

Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016

doi: 10.5123/S1679-49742019000100001

Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the state of Rondônia, Brazil: descriptive study for the period 2012-2016

Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria en el estado de Rondônia, Brasil: estudio descriptivo del período 2012-2016

Bruna Vanzella dos Santos¹ –  orcid.org/0000-0003-4279-9810

Diego da Silva Lima¹ –  orcid.org/0000-0002-2095-4237

Cor Jesus Fernandes Fontes¹ –  orcid.org/0000-0003-2756-0588

¹Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever a frequência e os motivos das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP) ocorridas em Rondônia, Brasil, entre 2012 e 2016, e analisar sua relação com a evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Métodos:** estudo descritivo, com dados secundários do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. **Resultados:** no período do estudo, foram autorizadas 133.958 ICSAP, correspondendo a uma taxa de 75 internações/1.000 hab.; registrou-se incremento anual paralelo da cobertura da ESF e tendência levemente decrescente das ICSAP autorizadas, embora não estatisticamente significante; em 2012, a frequência de ICSAP foi de 20,7% entre todas as hospitalizações ocorridas no estado, enquanto em 2016, esse indicador declinou para 16,7%. **Conclusão:** foi alta a frequência de ICSAP em Rondônia entre 2012 e 2016; embora tenha havido incremento na cobertura de ESF no mesmo período, esse aumento não foi acompanhado de mudança significativa na frequência de ICSAP registrada no estado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Epidemiologia Descritiva.

Endereço para correspondência:

Cor Jesus Fernandes Fontes – Rua Tulipas, nº 316, Condomínio Florais, Cuiabá, MT, Brasil. CEP: 78049-412
E-mail: corfontes@gmail.com



Introdução

O nível de atenção primária à saúde (APS) tem capacidade de resposta para 75 a 85% das necessidades em saúde de uma comunidade. É esperado que esse nível de atenção represente a entrada para todas as novas necessidades e problemas da população, forneça atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, contemple a maioria dos agravos à saúde – exceto os muito incomuns ou raros – e coordene ou integre a atenção fornecida em outros pontos da rede de atenção à saúde.¹

As condições sensíveis à atenção primária são agravos à saúde para os quais uma boa ação da APS pode reduzir o risco de internação.

Avaliar a qualidade da APS é fundamental para a gestão de sua organização e prática, na busca de um desempenho de excelência nesse nível de atenção. Para isto são utilizados os indicadores, medidas-síntese de informações relevantes não apenas sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, senão também sobre o desempenho do sistema de saúde.²⁻⁴

As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são agravos à saúde para os quais uma boa ação da APS pode reduzir o risco de internação.³ Atividades centradas no diagnóstico precoce e tratamento adequado das doenças agudas, no controle e acompanhamento das condições crônicas, terão impacto direto na diminuição da incidência de agravos comuns e, conseqüentemente, das CSAP.⁴

A partir dos anos 1980, as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) passaram a ser consideradas como um indicador que permite uma avaliação do primeiro nível de atenção à saúde. A involução do conjunto de internações por ICSAP é reflexo de uma boa resolutividade na APS.³

Em 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu a primeira lista brasileira de CSAP por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. Essa lista inclui 120 categorias da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com três dígitos e 15 subcategorias com quatro dígitos, agrupadas de acordo com a possibilidade de intervenções e a magnitude dos agravos,

resultando em 19 grupos diagnósticos. A partir de um consenso entre pesquisadores e gestores, foi elaborada a lista brasileira de CSAP e estabelecido o uso do indicador ICSAP para a avaliação e monitoramento do sistema de saúde, mediante um único instrumento.⁵ Não obstante suas limitações, geralmente atribuídas às diferenças regionais de capacidade instalada do serviço de saúde, o uso prudente do indicador ICSAP pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, ao identificar áreas prioritárias de intervenção e colocar em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais.^{6,7}

Enquanto reduções nas proporções ou taxas de ICSAP sugerem possíveis melhorias na APS, valores altos para esses indicadores nem sempre são indicativos de deficiências na atenção primária, e sim um sinal de alerta para uma investigação mais profunda nos locais onde eles ocorrem.⁸ As características dos pacientes, a variabilidade dos critérios adotados para indicar a internação hospitalar e as políticas de admissão dos centros de atenção terciária são algumas das variáveis com possibilidade de contribuir para aumentar ou diminuir o indicador ICSAP.⁹

Informações sobre as ICSAP podem subsidiar análises objetivas da situação de saúde de uma determinada localidade ou região, com vistas à tomada de decisão baseada em evidências e à proposição de ações em saúde mais coerentes com as necessidades da população. Considerando-se as políticas públicas de saúde nos níveis nacional e estadual, especialmente a necessidade de organização e avaliação da APS em áreas brasileiras emergentes, o levantamento da frequência e caracterização das ICSAP de Rondônia, aqui proposto, justifica-se. Espera-se que esse conhecimento possa contribuir com a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) de qualidade naquele estado. O objetivo deste estudo, portanto, foi descrever o perfil das ICSAP em Rondônia no período de 2012 a 2016, como uma proposta preliminar de fornecer informações sobre a qualidade da assistência à saúde na APS estadual.

Métodos

Foi realizado um estudo ecológico considerando-se como unidade de análise as internações hospitalares realizadas em todo o estado de Rondônia no período

de 2012 a 2016, contabilizadas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). Rondônia localiza-se na região Norte do Brasil, ocupa uma área geográfica de 237.576km² e compreende 52 municípios onde vivem 1.787.279 pessoas.¹⁰ Todas as hospitalizações ocorridas no estado entre 2012 e 2016 foram elegíveis para o estudo, sendo incluídas na análise aquelas cujo diagnóstico principal da internação correspondeu a um agravo constante na lista de CSAP.⁵ Em paralelo, foi feita análise da situação de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em todos os municípios do estado, utilizando-se dados disponibilizados pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, representativos de uma estimativa da proporção de cobertura populacional de equipes de ESF em território definido.⁶ Os agravos considerados para as ICSAP foram baseados na lista brasileira de CSAP definida na Portaria SAS/MS nº 221/2008.⁵ Os dados relativos à população do estado de Rondônia no ano de 2016 foram obtidos na página da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).¹⁰

Para a identificação das ICSAP, inicialmente, foi gerada uma planilha de dados do SIH/SUS a partir da seleção das causas de internações pelos respectivos CID-10. Foi utilizado o aplicativo Tabwin versão 3.5, desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (Datusus)/Ministério da Saúde, para a conversão dos formatos das bases de dados;¹¹ posteriormente, foi feita a tabulação e análise dos dados pelo aplicativo EpiData versão 2.2.3.

Além das causas das hospitalizações e da cobertura da ESF, foram analisadas outras informações relevantes e constantes das autorizações de internação hospitalar (AIH-SUS), para a caracterização demográfica dos pacientes: sexo, idade, raça/cor da pele e município de residência. Como características específicas das ICSAP, analisaram-se o ano quando ocorreu a hospitalização, a especialidade para a qual o paciente foi internado, o caráter da internação (se eletiva ou urgência), o tempo de permanência hospitalizado, a necessidade de tratamento intensivo e a evolução para óbito.

Inicialmente, foi descrita a frequência de ICSAP entre todas as hospitalizações ocorridas no período e a evolução da cobertura da ESF para o estado de Rondônia e todos os seus municípios. Também foi calculada a proporção de ICSAP entre todas as hospitalizações ocorridas no período, para o estado de Rondônia e seus municípios, assim como a taxa de ICSAP (por 1.000 hab.). O cálculo da taxa de internação foi feito pela

divisão do número de ICSAP pela população estimada pelo IBGE para 2016. Posteriormente, as características demográficas e clínicas dos pacientes internados foram sumarizadas. Realizou-se análise ecológica com o objetivo de avaliar a relação entre a frequência de ICSAP de 2012-2016 e a evolução da cobertura da ESF no mesmo período. Para tanto, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman, considerando-se erro alfa de 0,05.

O projeto deste estudo não foi submetido à análise de Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público, conforme define a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) nº 510, de 7 de abril de 2016. Entretanto, foram respeitadas as normas vigentes relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos no Brasil. Os dados foram analisados especificamente para esta pesquisa, de forma global, sem qualquer identificação individual das pessoas registradas no sistema de informações sobre internações hospitalares.

Resultados

Durante o período de janeiro de 2012 até dezembro de 2016, foram notificadas 133.958 internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde nos serviços públicos e conveniados do SUS do estado de Rondônia. ICSAP foram responsáveis por 24,8% de todas as hospitalizações registradas no SUS do estado, no período analisado. Das internações analisadas, 62.994 (47,0%) foram de indivíduos do sexo masculino e 70.964 (53,0%) do sexo feminino. Idosos (39,6%) e adultos entre 20 e 49 anos (26,4%) compuseram a maioria dessas hospitalizações. A média de idade desses pacientes foi de 38,4 (desvio-padrão [DP]=38,3) anos. Embora a informação sobre raça/cor da pele tenha sido omitida para uma grande parcela (58,4%) dos pacientes, a cor parda foi a mais frequentemente (31,6%) registrada para o restante das ICSAP (Tabela 1).

A cobertura da ESF foi de 66,9% para todo o estado de Rondônia, progredindo de 60,4% em 2012 para 71,3% em 2016 (Tabela 1). No entanto, dois municípios ainda carecem de implantação desse serviço; em outros oito municípios, a população já conta com 100% de cobertura da ESF; e para os demais, a cobertura da ESF foi bastante variável, de 35,8 a 100%. Os municípios de Porto Velho (11,4%), Ji-Paraná (8,3%), Rolim de Moura (6,6%), Cacoal (5,9%) e Vilhena (5,2%) foram os que mais registraram ICSAP

no período, totalizando uma proporção de 37,4% entre todas as hospitalizações (Tabela 2). A taxa de ICSAP por município variou de 21,8/1.000 a 228,9/1.000 hab. no período, sendo mais elevadas nos municípios de Cerejeiras (228,9/1.000 hab.), Santa Luzia d' Oeste

(198,0/1.000 hab.), Alta Floresta d'Oeste (197,0/1.000 hab.), Cabixi (190,1/1.000 hab.) e Novo Horizonte do Oeste (157,0/1.000 hab.). Para todo o estado de Rondônia, a taxa de internação por ICSAP foi de 75,0/1.000 hab. no período analisado (Tabela 2).

Tabela 1 – Frequência, cobertura da Estratégia Saúde da Família e características demográficas dos pacientes hospitalizados por condições sensíveis à atenção primária à saúde, Rondônia, 2012-2016

Características	N	%
Ano^a		
2012	27.695	20,7
2013	28.359	21,2
2014	29.860	22,3
2015	25.687	19,2
2016	22.357	16,7
Total do período	133.958	24,8
Cobertura da ESF^b		
2012	–	60,4
2013	–	63,1
2014	–	68,7
2015	–	70,9
2016	–	71,3
Total do estado	–	66,9
Sexo		
Masculino	62.994	47,0
Feminino	70.964	53,0
Idade (em anos)		
Média (DP ^c)		38,4 (38,3)
Mediana (Q1;Q3)		36,0 (10,0;64,0)
Faixa etária (em anos)		
0-4	19.788	14,8
5-9	12.469	9,3
10-19	13.343	10,0
20-49	35.354	26,4
50-100	53.004	39,6
Raça/cor da pele		
Branca	8.902	6,6
Preta	1.186	0,9
Parda	42.376	31,6
Amarela	983	0,7
Indígena	2.265	1,7
Sem informação	78.246	58,4

a) Proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP) em relação ao total de pacientes hospitalizados.

b) ESF: Estratégia Saúde da Família.

c) DP: desvio-padrão.

Tabela 2 – Distribuição, por município de residência, da cobertura da Estratégia Saúde da Família, do número e taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, Rondônia, 2012-2016

Município de residência	Cobertura da ESF ^a em 2016 (%)	ICSAP ^b		População em 2016	Taxa de ICSAP ^b (por 1.000 hab.)
		N	%		
Alta Floresta d'Oeste	68,6	5.025	3,8	25.506	197,0
Alto Alegre dos Parecís	91,7	2.082	1,6	13.993	148,8
Alto Paraíso	83,9	1.496	1,1	20.569	72,7
Alvorada d'Oeste	100,0	1.554	1,2	16.902	91,9
Ariquemes	55,3	5.422	4,0	105.896	51,2
Buritis	62,8	1.719	1,3	38.450	44,4
Cabixi	97,5	1.196	0,9	6.289	190,1
Cacaulândia	90,3	421	0,3	6.414	65,6
Cacoal	70,6	7.910	5,9	87.877	90,0
Campo Novo de Rondônia	89,5	1.634	1,2	14.354	113,8
Candeias do Jamari	84,1	758	0,6	24.719	30,6
Castanheiras	97,1	259	0,2	3.583	72,2
Cerejeiras	93,8	4.112	3,1	17.959	228,9
Chupinguaia	–	423	0,3	10.364	40,8
Colorado do Oeste	92,5	2.772	2,1	18.639	148,7
Corumbiara	98,5	365	0,3	8.659	42,1
Costa Marques	82,5	777	0,6	17.400	44,6
Cujubim	47,6	583	0,4	21.720	26,4
Espigão d'Oeste	73,8	3.371	2,5	32.712	103,0
Governador Jorge Teixeira	100,0	963	0,7	9.933	96,9
Guajará-Mirim	72,2	5.902	4,4	47.048	125,4
Itapuã do Oeste	66,9	225	0,2	10.310	21,8
Jaru	37,1	5.334	4,0	55.806	95,5
Jí-Paraná	76,0	11.117	8,3	131.560	84,5
Machadinho d'Oeste	72,8	2.194	1,6	37.899	57,9
Ministro Andreazza	94,6	1.396	1,0	10.786	129,4
Mirante da Serra	84,1	1.430	1,1	12.308	116,2
Monte Negro	89,2	1.805	1,3	16.032	112,6
Nova Brasilândia d'Oeste	79,6	3.191	2,4	21.670	147,2
Nova Mamoré	73,3	2.119	1,6	28.255	75,0
Nova União	88,5	555	0,4	7.796	71,2
Novo Horizonte do Oeste	67,9	1.595	1,2	10.161	157,0
Ouro Preto do Oeste	86,6	5.364	4,0	39.840	134,6
Parecís	86,0	581	0,4	5.802	100,1
Pimenta Bueno	63,9	4.562	3,4	37.786	120,7
Pimenteiras do Oeste	–	310	0,2	2.410	128,6
Porto Velho	54,0	15.258	11,4	511.219	29,8
Presidente Médici	92,6	2.301	1,7	22.337	103,0

Continua

Tabela 2 – Distribuição, por município de residência, da cobertura da Estratégia Saúde da Família, do número e taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, Rondônia, 2012-2016

Município de residência	Cobertura da ESF ^a em 2016 (%)	ICSAP ^b		População em 2016	Taxa de ICSAP ^b (por 1.000 hab.)
		N	%		
Primavera de Rondônia	98,5	289	0,2	3.456	83,6
Rio Crespo	88,1	129	0,1	3.829	33,7
Rolim de Moura	79,1	8.861	6,6	56.664	156,3
Santa Luzia d' Oeste	100,0	1.655	1,2	8.362	198,0
São Felipe d'Oeste	97,7	256	0,2	5.994	42,7
São Francisco do Guaporé	100,0	1.397	1,0	16.636	84,0
São Miguel do Guaporé	53,5	2.444	1,8	19.353	126,2
Seringueiras	100,0	1.025	0,8	11.619	88,2
Teixeirópolis	100,0	470	0,4	4.778	98,3
Theobroma	100,0	569	0,4	10.575	53,8
Urupá	81,6	633	0,5	12.687	49,9
Vale do Anari	35,8	431	0,3	9.633	44,74
Vale do Paraíso	100,0	798	0,6	7.961	100,2
Vilhena	84,6	6.920	5,2	93.745	73,8
Rondônia	66,9	133.958	100,0	1.787.279	75,0

a) ESF: Estratégia Saúde da Família.

b) ICSAP: internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde.

O município de Porto Velho, cuja cobertura da ESF foi baixa (54,0%), teve alta proporção (11,4%) de ICSAP no período. Entretanto, municípios com cobertura total de ESF (100%) apresentaram, em geral, baixa proporção (<1,5%) de ICSAP no período. Contudo, a taxa de ICSAP não acompanhou a cobertura da ESF no estado: por exemplo, municípios com 100% de cobertura da ESF, tais como Alvorada d'Oeste, Governador Jorge Teixeira, Santa Luzia d'Oeste, Teixeiraópolis e Vale do Paraíso mostraram taxas de ICSAP superiores a 90/1.000 hab. no período analisado (Tabela 2).

A taxa anual de internações apresentou redução progressiva no período analisado, sendo de 16,2, 16,4, 17,1, 14,5 e 12,5 por 1.000 hab. nos anos de 2012, 2013, 2014, 2015 e 2016, respectivamente (Tabela 3). Embora tenha-se observado queda progressiva na proporção de ICSAP nos cinco anos analisados (Tabela 1), essa redução não foi estatisticamente correlacionada à elevação da cobertura global da ESF no estado (coeficiente de correlação de Spearman = -0,60; p = 0,285) (Figura 1).

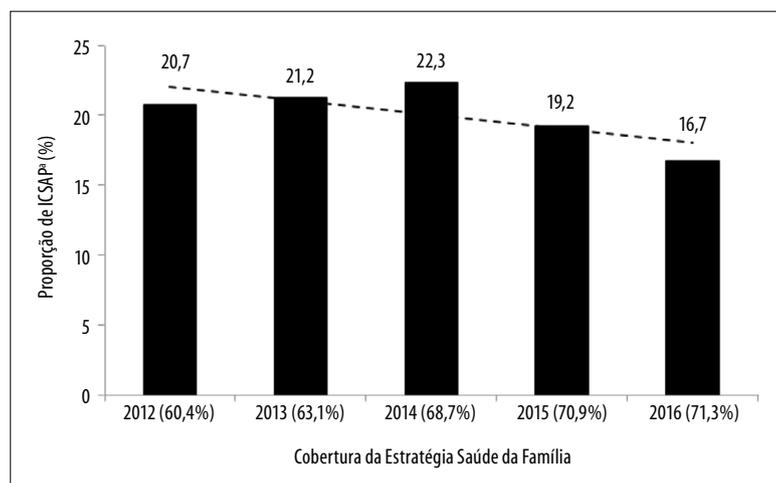
As principais causas de ICSAP do período analisado foram relacionadas às infecções do trato urinário, que representaram 188,6/1.000 ICSAP. Também se

destacou o grupo das gastroenterites infecciosas e suas complicações, que representaram 178,2/1.000 ICSAP. Das doenças crônicas passíveis de controle na APS, diabetes melito (76,6/1.000), hipertensão arterial (66,9/1.000), infecções da pele e subcutâneo (66,9/1.000) e insuficiência cardíaca (66,0/1.000) foram as condições mais frequentemente causadoras de ICSAP. Doenças pulmonares (74,1/1.000) e infecções de ouvido, nariz e garganta (50,1/1.000) também representaram os subseqüentes grupos de causas mais prevalentes no período. Outro destaque merecem as condições preveníveis por imunização ativa, que participaram com frequência considerável das ICSAP de Rondônia (Tabela 3).

De todas as ICSAP ocorridas entre 2012 e 2016, 121.365 (90,6%) foram classificadas como internação de urgência e 12.593 (9,4%) como internação eletiva. Predominaram hospitalizações para leitos de clínica médica (68,0%) e pediatria (26,3%). O tempo médio de permanência em hospitalização foi de 3,9 dias (DP: 5,9). Um total de 130.952 (97,8%) pacientes não necessitou de tratamento intensivo durante o período de internação e apenas 2,9% deles evoluíram para óbito (Tabela 4).

Tabela 3 – Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde segundo ano de internação e causas, Rondônia, 2012-2016

Ano/Causa	N	Taxa (por 1.000 hab.)
Ano de internação		
2012	27.695	16,2
2013	28.359	16,4
2014	29.860	17,1
2015	25.687	14,5
2016	22.357	12,5
Total do período	133.958	75,0
Doenças imunopreveníveis		
		Frequência (por 1.000 internações)
Coqueluche	129	1,0
Hepatite aguda B	162	1,2
Caxumba	72	0,5
Tétano	16	0,1
Difteria	6	0,04
Meningite	4	0,03
Sarampo	3	0,02
Outras causas		
Infecção do trato urinário	25.270	188,6
Gastroenterites infecciosas e suas complicações	23.871	178,2
Diabetes melito	10.256	76,6
Doenças pulmonares	9.922	74,1
Hipertensão arterial	8.966	66,9
Infecção da pele e subcutâneo	8.965	66,9
Insuficiência cardíaca	8.841	66,0
Infecções de ouvido, nariz e garganta	6.704	50,1
Doenças cerebrovasculares	5.769	43,1
Asma	4.920	36,7
Doenças relacionadas à gravidez e parto	4.311	32,2
Epilepsias	2.993	22,3
Pneumonias bacterianas	2.584	19,3
Doença inflamatória pélvica	2.504	18,7
Malária	1.873	13,9
Angina	1.845	13,8
Úlcera gastrointestinal	1.428	10,7
Deficiências nutricionais	1.154	8,6
Tuberculose pulmonar	635	4,7
Anemia	574	4,3
Febre reumática	122	0,9
Sífilis	22	0,2
Tuberculose extrapulmonar	20	0,2
Ascaridíase	17	0,1



a) ICSAP: internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde.
Nota: Coeficiente de correlação de Spearman = -0,60; p = 0,285.

Figura 1 – Tendência temporal da proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde e cobertura da Estratégia Saúde da Família, Rondônia, 2012-2016

Discussão

O presente estudo demonstrou alta taxa global de ICSAP no estado de Rondônia durante um período de cinco anos, entre 2012 e 2016. Em análise estratificada por municípios, observaram-se taxas elevadas de ICSAP em várias localidades, atingindo taxas superiores a 50 internações/1.000 hab. Apesar disso, destaca-se o achado de redução discreta, porém progressiva das ICSAP, acompanhando uma elevação gradual da cobertura da ESF no estado, durante o período analisado. O mesmo panorama foi observado em outros estados brasileiros no início da década de 2000, quando a proporção de ICSAP era geralmente superior a 20%, embora venha apresentando redução nos últimos anos.¹²⁻¹⁴

Um estudo realizado no Distrito Federal, com o propósito de analisar coeficientes de internações por causas sensíveis à atenção primária à saúde no ano de 2008, revelou que 20% do total das hospitalizações se referiam às CSAP.¹⁵ Segundo outro estudo, este realizado em São Paulo no ano de 2011, 15,9% das internações foram relacionadas às condições sensíveis.¹⁶ Frequências elevadas de ICSAP também foram relatadas por Caldeira et al.,¹² Ferreira et al.¹³ e Mendonça¹⁴, atingindo proporções entre 20 e 45%. A alta frequência de ICSAP observada neste e em estudos anteriores pode ser interpretada como uma deficiência na qualidade e resolutividade da APS, principalmente em regiões onde a ESF ainda não está completamente implementada.^{4,17} Além do que, comparada à observada

em outros países latino-americanos, a frequência de ICSAP encontrada em Rondônia é preocupante. Análise de 39 milhões de internações realizadas na Argentina, Colômbia, Costa Rica, Equador, México e Paraguai resultou em 14,3% de ICSAP, com taxa variando de 10,8% (Costa Rica) a 21,6% (Colômbia).¹⁸

A redução da proporção e da taxa de ICSAP observada no decorrer dos cinco anos selecionados acompanhou a tendência descrita para o país e alguns estados, onde a atenção básica já se encontra mais bem estruturada.¹⁹⁻²² A ESF, reconhecida enquanto estratégia efetiva para organizar e capacitar a APS, tem sido imputada como um dos principais condicionantes dessa redução.^{17,24} De fato, a elevação da cobertura locorregional da ESF parece estar associada à redução das ICSAP, mesmo que ainda existam os clássicos problemas ligados à atenção básica à saúde, tais como fatores econômicos, sociais e políticos, e alguns próprios dos serviços de saúde, capazes de influenciar o risco de internação.²⁵⁻²⁷

Municípios pequenos e com 100% de cobertura da ESF apresentaram altas proporções de ICSAP registradas no período estudado. É sabido que a cobertura da ESF se mostra inversamente proporcional ao porte populacional. Entretanto, estudos prévios revelaram maiores taxas de ICSAP à medida que se diminuía o tamanho populacional dos municípios.²⁵ Uma provável explicação para essa aparente discrepância seria a menor capacidade resolutiva dos serviços de

Tabela 4 – Características clínicas dos 133.958 pacientes hospitalizados por condições sensíveis à atenção primária à saúde, Rondônia, 2012-2016

Características	N	%
Dias de permanência		
Nenhum	1.846	1,4
1-3	94.157	70,3
4-7	25.339	18,9
8-15	8.493	6,3
>15	4.123	3,1
Média (DP ^a)	3,9 (5,9)	16,7
Caráter da internação		
Eletiva	12.593	9,4
Urgência	121.365	90,6
Especialidade do leito		
Cirurgia	3.322	2,5
Obstetrícia	4.044	3,3
Clínica médica	91.136	68,0
Crônico	6	0,01
Tisiologia	202	0,2
Pediatria	35.248	26,3
Necessidade de tratamento intensivo		
Sim	3.006	2,2
Não	130.952	97,8
Evolução para óbito		
Sim	3.939	2,9
Não	130.019	97,1

a) DP: desvio-padrão.

saúde de municípios menores. Sem infraestrutura especializada e capacidade instalada para atender às diversas situações de saúde dos usuários, acabam por promover a hospitalização para todos os agravos de saúde, independentemente de serem ou não condições sensíveis à atenção primária.^{17,25} Em geral, municípios de pequeno porte exercem um papel de caráter local, de atendimento às necessidades básicas da população, e dependem de municípios de médio ou grande porte para diversos serviços, destacando-se os de maior complexidade do setor Saúde.^{28,29} Da mesma forma, a alta proporção de ICSAP em caráter de urgência sugere que o acesso à hospitalização é promovido por serviços que não os da APS.³⁰

Observou-se uma proporção considerável de ICSAP no grupo representado por crianças menores de 9 anos (42,8%), fato possivelmente relacionado à maior

prevalência de gastroenterites e outras infecções agudas, de transmissão alimentar ou pela água, no contexto da região Norte. Apesar dos pequenos avanços nos serviços de água tratada, coleta e tratamento dos esgotos, Rondônia apresenta grande deficiência de saneamento básico.¹⁰ Resultado semelhante foi observado por Caldeira et al.¹² em Montes Claros, Minas Gerais, onde a proporção de ICSAP no grupo pediátrico foi de 41,4% e, segundo seus autores argumentaram, crianças, principalmente lactentes, são mais susceptíveis às doenças e geram maiores preocupações para suas famílias e para os profissionais de saúde, estes mais predispostos a recomendar a hospitalização. Outras explicações para a proporção encontrada nesse grupo etário seriam o acesso limitado aos serviços de saúde e as dificuldades de manejo de condições clínicas em criança mais jovens pelos profissionais da atenção primária.¹²

O perfil de causas que geraram as ICSAP de Rondônia foi bastante variado. Os agravos que apresentaram maior frequência não diferem do esperado, de acordo com uma revisão sistemática sobre o tema: os estudos incluídos destacaram que os diagnósticos principais das ICSAP no Brasil são de infecções do trato urinário, gastroenterites, pneumonias bacterianas e insuficiência cardíaca.⁷ É fundamental, igualmente, destacar que as ICSAP no estado incluíram várias doenças imunopreveníveis como causa da hospitalização: o tétano, por exemplo, motivo de internação de 16 pacientes. Esses achados, juntamente com agravos crônicos não transmissíveis (diabetes melito e hipertensão arterial), são condições passíveis de controle na atenção primária à saúde, e, portanto, também apontam para *deficit* na qualidade de atenção no nível mais básico de assistência à saúde.³¹

Embora todos os resultados observados na análise das ICSAP de Rondônia tenham sido consistentes com os de diversos estudos brasileiros, é necessário enfatizar algumas limitações do presente estudo. Por exemplo, as ICSAP analisadas foram apenas de hospitais públicos ou privados conveniados com o SUS, o que provavelmente subestimou a estimativa desse indicador, principalmente porque o estado de Rondônia tem uma considerável parcela de sua população vivendo afastada dos grandes centros, onde o acesso a serviços hospitalares ainda é predominantemente privado. Outro aspecto limitador deste trabalho refere-se à informação sobre o diagnóstico que motivou a hospitalização, coletada apenas da AIH-SUS, um documento passível de crítica, já que a causa da internação, muitas vezes, difere do diagnóstico definitivo, ou seja, da alta hospitalar.¹²

E também por estar baseada em dados secundários, a avaliação da relação entre a expansão da ESF e as ICSAP pode não ser acurada, uma vez que aborda a situação no município em seu conjunto, não informando se os indivíduos hospitalizados foram previamente atendidos em unidades de APS/ESF. Ademais, há a limitação decorrente de sub-registro no SIH/SUS, possíveis problemas de classificação, como nos CID-10 utilizados, e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, pois o sistema não permite identificar reinternações.

Os resultados deste estudo demonstraram alta frequência de ICSAP em Rondônia. Embora tenha havido incremento discreto na cobertura da ESF entre 2012 e 2016, esse aumento não foi acompanhado de mudança significativa na frequência de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde no estado. Espera-se que as informações produzidas, aqui resumidas, sirvam de alerta e preocupação para as autoridades de saúde do estado e, conseqüentemente, estímulo à implementação de medidas para incrementar a cobertura da Estratégia Saúde da Família em todos os municípios rondonienses.

Contribuição dos autores

Santos BV e Lima DS contribuíram na concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito. Fontes CJF contribuiu na obtenção, análise e interpretação dos dados e fez a revisão final do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; Ministério da Saúde; 2002 [citado 2018 nov 7]. 726 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
2. Shi L, Samuels ME, Pease M, Bailey WP, Corley EH. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *South Med J*. 1999 Oct;92(10):989-98.
3. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações [Internet]. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008 [citado 2018 nov 7]. 349 p. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>
4. Alfradique ME, Bonolo PE, Dourado I, Lima-Costa ME, Macinko J, Mendonça CS, 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*. 2009 jun; 25(6):1337-1349. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600016
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008. Define que a lista brasileira

- de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2008 abr 18; Seção 1:70.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2018 nov 7]. 110 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
 7. Santos FC. Internações por condições sensíveis à atenção primária: uma revisão da produção indexada na biblioteca virtual em saúde, 2005-2014 [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.
 8. Fontenelle LF. Estratégia saúde da família e internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP): revisão sistemática da literatura [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
 9. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egly EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma metrópole brasileira. Rev Esc Enferm USP. 2013 ago;47(4):884-90. doi: 10.1590/S0080-623420130000400016
 10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Site [Internet]. 2018 [citado 2018 nov 7]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>
 11. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Informações de saúde [Internet]. 2012 [citado 2017 nov 25]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet>
 12. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2011 jan-mar;11(1):61-71. doi: 10.1590/S1519-38292011.0001.00007
 13. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol Serv Saúde. 2014 jan-mar;23(1):45-56. doi: 10.5123/S1679-497420140001.00005
 14. Mendonça CS. Uso das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária para a avaliação da Estratégia Saúde da Família em Belo Horizonte/MG [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
 15. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. Rev Saúde Pública. 2012 out;46(5):761-8. doi: 10.1590/S0034-89102012000500001
 16. Torres RL, Rehem TCMSB, Egly EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à Atenção Primária em um distrito de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2011 dez;45(2):1661-6.
 17. Nedel FB, Facchini LA, Martin-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Pública. 2008 dez;42(6):1041-52. doi: 10.1590/S0034-89102008000600010
 18. Guanais F, Gómez-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean [Internet]. Inter-American Development Bank; 2012 [cited 2017 Nov 25]. Disponível em: <http://services.iadb.org/wmsfiles/products/Publications/37846490.pdf>
 19. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa ME, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). Med Care. 2011 Jun;49(6):577-84. doi: 10.1097/MLR.0b013e31820fc39f
 20. 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. doi: 10.1590/S0034-89102012005000011
 21. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PE, Lima-Costa ME, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. Health Aff (Millwood). 2010 Dec;29(12):2149-60. doi: 10.1377/hlthaff.2010.0251
 22. Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PE, Lima-Costa ME. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011 Oct;101(10):1963-70. doi: 10.2105/AJPH.2010.198887
 23. Mendonça SS, Albuquerque EC. Profile of hospital admissions for primary care sensitive conditions in

- Pernambuco State, Brazil, 2008-2012. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014 Jul-Sep;23(3):463-74. doi: 10.5123/S1679-49742014000300009
24. 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 Sep;14(3):246-51.
25. Nedel FB, Facchini LA, Martín 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*. 2010 jan-mar;19(1):61-75. doi: 10.5123/S1679-49742010.00001.00008
26. Lentsckl MH, Latorre MRDO, Mathias TAF. Tendência das internações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 abr-jun;18(2):372-384. doi: 10.1590/1980-5497201500020007
27. Venancio SI, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigeno EY, Souza JMP. Efetividade da estratégia saúde da família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2016 jul-set;16(3):271-81. doi: 10.1590/1806-93042016000300004
28. Henrique F, Calvo MCM. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 out;14(Suppl 1):1359-65. doi: 10.1590/S1413-81232009000800008
29. Akaishi AG. Desafios do planejamento urbanohabitacional em pequenos municípios brasileiros. *Rev Risco*. 2011;14(2):41-50. doi: 10.11606/issn.1984-4506.v0i14p41-50
30. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RE, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013 out;34(4):227-34.

Abstract

Objective: to describe the frequency and reasons for hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions (HACSC) in Rondônia, Brazil, between 2012 and 2016, and to analyze their relationship with the evolution of the coverage of the family health strategy (FHS) in the same period. **Methods:** this was a descriptive study of secondary data from the Brazilian National Health System's Hospital Information System. **Results:** during the period of the study 133,958 HACSC were authorized, corresponding to a rate of 75 hospitalizations/1,000 inhabitants; there was a parallel annual increase in FHS coverage and a slightly decreasing trend of authorized HACSC, although this was not statistically significant; in 2012, HACSC frequency was 20.7% in relation to all hospitalizations that occurred in the state, while in 2016 this indicator declined to 16.7%. **Conclusion:** HACSC frequency in Rondônia was high between 2012 and 2016; although there was an increase in FHS coverage in the same period, this increase was not accompanied by a significant change in the frequency of HACSC registered in the state.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Epidemiology, Descriptive.

Resumen

Objetivo: describir la frecuencia y los motivos de las hospitalizaciones por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria en salud (HESCAP) en Rondônia, Brasil, entre 2012 y 2016. **Métodos:** estudio descriptivo, con datos del Sistema de Informaciones Hospitalarias del Sistema Único de Salud. **Resultados:** en el período del estudio se autorizaron 133.958 HESCAP, correspondiendo a una tasa de 75 internaciones/1.000 hab.; se registró un incremento anual de la cobertura de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y tendencia decreciente de las HESCAP, aunque no estadísticamente significativa; en 2012, la frecuencia de HESCAP fue del 20,7% entre todas las hospitalizaciones ocurridas en el estado, mientras que en 2016 ese indicador declinó al 16,7%. **Conclusión:** fue alta la frecuencia de HESCAP en Rondônia entre 2012 y 2016; aunque hubo un incremento en la cobertura de ESF en el mismo período, ese aumento no fue acompañado por un cambio significativo en la frecuencia de HESCAP registrada en el estado.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Epidemiología Descriptiva.

Recebido em 01/01/2018
Aprovado em 11/09/2018