	0,6
7. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1	205.617	7,4	2,1	11,0
8. Asma	J45-J46	271.323	9,7	2,8	14,5
9. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47	206.251	7,4	2,1	11,0
10. Hipertensão	I10-I11	146.426	5,2	1,5	7,8
11. Angina pectoris	I20	96.781	3,5	1,0	5,2
12. Insuficiência cardíaca	I50, J81	314.029	11,2	3,2	16,8
13. Doenças cérebro-vasculares	I63-I67, I69, G45-G46	181.837	6,5	1,9	9,7
14. Diabetes mellitus	E10-E14	120.878	4,3	1,2	6,5
15. Epilepsias	G40-G41	51.570	1,8	0,5	2,8
16. Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0	200.571	7,2	2,0	10,7
17. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	76.110	2,7	0,8	4,1
18. Doença inflamatória de s órgão pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	48.644	1,7	0,5	2,6
19. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	88.747	3,2	0,9	4,8
20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0	19.932	0,7	0,2	1,1
Total de internações por condições sensíveis à atenção primária	-	2.794.444	100,0	28,5	149,6
Total de internações **	-	9.812.103	-	-	525,4

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

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (Departamento de Informática do SUS; <http://www.datasus.gov.br>).

* Taxa ajustada pela idade.

** Do total de 11.654.750 internações com alta no ano de 2006, foram retiradas 1.842.647 internações com diagnósticos relacionados aos partos (CID-10: O80-O84).

se que a taxa de internação por gastroenterites e complicações foi, respectivamente, 2,1 e 2,4 vezes maior que as taxas de internação pelas duas causas subseqüentes.

Na Figura 2, apresentam-se as taxas de hospitalização (por 10 mil habitantes) no SUS por condições sensíveis à atenção primária e por outras condições no Brasil, no período de 2000 a 2006. As taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária diminuíram 15,8% no período (de 179 para 151 por 10 mil), ao passo que a redução das internações por outras causas foi menor (10,1%; de 419 para 376 por 10 mil).

Discussão

Este trabalho descreveu o processo de construção e validação de uma lista internações por condições sensíveis à atenção primária para o Brasil. Segundo Caminal et al.⁹, a etapa de seleção dos diagnósticos que compõem uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária é uma das partes mais relevantes das metodologias dos estudos. As listas devem estar adaptadas ao contexto de cada país, porque os sistemas de saúde, perfis epidemiológicos e carga de doenças

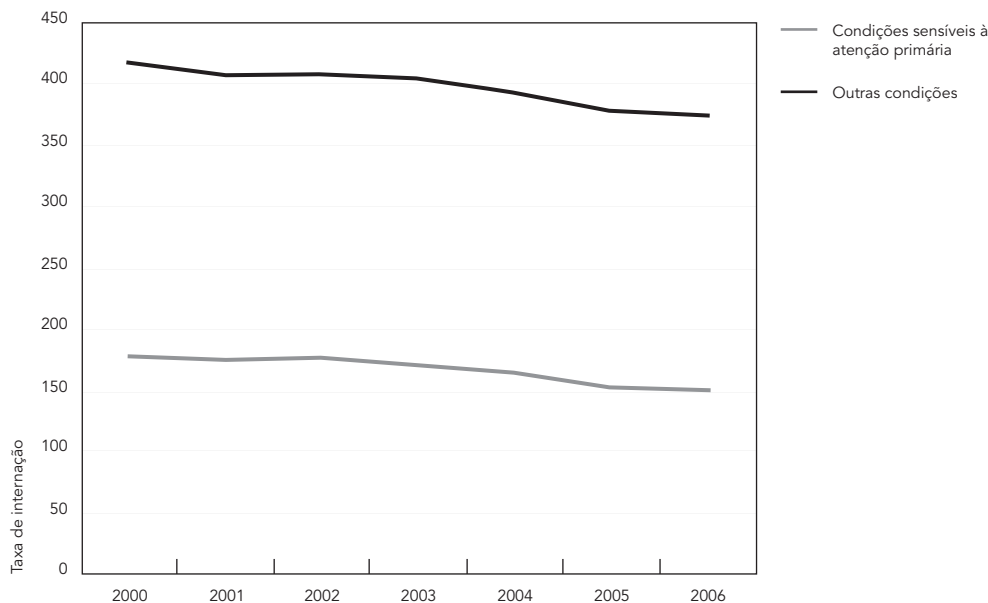
diferem entre países. Esse processo de adaptação é importante para garantir validade, confiabilidade e representatividade da lista, além de ser um pré-requisito fundamental para a utilização desta na avaliação da capacidade de resolução da atenção primária à saúde.

Para garantir a validade da lista, o grupo de trabalho adotou uma metodologia semelhante à dos outros estudos citados, como revisão de literatura e reuniões para definir as condições sensíveis e estabelecimento de um consenso entre pesquisadores e gestores (face *validity*)³³. Para ganhar outra perspectiva sobre a relevância da lista consensual, este estudo conteve duas etapas adicionais. A consulta à SBMFC teve como objetivo certificar se o estado atual da prática da atenção primária no Brasil é capaz de provocar a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária propostas. Na etapa final, a consulta pública contribuiu para a abrangência nacional da lista e sensibilizou vários atores sobre a importância de uma lista validada para o país inteiro.

A lista final apresentada neste artigo se diferencia das estrangeiras principalmente pela presença de um maior número de doenças infeccio-contagiosas e pela ausência de afecções odon-

Figura 2

Taxas de internações (por 10 mil habitantes) no Sistema Único de Saúde (SUS) por condições sensíveis à atenção primária e por outras condições. Brasil, 2000 a 2006.



tológicas. O primeiro destes é devido ao perfil epidemiológico do Brasil, já que, nas listas dos países mais ricos, essas condições não são incluídas pela baixa prevalência e pouca probabilidade de gerarem internações hospitalares. Por outro lado, a maioria das cirurgias odontológicas no Brasil é realizada em nível ambulatorial³⁴.

As três outras listas brasileiras^{10,11,12} são mais abrangentes, pois incluem internações por condições ligadas à saúde mental. A relação aqui apresentada não incluiu essas condições devido à complexidade do processo da reforma psiquiátrica no Brasil e da implantação heterogênea dos serviços de atenção psiquiátrica em diferentes regiões do país. Além disso, as ações do ESF na área de saúde mental ainda são incipientes e provocam pequeno impacto na desospitalização por causas psiquiátricas. Listas futuras devem considerar a inclusão de algumas condições que passaram a ser objeto do ESF ao longo do desenvolvimento desta política.

As internações por condições sensíveis à atenção primária podem ser usadas para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde e como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária à saúde^{35,36,37}. Também pode fazer parte de investigações sobre iniquidades de acesso entre as regiões, comunidades e grupos populacionais^{30,38}.

Na interpretação das internações por condições sensíveis à atenção primária, é importante diferenciar internações preveníveis, sensíveis, evitáveis ou inapropriadas. Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sócio-demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial.

Para aplicar os resultados de avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária na melhoria da atenção primária, faz-se necessário investigar a relação entre essas internações e atenção primária à saúde. Por exemplo, no caso de doenças imunopreveníveis, é a condição propriamente dita que é considerada evitável, e não a internação. As hospitalizações por essas causas deveriam ser essencialmente eliminadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade. No caso de outras doenças infecciosas ou casos agudos, a atenção

primária à saúde somente pode prevenir ou controlar complicações. Ainda assim, embora essas condições não sejam preveníveis, não deveriam resultar em internações se a atenção ambulatorial fosse oportuna e apropriada, pois essas doenças geralmente podem ser manejadas em ambulatório, e apenas por falta de assistência oportuna podem levar a complicações, requerendo internação. Por outro lado, no caso das doenças crônicas que levam à ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ocorrer, mas são mais freqüentes quando não há acompanhamento regular pela atenção primária à saúde. Nos casos de doenças crônicas em estágios mais avançados, as internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou a outros serviços de saúde, ou ainda falta de manejo adequado para prevenir o agravamento da enfermidade e a hospitalização. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital³⁹.

Existem também limitações do uso das internações por condições sensíveis à atenção primária. Uma redução nas taxas de internação por essas causas apenas sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde. Os outros diversos fatores que afetam as taxas de internações não são facilmente mensurados e ajustados/controlados. A análise dessas internações depende de dados administrativos (como as autorizações de internação hospitalar), e isso pode exacerbar os problemas presentes nesses bancos de dados, que não foram criados pela 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. Se for necessário um teste com maior sensibilidade (maior chance de identificar problemas no acesso), deve-se usar uma lista mais ampla. Se o necessário for maior especificidade (menor probabilidade de identificar problemas que não existem), devem ser usados os diagnósticos de maior consenso (lista reduzida).

Para o uso das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador do desempenho do ESF no Brasil, ressalta-se que: (1) os fatores ligados aos indivíduos devem ser controlados, diretamente ou com o uso de *proxy* (como a renda individual ou familiar para ava-

liar o risco de internação); (2) algumas condições sensíveis podem ser diferenciadas em relação a grupos populacionais (por exemplo, o de crianças) ⁴⁰; (3) semelhante aos estudos de morte evitável, nas internações por condições sensíveis à atenção primária é importante estabelecer um limite máximo na idade, pois, com o avanço desta, pode haver tendência de aumento nos dias de permanência e readmissões, bem como nas comorbidades; a idade mais avançada pode, também, dificultar a análise da causa principal e até superestimar o risco de internação; por isso, será importante testar a influência destes pontos de corte nas tendências de internações por condições sensíveis à atenção primária a partir de 65 anos ³⁷; (4) em áreas onde historicamente o acesso aos serviços de saúde estava limitado, um aumento temporário nas internações pode ser resultado de uma melhora de acesso ⁴¹. Após esse aumento (acesso) inicial, pode-se esperar que as internações por condições sensíveis à atenção primária decresçam.

Finalmente, recomenda-se aos gestores e gerentes do sistema de saúde que, para a utilização das internações por condições sensíveis à atenção primária como indicador de desempenho, é necessário avaliar as taxas ajustadas por

idade, cobertura de planos de saúde e regiões. Ainda, é importante excluir os partos do total de internações, visto que estes só afetam uma parte da população feminina e não representam uma patologia.

Estudos futuros também devem incluir o impacto das internações por condições sensíveis à atenção primária nos gastos em saúde para determinar se a reorganização do SUS com o ESF como porta de entrada representa, no gasto nacional, uma economia que poderia ser reinvestida em programas para reduzir essas hospitalizações em áreas onde permanecem mais elevadas ^{42,43,44}. O indicador internações por condições sensíveis à atenção primária também deve refletir as mudanças na prática da atenção primária no país (por exemplo, saúde mental no ESF).

Esperamos que este trabalho estimule o uso e o aperfeiçoamento da análise das internações por condições sensíveis à atenção primária e que os resultados possam contribuir para melhorar a qualidade e acesso à atenção primária no Brasil. Esperamos, também, que sirva como mais uma referência para outros países, considerando a adaptação do uso deste indicador de grande potencialidade na construção de sistemas de saúde baseados na atenção primária.

Resumo

As internações por condições sensíveis à atenção primária representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária. Essas internações vêm sendo usadas como indicador do acesso e qualidade da atenção básica, mas não existe consenso quanto às doenças que devem fazer parte desse indicador. Apresenta-se uma descrição das etapas seguidas para a construção da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. A lista final é composta por vinte grupos de diagnósticos, que representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2006, em um total

de cerca de 2,8 milhões de internações. Gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma corresponderam a 44,1%. De 2000 a 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária caíram 15,8% no país, e o declínio dessas hospitalizações foi maior do que as internações não-internações por condições sensíveis à atenção primária. São discutidas as aplicações e limites da lista nacional de internações por condições sensíveis à atenção primária.

Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Sistemas de Saúde

Colaboradores

Os autores contribuíram igualmente na concepção do trabalho, na análise dos dados, na redação do documento e revisão do conteúdo final para publicação.

Agradecimentos

Agradecemos os participantes das oficinas de trabalho, a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e os profissionais de saúde que participaram na consulta pública da lista brasileira das internações por condições sensíveis à atenção primária. Este trabalho foi financiado pelo Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Afirmamos que os resultados apresentados não foram influenciados pela fonte de financiamento.

Referências

1. 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; 12:162-73.
2. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev* 2006; 63: 719-41.
3. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16:96-110.
4. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995; 25:283-94.
5. Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. *Med Care Res Rev* 1995; 52:88-108.
6. Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994; 39:123-8.
7. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Family Health Program and ambulatory care-sensitive conditions in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:1034-40.
8. Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Health* 2001; 92:155-9.
9. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004; 14:246-51.
10. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do Seminário de Economia Mineira. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007.
11. Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Lista de diagnósticos sensíveis à atenção ambulatorial da Secretaria de Estado da Saúde do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Estado da Saúde do Ceará; 2001.
12. Centro de Epidemiologia, Coordenação de Diagnóstico em Saúde. Avaliação das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba; 2006.
13. Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Junior AE, et al. Atenção Básica em Saúde: comparação entre ESF e UBS por estrato de exclusão social no Município de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:633-41.
14. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Desempenho do ESF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:669-81.
15. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Necessidades de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:657-67.

16. Macinko J, Guanais F, Souza F. An evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.
17. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:19-30.
18. 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; 24:1699-707.
19. Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31:61-5.
20. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
21. White KL, Williams FT, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265:885-92.
22. Gervas J, Pérez-Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:205-18.
23. Malta DC, Duarte EC, Almeida ME. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde* 2007; 16:233-44.
24. Weismann JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA* 1992; 268:2388-94.
25. Basu J, Friedman B, Burstin H. Primary care, HMO enrollment, and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: a new approach. *Med Care* 2002; 40:1260-9.
26. Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005; 40:19-38.
27. 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.
28. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:17-22.
29. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place* 2001; 7:27-38.
30. Shah BR, Gunraj N, Hux JE. Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *Am J Public Health* 2003; 93:798-802.
31. Department of Human Services, Victorian Government. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study: preliminary analyses. Melbourne: Department of Human Services, Victorian Government; 2001.
32. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº. 1.311 de 12 de setembro de 1997 que determina a implantação do CID/10ª Revisão em todo território nacional a partir de janeiro de 1998. *Diário Oficial da União* 1998; 23 jan.
33. Caminal J, Mundet X, Ponsà J, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit* 2001; 15:128-41.
34. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
35. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria* 2004; 33:305-11.
36. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Serv Res* 2008; 8:42.
37. Valenzuela-López MI, Gastón-Morata JL, Melguizo-Jiménez M, Valenzuela-López MM, Buenocavanillas A. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2007; 39:525-32.
38. DeLia D. Distributional issues in the analysis of preventable hospitalizations. *Health Serv Res* 2003; 38(6 Pt 2):1761-79.
39. Gill JM, Mainous 3rd AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7:352-7.
40. Pittard 3rd WB, Laditka JN, Laditka SB. Early and periodic screening, diagnosis, and treatment and infant health outcomes in Medicaid-insured infants in South Carolina. *J Pediatr* 2007; 151:414-8.
41. Saha S, Solotaroff R, Oster A, Bindman AB. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. *Med Care* 2007; 45:712-9.
42. Parada-Ricart E, Inoriza-Belurze JM, Plaja-Roman P. Gastroenteritis aguda: coste de una causa de ingreso potencialmente evitable. *An Pediatr (Barc)* 2007; 67:368-73.
43. Williams KA, Buechner JS. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Med Health R I* 2005; 88:97-9.
44. Department of Human Services, Victorian Government. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions Study, 2001-02. <http://www.health.vic.gov.au/healthstatus/acsc/index.htm> (acessado em 15/Jun/2008).

Recebido em 28/Mai/2008

Versão final reapresentada em 23/Dez/2008

Aprovado em 22/Jan/2009