

# Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira

*Primary Care-Sensitive Conditions: a descriptive review of results of the Brazilian academic production*

Francilene Jane Rodrigues Pereira<sup>1</sup>, César Cavalcanti da Silva<sup>2</sup>, Eufrásio de Andrade Lima Neto<sup>3</sup>

**RESUMO** O estudo propõe-se descrever e analisar os resultados da produção acadêmica brasileira sobre Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Revisão descritiva e analítica realizada em artigos científicos de Portais de Periódicos. Vinte e um artigos integraram o estudo, os quais foram subdivididos segundo a abrangência territorial, sendo 9,6% nacional, 4,8% do Nordeste, 9,6% do Centro-Oeste, 33,3% do Sul e 42,7% do Sudeste. As Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária, apesar de se apresentarem altas em alguns estados e/ou cidades isoladas, sofrem uma tendência para estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras.

**PALAVRAS-CHAVE** Prevenção primária; Atenção Primária à Saúde; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

**ABSTRACT** *The study proposes to describe and examine the results of the Brazilian academic production about Hospitalizations for Primary Care-Sensitive Conditions. Descriptive and analytical review conducted in scientific articles Periodicals portals. Twenty-one articles have integrated the study, which were divided according to territorial coverage, with 9.6% National, 4.8% in the Northeast, 9.6% in the Midwest, 33.3% in the South and 42.7% in the Southeast. The Sensitive Cause to Primary Care Hospitalizations, despite presenting increase in some states and/or isolated cities show a tendency for stabilization and reduction in different regions.*

**KEYWORDS** *Primary prevention; Primary Health Care; Quality indicators, Health care.*

<sup>1</sup>Mestre em Modelos de Decisão e Saúde pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. [francilenejane@gmail.com](mailto:francilenejane@gmail.com)

<sup>2</sup>Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil. Professor associado e docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. [rasecprof@gmail.com](mailto:rasecprof@gmail.com)

<sup>3</sup>Doutor em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil. Professor adjunto e docente do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil. [eufrasio@de.ufpb.br](mailto:eufrasio@de.ufpb.br)

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta muitos desafios desde a sua criação, todavia, a consolidação da Atenção Básica (AB) para garantir o acesso da população aos serviços de saúde é sem dúvida um dos problemas mais recorrentes em sua trajetória ainda relativamente curta.

O termo AB, mais comumente usado no Brasil, foi utilizado nas políticas de saúde nacionais em substituição ao termo Atenção Primária à Saúde (APS). O termo APS foi criado por White *et al.* em 1961 e desde então vem recebendo denominações variadas em diversos países (MENDES, 2009).

Em 1978, na Conferência de Alma Ata, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o termo associou-se a uma temática que se tornou tendência mundial, caracterizada como parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978). Constitui-se, na atualidade, um dos principais elementos dos modelos de atenção à saúde em vigência no Brasil.

Nas últimas décadas, ganhou espaço o modelo Saúde da Família. Este modelo objetiva a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados, com vistas a mudanças radicais no sistema, de forma articulada e perene, trabalhando a partir das necessidades de saúde da população, reafirmando os princípios gerais da AB (PAIM, 2003).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a define como

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006A, P. 10).

Esse conceito fortalece os sistemas locais de saúde e consolida os princípios e diretrizes do SUS.

Embora os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) informem que em 2010 o número de municípios atendidos tenha aumentado significativamente e a cobertura da população tenha ultrapassado o contingente de 100 milhões de pessoas (BRASIL, 2011A), alguns desafios ainda permanecem. Entre eles, a estruturação de uma rede regionalizada de ações e serviços que qualifiquem a assistência nesse nível de atenção. Nas situações em que a AB não é resolutiva a demanda por internações hospitalares aumenta, sobrecarregando o sistema e criando despesas evitáveis devido às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esse termo, que é uma tradução livre para *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, se constitui em um indicador de atividades hospitalares como medida de efetividade da AB e foi trabalhado por Billings *et al.* na década de 1990. É usado na atualidade como representativo de problemas de saúde para os quais a ação da AB diminuiria o risco de internações. Representa, portanto um conjunto de agravos de saúde que não deveriam chegar em grande quantidade à atenção terciária, posto que uma efetiva ação da atenção primária solucionaria parte dessas patologias (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; ALFRADIQUE *ET AL.*, 2009).

Para os autores supracitados, altas taxas de ICSAP podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, representando um sinal de alerta para análise e busca de explicações para tais ocorrências, muitas vezes associadas à deficiência na cobertura dos serviços ou baixa resolutividade da atenção primária para algumas patologias (ALFRADIQUE *ET AL.*, 2009).

A partir de 1990, esse indicador passou a ser amplamente utilizado para análise da atenção primária em países que possuem o seu sistema de saúde embasado pelos cuidados primários, a exemplo da Espanha, Austrália e Canadá (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). A Espanha também incentivou pesquisas no intuito de avaliar a efetividade da Atenção

Primária à Saúde através da validação de uma lista de internações hospitalares por causas preveníveis em várias regiões do País (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

Taxas de hospitalização, diagnóstico de internação e/ou internações evitáveis têm sido amplamente utilizadas como possíveis medidas de avaliar o desempenho da Atenção Primária à Saúde. Estudos evidenciam que índices mais baixos de ICASP associam-se com o acesso da população e a qualidade da assistência prestada na AB (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; DIAS-DA-COSTA ET AL, 2010; ROSANO ET AL, 2013).

Diante de vários estudos que vem sendo desenvolvidos sobre a temática que expõe resultados de relação inversa entre as internações e o acesso aos serviços ambulatoriais, é possível observar o aumento no uso desse indicador como estratégia de avaliação da atenção primária, ao ponto de ser para os Estados Unidos e países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) um dos indicadores de acesso à atenção de qualidade e ainda gerar estudos em diferentes continentes (NEDEL ET AL, 2010; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

No Brasil, o Ministério da Saúde também desenvolveu, a partir de consultas com especialistas, a primeira relação brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, lançada em 2008, através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE ET AL, 2009). A partir de então, estudos vem sendo desenvolvidos em várias regiões do país no intuito de avaliar a evolução das ICSAP no território brasileiro.

Toma-se como questão norteadora: nas pesquisas realizadas em diferentes estados do País, as taxas de ICASP vêm apresentando redução após a instalação das equipes de Saúde da Família (EqSF)?

Configura-se como objetivo do estudo descrever e analisar os resultados da produção acadêmica brasileira sobre ICSAP.

## Metodologia

Trata-se de uma revisão descritiva e analítica realizada a partir de artigos científicos completos disponíveis em portais de Literatura Latinoamericana e do Caribe (LILACS) e Biblioteca Eletrônica de Periódicos Científicos Brasileiros (SciELO), acessados por intermédio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se da expressão de busca Condições AND Sensíveis AND Atenção AND Primária, apenas no idioma português por tratar-se de uma análise do contexto brasileiro.

Adotaram-se alguns critérios — Inclusão: disponibilidade do artigo completo; focalização do local do estudo, estudos publicados de 2008 a 2013. Exclusão: artigos completos não disponíveis; trabalhos de dissertação e tese; artigos repetidos; não focalização de ICSAPs e/ou região de coleta de dados.

## Resultados e discussão

Encontraram-se 55 documentos através da expressão de busca, desses, 33 no portal LILACS e 22 no SciELO, porém apenas 21 foram utilizados para análise devido aos demais estarem inclusos nos critérios de exclusão adotados. Os estudos e as características foram subdivididos pela abrangência territorial, dispostos no *quadro 1*:

Observa-se, dos estudos selecionados: dois (9,6%) de abrangência nacional, um (4,8%) da região Nordeste, dois (9,6%) da região Centro-Oeste, sete (33,3%) da região Sul e nove (42,7%) da região Sudeste. A ausência de estudos representativos da região Norte e do ínfimo quantitativo na região Nordeste é destaque. No que se refere à região Nordeste tal fato é discutível, posto que o estado do Ceará tenha participado junto com o estado de Minas Gerais e o município de Curitiba do primeiro levantamento de listas nacionais, porém na busca realizada não foram encontrados muitas publicações sobre essa região (ALFRADIQUE ET AL; 2009).

Quadro 1. Sequência de artigos sobre ICSAP segundo primeiro autor, abrangência territorial brasileira, período de análise do estudo, método utilizado e revista/ano de publicação, 2014

Primeiro autor	Abrangência	Período de Análise	Métodos	Revista/Ano
A - Boing	Nacional	1998-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2012
B - Moura	Nacional	1999-2006	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Bras. Saúde Mat. Infantil/2010
C - Barreto	Nordeste (Piauí)	2000-2010	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2012
D - Batista	Centro-Oeste (Goiás)	2000-2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2012
E - Campos	Centro-Oeste (Campo Grande-MS)	2000-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2012
F - Dias-da-Costa	Sul (Rio Grande do Sul)	1995-2005	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Cad. Saúde Pública/2010
G - Elias	Sul (Extremo Sul Catarinense)	1999-2004	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Bras. Epidemiologia/ 2008
H - Martins	Sul (Paranaguá-PR)	Nov/2010-Abr/2011	Transversal (n=1630)	Saúde em Debate/2013
I - Nedel	Sul (Bagé-RS)	Set/2006-Jan/2007	Transversal (n=1200)	Saúde Pública/2008
J - Rehem	Sul (Curitiba)	2005-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Esc. Enf. da USP/2013
L - Souza	Sul (18 cidades-RS)	1995-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Saúde Pública/2011
M - Muraro	Sul (Caxias do Sul-RS)	2000-2003/ 2005-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Baiana de Saúde Pública/2013
N - Pazó	Sudeste (Espírito Santo)	2005-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Epidemiol Serv. Saúde/2012
O - Rehem	Sudeste (Ademar-SP)	2006-2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Texto Contexto Enf/2012
P - Rehem	Sudeste (São Paulo)	2000-2007	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Ciência & Saúde/2011
Q - Ferreira	Sudeste (Ribeirão Preto-SP)	2000-2007	Ecológico; Dados secundários (CPDH)	Eletrônica de Enf/2012
R - Caldeira	Sudeste (Montes Claros-MG)	2007-2008	Transversal (n=365)	Bras. Saúde Matern. Infantil/2011
S - Fernandes	Sudeste (Montes Claros-MG)	2007-2008	Transversal (n=660)	Saúde Pública/2009
T - Rodrigues-Bastos	Sudeste (Juiz de Fora-MG)	2002-2009	Ecológico; Dados secundários (SIH)	Assoc. Med.Bras/2013
U - Cardoso	Sudeste (Divinópolis-MG)	Ago - Out/ 2011	Transversal (n=2775)	Panam. Salud Publica/2013
V - Portes	Sudeste (Juiz de Fora-MG)	2008	Ecológico; Dados secundários (SIH)	J.Manag. Prim. Health/2013

Fonte: Elaboração própria

Apesar dos levantamentos e discussões para elaboração da lista brasileira de ICSAP terem iniciado em 2005, elas foram objeto de uma série de padronizações e validações, sendo divulgada no ano de 2008 através da Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008). Para tanto, os artigos com essa temática avaliativa da AB no Brasil só passaram a serem divulgados a partir daquele ano. Desse modo, é possível identificar dentre os estudos elencados dois (9,6%) publicados no ano de 2008, um (4,8%) no ano de 2009, dois (9,6%) no ano de 2010, três (14,2%) no ano de 2011, sete (33,3%) no ano de 2012 e seis (28,5%) no ano de 2013.

## Análise dos aspectos metodológicos dos estudos

Dezesseis (76,2%) desses documentos, tratavam-se de estudos ecológicos, utilizando-se de dados secundários do Sistema de Internação Hospitalar (SIH) e do Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (Q), com períodos de análise de dados variando de dois a 12 anos e; cinco (23,8%) estudos transversais que realizaram pesquisa direta sob determinada amostra.

A utilização de dados secundários do SIH pode apresentar algumas limitações, a exemplo da confiabilidade do diagnóstico, da fidedignidade dos registros e da restrição às internações no SUS, porém o SIH apresenta como vantagem a cobertura nacional e ampla de aproximadamente 70% de todas as internações no País (MOURA, 2010; BOING, 2012). Muraro (2013) acrescenta que ao longo do tempo tem-se observado um avanço nos sistemas nacionais de informação em saúde, com disponibilidade e melhoria da qualidade das informações geradas. Quanto ao processo amostral, utilizou-se a população de internações segundo o critério de interesse (causas, faixas etárias, anos).

Nos estudos transversais utilizaram-se, no período de estudo, todos os pacientes atendidos (H), todas as internações (I e U) e amostra aleatória (R e S).

Quanto ao método de análise, oito (38,1%) utilizaram-se de estatística descritiva com uso de taxas e razão de coeficientes para comparação entre períodos e 13 (61,9%), estatística inferencial por meio de séries temporais, regressão linear simples, generalizada, Poisson e logística múltipla, testes de associação Qui-quadrado, t student, ANOVA, Scheffe e Razão de Prevalências, apresentando associações, a exemplo da cobertura por ESF.

## Análise dos dados segundo a abrangência dos estudos

O Brasil é caracterizado pela presença de desigualdades socioeconômicas fortes, tanto entre regiões quanto entre indivíduos, gerando efeitos sobre indicadores relacionados ao bem estar social, a exemplo da saúde, causando iniquidades na cobertura e acesso aos serviços de saúde.

### Nacional

O artigo A apresentou uma redução média anual nacional de ICSAP com variações entre as unidades federativas - reduções mais expressivas observadas em Sergipe, Rondônia, Mato Grosso, Santa Catarina e Pernambuco; Goiás e Distrito Federal apresentaram taxas de estabilidade e nenhum outro estado apresentou acréscimo. Dentre as ICSAP, os três grupos que computaram maiores números de internações no período estudado (1998-2009), foram gastroenterite, insuficiência cardíaca e asma (BOING ET AL, 2012).

O artigo B direcionou-se aos menores de 20 anos, no qual se destacaram gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas. Com relação à primeira patologia, maiores taxas foram registradas nas regiões Nordeste e Norte, com reduções

no período analisado (1999-2006) nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul e incremento nas regiões Centro-Oeste e Norte. Com relação à pneumonia, todas as regiões apresentaram incremento nas taxas com destaque para as regiões Norte, Sudeste e Nordeste e com taxas menores no Sul e Centro-Oeste. Quanto à asma, observou-se redução em todas as regiões, porém com menor expressividade na região Nordeste (MOURA ET AL, 2010).

A partir de 1994, o Brasil iniciou a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) e, com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), efetivada a partir de 1998, promoveu a propagação rápida desse Programa no país com a implantação de 1.134 equipes entre os anos de 1994 e 1998 e de 2.768 entre 1999 a 2001, representando um crescimento de 20,6% (BRASIL, 2002). Essa expansão apresenta forte impacto no acesso e uso da APS, com potencial de reduzir as ICSAP (BOING ET AL, 2012).

Em 2011, a PNAB foi revista e ampliada por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. A essência da política se manteve na sua versão atualizada, porém com alguns acréscimos, a exemplo da mudança terminológica para Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011B).

No entanto, a expansão e implementação das ESF não aconteceram de maneira homogênea nas diferentes regiões do país, fato justificado em parte pelas diferenças e por vezes, divergências entre as reduções das ICSAP nas UF, posto haver também entre as regiões diferenças em relação ao perfil socioeconômico das populações, às situações epidemiológicas, a própria oferta de serviços existente e às ações da prestação do cuidado primário de saúde, principalmente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (SOUSA; HAMANN, 2009; BOING ET AL, 2012; MOURA ET AL, 2010).

## Nordeste

O Nordeste brasileiro é a região que possui o maior quantitativo de estados do País: Maranhão, Piauí, Bahia, Ceará, Rio Grande

do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas e Sergipe, que semelhante à região Norte apresenta, em comparação com as demais, menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, além de maiores taxas de analfabetismo, menores coberturas de esgotamento sanitário e maiores taxas de mortalidade infantil, variáveis importantes na ocorrência de maiores taxas de ICSAP (MOURA ET AL, 2010). Além do mais, em relação à utilização dos serviços de saúde, essas regiões apresentaram-se como aquelas com menores números médios de consulta e maiores dificuldades de acesso (ANDRADE ET AL, 2011).

A região Nordeste ficou representada no estudo por um artigo. O artigo C, realizado no estado do Piauí, direcionou-se ao grupo etário menor de cinco anos, em que entre as patologias elencadas destacaram-se gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e asma. Apesar de verificar a redução no período de tempo estudado (2000-2010), o estudo destacou que podem ser consideradas altas para a população analisada (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

O referido estado apresentou relevante aumento do quantitativo de ESF entre os anos de 2000 e 2010, ao ponto de representar a maior cobertura populacional estimada do País, correspondendo a 97,2%, porém, a quantidade não garantiu atenção oportuna e com qualidade, além do mais, não se pode considerar que o avanço da Estratégia Saúde da Família no estado tenha se dado de forma homogênea nos diversos municípios (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

## Centro-Oeste

A região Centro-Oeste é formada pelos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal e destacou-se, em 2004, pelos maiores percentuais de municípios com cobertura pelo PSF, com representação de 65,44% (BRASIL, 2006B, P. 39).

Essa região foi representada em dois artigos, um deles focalizando o estado como um

todo (Goiás) e outro a cidade do Mato Grosso do Sul (Campo Grande).

O artigo D, realizado em 246 municípios de Goiás, direcionou-se a ICSAP por doenças cardiovasculares na faixa etária acima de 40 anos, que apresentaram redução no período em estudo (2000-2008), porém, fica claro que reduções nas taxas ocorreram independentemente da cobertura da Estratégia Saúde da Família (BATISTA ET AL, 2012).

O estudo E, realizado na cidade de Campo Grande (MS), destacou como principais ICSAPS: Doenças imunizáveis/condições evitáveis, angina pectoris e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, porém com proporções descendentes no período estudado (2000-2009). No referido município, a Estratégia Saúde da Família teve sua implantação em 1999 com cobertura evoluindo de 3,2% em 2000 para 26,6% em 2009, ocupando a 22ª posição em cobertura populacional no País (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

## Sul

A região Sul é a menor das regiões brasileiras. Composta pelos estados de Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, possui os melhores indicadores de saúde, menores taxas de mortalidade, melhor qualidade de vida, educação e a menor taxa de desigualdade socioeconômica. Entre os anos de 1998 e 2004 teve suas proporções de cobertura pelo PSF acrescidas em mais de 700%, ficando acima do crescimento médio nacional (BRASIL, 2006B; ANDRADE ET AL, 2011).

Esteve representada no estudo em sete artigos, sendo dois representativos do estado do Rio Grande do Sul e mais dois de cidades desse estado (Bagé e Caxias do Sul), dois de municípios do Paraná (Paranaguá e Curitiba) e um de Santa Catarina (Extremo Sul).

Os artigos F, I, L e M apresentaram a dinâmica das ICSAP no Rio Grande do Sul. O artigo F, representativo de todo o estado, apontou para a redução das taxas no período analisado (1995-2005) e, segundo descrição

do autor, a Estratégia Saúde da Família, ampliada a partir de 2000, pode ter contribuído para esse resultado (DIAS-DA-COSTA ET AL, 2010).

O estudo I, realizado pontualmente na cidade de Bagé entre os anos de 2006 e 2007, relatou que a proporção de ICSAP encontrada foi muito maior que a relatada em outros estudos (NEDEL ET AL, 2008).

No estudo L, representado por 18 cidades onde existem coordenações de saúde, observou-se tendência de redução em todos os municípios no período em destaque (1995-2007), exceto Porto Alegre e Osório. Destaca-se que a redução coincidiu com anos seguintes aos da criação do PSF (1994) (SOUZA; COSTA, 2011).

O artigo M, especificamente, analisou as ICSAP em idosos nos períodos de 2000-2003 e 2005-2007 na cidade de Caxias do Sul e registrou redução de taxas após a instalação da Estratégia Saúde da Família no município, que aconteceu em 2004, garantindo uma cobertura de 24% da população (MURARO ET AL, 2013). Dentre as mais prevalentes patologias, deve-se destacar a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina pectoris.

O estado do Paraná esteve representado pelos artigos H e J, sendo o primeiro realizado na cidade de Paranaguá e direcionado às Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária entre os anos de 2010 e 2011, em que obteve destaque as patologias angina pectoris, seguida de hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Nesse estudo, observou-se que a maioria dos pacientes buscou o setor terciário espontaneamente, contrariando a lógica da APS (MARTINS; FRANCO, 2013). O segundo foi realizado na cidade de Curitiba nos anos de 2005 a 2007, antes da implantação oficial da lista de ICSAP que ocorreu em 2008, na qual a proporção de ICSAP manteve-se estável no período de análise, porém com grande destaque para doenças como a angina pectoris e insuficiência cardíaca, seguida das gastroenterites infecciosas (REHEM ET AL, 2013).

Representando o estado de Santa Catarina, o artigo M, realizado no período de 1999 a

2004 em quinze municípios do extremo sul catarinense, registrou como patologias mais prevalentes: *Diabetes Mellitus* (DM), pneumonia em menores de cinco anos e maiores de 60 anos, diarreia em menores de cinco anos, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), variando entre redução (DM e pneumonia), estabilidade (diarreia) e aumento (AVC e IAM) (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

## Sudeste

Composto pelos estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, o Sudeste é a região mais populosa, com maior PIB, segundo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do país. No âmbito da saúde, tem-se destacado pelo maior número médio de consultas médicas realizadas e menor proporção de indivíduos internados entre as regiões do País (ANDRADE, 2011).

Essa região esteve representada por três de seus quatro estados e contabilizou o maior quantitativo de artigos sobre o tema, sendo um do Espírito Santo, três de São Paulo (sendo um de todo o estado, um do município de Ademar e outro de Ribeirão Preto), e os demais realizados em três diferentes cidades de Minas Gerais (dois de Montes Claros, dois de Juiz de Fora e um de Divinópolis).

O artigo N, realizado no período de 2005 a 2009, apresentou redução no quantitativo de ICSAP e relatou como doenças mais prevalentes as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca, afetando, principalmente, crianças menores de quatro anos e idosos (PAZÓ ET AL, 2012).

Os estudos O, P e Q revelam dados de São Paulo. No primeiro estudo, no município de Ademar registrou redução no período estudado (2005-2007) e prevalência de pneumonias bacterianas seguida de hipertensão arterial e infecções no rim e trato urinário, sendo crianças menores de um ano e idosos os mais afetados. Fato importante a ser destacado nesses estudos é que segundo a área de abrangência

das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com exceção de uma UBS, as demais não possuíam ESF (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

No segundo estudo, no qual o estado de São Paulo esteve representado entre os anos de 2000 e 2007, foi registrado um aumento nas taxas de ICSAP à custa do crescimento ocorrido nos municípios de Araçatuba, Grande São Paulo, Sorocaba, Franca, Presidente Prudente e Ribeirão Preto, porém, em relação ao quantitativo, registrou-se um período de estabilidade (2000-2002) com crescimento em 2003, seguindo uma tendência permanente de redução (REHEM; EGRY, 2011).

No terceiro estudo, o município de Ribeirão Preto foi colocado sob análise no período compreendido entre 2000 e 2007, registrou-se a redução do quantitativo de ICSAP. Sobre os grupos de patologias mais prevalentes têm-se as anemias e as doenças preveníveis por imunização (FERREIRA; DIAS; MISHIMA, 2012).

Os artigos R e S foram realizados no município de Montes Claros (MG). O primeiro estudo cobriu a faixa etária de menores de 13 anos, onde se destacou pneumonias, asma e gastroenterites e suas complicações (CALDEIRA ET AL, 2011) e o segundo estudo cobriu a faixa etária de maiores de 14 anos com destaque para insuficiência cardíaca, pneumonia e doença coronariana (FERNANDES ET AL, 2009).

As ICSAP encontradas em maior prevalência no estudo R em menores de 13 anos corresponderam àquelas identificadas no estudo C em menores de cinco anos, variando apenas o quantitativo entre elas. Estudos nacionais que registram principais causas de internações em crianças apontam as doenças do aparelho respiratório como as principais implicadas, com destaque para as pneumonias e asma (SILVA ET AL, 1999; CAETANO ET AL, 2002).

A rede municipal de saúde de Montes Claros (MG) conta, na área urbana, com 49 unidades da Estratégia Saúde da Família, com uma cobertura de aproximadamente 50% da população total do município, porém, os estudos revelaram que o profissional que solicitou a hospitalização foi, na maioria

das vezes, o médico do pronto-socorro, o que gera questionamentos sobre o acesso e efetividade dos serviços de atenção primária (CALDEIRA ET AL, 2011; FERNANDES ET AL, 2009).

Os artigos T e V foram realizados nos municípios de Juiz de Fora (MG), sendo o primeiro direcionado a todas as ICSAP, destacando-se insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina pectoris no período analisado (2002-2009), apresentando redução em algumas patologias (doenças cerebrovasculares) e incremento em outras (insuficiência cardíaca) (RODRIGUES-BASTOS ET AL, 2013). O segundo estudo abordou especificamente as patologias relacionadas às doenças causadas pelo tabaco, que corresponderam a 48% das ICSAP no ano de 2008, com destaque para as doenças cardiovasculares e respiratórias (PORTES ET AL, 2013).

O município de Juiz de Fora experimentou nesse período (2002-2009) pequeno aumento da média de cobertura pela Estratégia Saúde da Família, passando nesses sete anos de 43,6% para 48,1%. Concomitante a esse aumento, também obteve incremento nas taxas de ICSAP (RODRIGUES-BASTOS ET AL, 2013).

O artigo U, realizado em Divinópolis, destacou patologias do aparelho circulatório, do aparelho respiratório e do aparelho geniturinário como as principais ICSAP e sobre elas tem-se a maior prevalência em unidades de pronto atendimento. O estudo destaca altas proporções de ICSAP no município (CARDOSO ET AL, 2013).

Considerando os estudos em análise, constatou-se em linhas gerais uma redução da média anual nacional de ICSAP após a implantação do PSF, porém com dissimilaridades entre as regiões e patologias prevalentes.

Na faixa etária de menores de 20 anos, encontrou-se como patologias mais frequentes gastroenterites infecciosas e complicações, asma e pneumonias bacterianas, com destaque para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, que apesar de registrarem reduções no período de observação apresentaram maiores taxas.

Em relação às doenças cardiovasculares, estados das regiões Centro-Oeste e Sul apresentaram redução no período observado. Porém, com maiores taxas na população destacou-se: Angina pectoris, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, DPOC, AVC e IAM, essas duas últimas com aumento em alguns municípios. Municípios do Centro-Oeste também registraram doenças imunizáveis/condições evitáveis e doenças relacionadas ao pré-natal e parto como mais prevalentes.

Também a região Sudeste, mesmo em estudo direcionado para todas as patologias, apresentou doenças cardiovasculares, como as ICSAP mais prevalentes. Dentre elas, insuficiência cardíaca (com incremento no período de estudo), doenças cerebrovasculares (com redução) e angina pectoris. Destaque para as doenças cardiovasculares e respiratórias também é apontado em estudo abordando especificamente as patologias relacionadas às doenças causadas pelo tabaco. Em alguns municípios, anemias e doenças preveníveis por imunização mostraram-se mais prevalentes.

Entre patologias que atingem em sua maioria crianças com menos de quatro anos e idosos, o Sudeste destaca entre as mais prevalentes: gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial e infecções no rim e trato urinário.

É importante ressaltar que as regiões Sul e Sudeste contribuíram com 16 dos 21 estudos utilizados nesta revisão e, para tanto, apresentam-se com maiores repercussões nas ICSAP.

## Conclusões

As ICSAP, apesar de apresentarem altas taxas em alguns estados e/ou municípios isolados, tendem para a estabilização e redução nas diferentes regiões brasileiras.

Merece destaque e alerta dos gestores da APS, nos diferentes estados brasileiros, os altos índices de ICSAP em crianças menores de cinco anos e idosos. Esses grupos

etários apresentaram-se muito carentes de assistência preventiva, que culminou em altas taxas de internação, segundo os estudos levantados e conforme constatado nos artigos C, M, N, O, R e S.

Não menos importante para os gestores, mas, sobretudo, para os pesquisadores nessa área, é o aprofundamento dos problemas ligados às principais patologias da lista de ICSAP (pneumonias, gastroenterites e doenças cardiovasculares).

Em resposta ao questionamento norteador da análise encetada por este estudo, verificou-se uma contradição com base nos resultados das pesquisas realizadas e

levantadas por esta revisão: em algumas situações a redução das iICSAP está vinculada à atuação da Estratégia Saúde da Família nos municípios, mas essa relação não se confirma como uma constante. É sabido que a implementação e expansão dessa estratégia não aconteceram de forma homogênea nas diferentes regiões do País, entretanto, tal fenômeno isoladamente não justificaria essas diferenças. O que mais estaria por trás desse fenômeno? Sugerem-se estudos posteriores para aprofundamento da questão levantada, vinculando aspectos da estrutura das ESF, processos de trabalho e ICSAP. ■

## 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). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.6, p. 1337-1349, 2009.
- ANDRADE, M. V. et al. *Equidade na utilização dos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras no período 1998-2008*. Belo Horizonte: UFMG; CEDEPLAR, 2011.
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.
- BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 34-42, 2012.
- BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil - Relatório Final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 08 mar. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). *Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)*. Brasília, DF: 2011a. Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/data-sus/index.php>>. Acesso em: 08 mar. 2014.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, n.204, p.55, Seção 1, pt1. 24 out.2011b.
- CAETANO, J. R. M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, v.36, n.3, 2002, p. 285-291.
- CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.*, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011.
- 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. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, mai., p.845-855, 2012.
- CARDOSO, C. S. et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev. Panam. Salud Publica*, Washington, DC, v. 34, n. 4, p. 227-34, 2013.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Saúde para todos no ano 2000. *Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários*. 12 de Setembro de 1978, Alma-Ata, Cazaquistão, URSS. 1978.
- 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. *Cad. 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. *Rev. Bras. Epidemiol*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.
- FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Internações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 14, n. 4, p.760-70, out./dez., 2012.
- FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.
- 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*, v. 37, n. 98, p. 388-399, 2013.
- MENDES, E. V. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre atenção primária à saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados: cadernos de apresentação*. Brasília, DF: CONASS, 2009.
- MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*, Recife, v. 10, n. supl. 1, p. s83-s91, 2010.
- MURARO, C. F. et al. Estratégia Saúde da Família e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 1, p.20-33, jan./mar. 2013.
- NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.
- NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 19, n. 1, 2010, p. 61-75.
- PAIM, J. Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais In: ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia e Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAZO, R. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 275-282, 2012.

PORTES, L. H. et al. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte. *J Manag Prim Health Care*, Olinda, v. 4, n. 2, p. 94-101, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSEK, S. I.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto - Enferm*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 535-542, 2012.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013.

RODRIGUES-BASTOS, R. M et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 59, n.2, p. 120-127, 2013.

ROSANO, A. et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health*, Oxford, v. 23. n. 3, p. 356-360, 2013.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 749-757, 1999.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc Saude Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl 1, p. 1325-35, 2009.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

---

Recebido para publicação em março de 2014

Versão final em julho de 2014

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve