

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018

Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) between 2009 and 2018 in Brazil's Federal District as compared with other state capitals

Luiz Felipe Pinto (<https://orcid.org/0000-0002-9888-606X>)¹

Claunara Schilling Mendonça (<https://orcid.org/0000-0001-6264-5769>)²

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem (<https://orcid.org/0000-0002-4491-1661>)³

Bruno Stelet (<https://orcid.org/0000-0002-3274-0084>)⁴

Abstract *This study compared standardised rates of hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) in Brazil's Federal District from 2009 to 2018, as compared with those for selected state capitals, age groups and admissions groups. This ecological study used secondary data drawn from Hospital Information System microdata for the study period, during which, in the Federal District, the proportion of such admissions among 50-59 and 60-69 year olds declined, while those among children and adolescents held stable. Meanwhile, rates did not decrease in the ≤ 20 year age groups, a priority population in PHC, which may suggest that this population encountered barriers to access. The results showed that the expected reduction in the proportion of such admissions has not occurred, because coverage by Family Health Teams has been expanded only recently.*

Key words *Primary health care, Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions*

Resumo *Este estudo tem como objetivo comparar para a última década, as taxas padronizadas de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (ICSAP) no Distrito Federal (DF), cotejando-as com capitais selecionadas, faixa etária e grupos ICSAP. Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários oriundos dos microdados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), para o período de 2009 a 2018. Nesse intervalo, houve redução da participação relativa das ICSAP nas faixas etárias de 50 a 59 e 60 a 69 anos e estabilidade na proporção dessas internações entre crianças e adolescentes no DF. Por outro lado, a não redução nas faixas etárias ≤ 20 anos, uma população prioritária na APS, pode representar barreiras de acesso dessa população. Os resultados evidenciam a não observação dos efeitos esperados de redução na proporção das ICSAP, devido ao fato da expansão de cobertura de Equipes de Saúde da Família ter sido recente.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Internações por condições sensíveis à atenção primária*

¹ Departamento de Medicina de Família e Comunidade, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. R. Laura Araújo 36/2º, Cidade Nova. 20211-170 Rio de Janeiro RJ Brasil. felipepinto.rio@medicina.ufrj.br

² Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre RS Brasil.

³ Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Secretaria de Saúde do Governo do Distrito Federal. Brasília DF Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é interpretada de várias maneiras, o que pode ser justificado pela forma como se originou e tem evoluído sua prática nos sistemas de saúde; pela ambiguidade de algumas das suas definições formais estabelecidas nos foros internacionais; além do uso diferenciado que fazem do termo algumas escolas do pensamento sanitário¹.

Nesse sentido, existem fundamentalmente três interpretações principais, quais sejam: APS como atenção primária seletiva, entendida como um programa específico destinado a populações e regiões pobres a quem se oferece um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo; APS como o nível primário do sistema de atenção à saúde; e APS como estratégia de organização do sistema de saúde¹.

No Brasil a APS, considerada sinônimo de atenção básica a partir da PNAB (2011) e depois novamente na PNAB (2017)², foi concebida inicialmente como porta de entrada do sistema de saúde e hoje vem assumindo um lugar de destaque nas redes de atenção à saúde (RAS) enquanto centro de comunicação, tendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado. Para tal, estrutura-se por meio de sete atributos: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, centralidade na família, abordagem familiar e orientação comunitária³.

Existem evidências nacionais e internacionais de que uma APS forte é o modelo de atenção mais adequado para responder à transição epidemiológica e demográfica vivenciada no momento⁴⁻⁶. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada como estratégia prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, vem conseguindo importantes resultados em termos de indicadores de saúde, da eficiência e da equidade⁷⁻¹⁰.

O país conta atualmente com uma cobertura de ESF estimada de 64,61%, tendo a região Nordeste a maior cobertura com 80,11%¹¹. O Distrito Federal (DF), investiu na mudança do modelo assistencial, onde a APS será integralmente fundamentada na ESF nos termos da Política Nacional de Atenção Básica e da Resolução do Conselho de Saúde do Distrito Federal. Em 2017 foram publicadas duas portarias no DF, sendo que a primeira estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde¹² e a outra o processo de conversão da APS no DF ao modelo da ESF¹³. Segundo informações da SES/DF, a co-

bertura avançou de 24,7% em 2015 para 69,10% em 2018¹⁴.

Um dos indicadores utilizados mundialmente para avaliar indiretamente a APS, é o de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). O marco conceitual para a construção deste indicador seguiu o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, e foi adaptado para as condições brasileiras, o qual parte do princípio de que, para algumas condições de saúde, a APS oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência¹⁵.

O processo de construção desse indicador envolveu critérios elaborados a partir das listas já existentes em algumas Secretarias de Estado da Saúde, de revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e da reunião de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema, além de submissão à consulta pública. Em seguida foi publicada a Lista Brasileira de ICSAP, composta por 19 grupos de causas e diagnósticos de acordo com a CID 10, na forma de anexo da Portaria SAS nº 221, de 17 de abril de 2008¹⁶.

Diversos estudos vêm sendo realizados no Brasil adotando as ICSAP para avaliação de acesso e efetividade da APS. Nesse sentido, apesar de algumas limitações quanto ao uso desse indicador, o mesmo tem apontado para a importância da APS na redução dessas internações¹⁷⁻¹⁹.

A literatura não é concordante, quanto aos efeitos observados entre ampliação de cobertura de atenção básica e redução das ICSAP. Por exemplo, Campos e Theme-Filha²⁰ observaram correlação inversa entre a cobertura pela ESF e os coeficientes de ICSAP no município de Campo Grande. Também Mendonça et al.²¹, ao analisarem a tendência em Belo Horizonte, apontaram cobertura de 74,5% de ESF e redução significativa das ICSAP. Já Morimoto e Dias da Costa²² não encontraram essa correlação negativa, sugerindo, portanto, que outros fatores pudessem estar associados a estes resultados.

O momento atual vivenciado no DF, de conversão do modelo assistencial, com expressiva ampliação da cobertura da ESF, é oportuno para realização de estudos e pesquisas considerando que as políticas informadas por evidências podem produzir impactos sociais e econômicos, além de benefícios na equidade e na saúde.

Nesse sentido, este estudo tem como objetivo descrever a evolução temporal das internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, comparando o Distrito Federal com outras capitais selecionadas.

Material e Métodos

Trata-se de um estudo ecológico com dados secundários oriundos do número de internações registradas no Sistema Único de Saúde por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS). Os dados foram coletados de forma censitária no referido Sistema, a partir das AIH de curta duração (tipo 1) e foram agrupados por município de residência. São registros de domínio público no site do DATASUS/ Secretaria Executiva/ Ministério da Saúde, e estão disponíveis mês a mês sob a forma de arquivos reduzidos (microdados em arquivos RD). Consideramos o período de 2009 a 2018, agregando-se os 3.240 arquivos (12 por ano x 10 anos x 27 UF). Realizamos a leitura no software SAS System, por intermédio de programação estatística e uso de macros, a criação da variável “número de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP)”, tal como definido por Alfradique et al.¹⁵.

Foram calculadas taxas de internação por ICSAP, padronizadas pelo método direto (faixa etária). Utilizou-se como população-padrão os dados do Censo Demográfico do IBGE para o ano de 2010. Essas taxas foram comparadas àquelas “Não ICSAP” em recortes geográficos selecionados e também pelos 20 grupos que compõem as ICSAP. Para isso, optou-se por selecionar as capitais mais populosas das Regiões Sudeste e Sul do Brasil e também os grupos com a soma de todas as 27 capitais e o total geral dos municípios geral, chamados de “Brasil – capitais” e “Brasil-total”.

Chama-nos a atenção o fato de que somente a partir de 2012, o Ministério da Saúde passou a divulgar os microdados de Brasília de forma separada das demais cidades-satélites, inviabilizando portanto, a comparação histórica aqui proposta, que pudesse considerar apenas a cidade de Brasília.

Resultados e discussão

O caso do Distrito Federal: perfil etário e grupos de internações por condições sensíveis à atenção primária

A estratificação das proporções de ICSAP por faixa etária destaca seu grande peso entre as crianças até 9 anos, que no Distrito Federal representavam cerca de 20% das internações totais nessa faixa etária. No período de 2009 a 2018 houve redução da participação relativa nas faixas

etárias de 50 a 59 e 60 a 69 anos e estabilidade na proporção dessas internações entre crianças e adolescentes, sugerindo que, na última década, os esforços de ampliação dos cuidados em atenção primária tiveram maiores efeitos na redução de internações em adultos jovens, concentrados no grupo etário de 40-59 anos. Por outro lado, a não redução nas faixas etárias menores de 20 anos, uma população prioritária na APS, pode representar barreiras de acesso à APS dessa população no Distrito Federal (Tabela 1), o que pode estar associado ao horário de funcionamento das unidades básicas dessa localidade.

Os estudos sobre ICSAP no Brasil, assim como em outros países que utilizam o indicador, apresentam grande variabilidade, tanto nas metodologias, como nas variáveis de controle, especialmente as sociodemográficas, e quanto aos grupos de doenças presentes na lista. Se, por um lado, há estabilidade na proporção das taxas de ICSAP, em relação ao total de internações nas capitais dos estados, entre 10 e 15%, quando se analisa os grupos que compõem as ICSAP, desigualdades regionais têm sido vistas e podem apontar o estágio de organização dos sistemas de saúde e a centralidade, ou não, da APS no sistema^{23,24}.

Quando se analisam os grupos pelos quais se subdividem as internações por CSAB (Tabela 2), os estudos de base municipal, principalmente nas regiões sudeste e sul, entre os menores de 20 anos, apontam que a redução tem ocorrido nas internações relacionadas às condições evitáveis e imunizáveis, às deficiências nutricionais e anemias, às relacionadas ao período perinatal e às infectoparasitárias, como as gastroenterites. A não redução – estabilidade ou aumento nas análises temporais – tem sido apontada nas internações por broncopneumonia e asma. Há estudos em menores de 5 anos, porém, em municípios do Piauí²⁵, de Pernambuco²⁶ e com crianças Yanomamis em Boa Vista (RR)²⁷, com as gastroenterites como causas mais prevalentes de internação, juntamente com a pneumonia.

No Distrito Federal, para a população adulta e idosa, as reduções são observadas nos grupos das doenças cardiovasculares como hipertensão, insuficiência cardíaca e angina, e alguns estudos apontam para o aumento nos grupos da diabetes mellitus e AVC. Em relação às doenças infecciosas, as maiores prevalências são de internações por broncopneumonia, gastroenterite e infecção do rim e trato urinário, tendo sido encontradas nesse estudo, como pode ser visto na Tabela 2, representando participações duas vezes maiores em relação ao total das internações, nessas três condições.

Tabela 1. Distribuição (%) das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no SUS por faixa etária, Distrito Federal – 2009 a 2018 (*).

Anos	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	80 e +	Total
2009	21,7%	9,8%	5,4%	6,8%	14,2%	21,5%	21,7%	12,8%	15,7%	12,7%
2010	22,2%	10,4%	5,0%	6,8%	14,4%	22,3%	22,8%	12,1%	13,4%	12,9%
2011	23,3%	10,5%	5,6%	7,8%	14,0%	22,6%	22,6%	11,1%	13,6%	13,3%
2012	26,2%	10,9%	5,5%	7,6%	14,7%	22,6%	23,0%	12,1%	14,3%	14,1%
2013	26,9%	10,3%	5,5%	6,9%	13,6%	22,5%	21,8%	13,1%	16,7%	13,9%
2014	23,9%	9,7%	5,3%	6,3%	12,9%	20,9%	20,7%	12,1%	15,5%	12,8%
2015	28,2%	10,9%	4,9%	5,9%	13,1%	20,9%	19,8%	11,9%	14,5%	13,4%
2016	24,3%	10,0%	4,8%	6,0%	12,7%	19,3%	17,5%	11,4%	14,0%	12,6%
2017	22,9%	11,4%	5,2%	6,2%	12,0%	18,1%	16,6%	10,9%	15,0%	12,7%
2018	22,6%	11,1%	5,5%	5,7%	11,1%	17,0%	16,3%	10,6%	15,6%	12,6%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, disponibilizados em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>

(*) Considera o total geral de internações no SUS em cada faixa etária como o denominador do cálculo de cada proporção, em que o numerador é o total de ICSAB no SUS em cada faixa etária.

Tabela 2. Distribuição (%) do número total de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no SUS por grupos - Distrito Federal – 2009 a 2018.

Grupos ICSAP	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	0,3%	0,3%	0,3%	0,5%	0,4%	0,7%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%
2	0,6%	0,7%	0,7%	0,8%	0,9%	0,7%	1,1%	1,3%	1,0%	1,0%
3	0,6%	0,3%	0,6%	0,9%	0,7%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%	0,5%
4	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
5	0,9%	1,2%	0,9%	1,1%	0,9%	0,8%	0,8%	1,0%	0,7%	0,8%
6	3,3%	2,9%	3,2%	2,7%	3,0%	2,9%	2,6%	4,0%	4,0%	4,0%
7	15,3%	14,7%	11,3%	12,1%	11,7%	11,2%	13,5%	13,5%	14,9%	15,5%
8	6,6%	5,5%	6,6%	8,1%	9,1%	7,2%	8,5%	7,7%	7,9%	8,6%
9	5,0%	6,3%	7,9%	8,7%	7,4%	6,9%	9,9%	8,8%	12,3%	11,9%
10	7,2%	6,6%	6,0%	5,4%	6,2%	5,5%	3,6%	3,5%	2,8%	2,8%
11	4,8%	5,6%	5,4%	5,9%	5,7%	6,1%	5,7%	4,5%	3,2%	3,3%
12	8,1%	7,1%	6,7%	6,7%	8,3%	9,0%	9,3%	7,8%	7,7%	6,4%
13	5,8%	7,4%	7,9%	8,1%	6,0%	7,0%	6,3%	7,0%	6,6%	6,0%
14	9,6%	10,0%	9,6%	9,1%	8,8%	9,4%	7,9%	8,4%	7,6%	7,7%
15	4,6%	3,9%	4,3%	4,7%	5,1%	4,6%	5,1%	6,7%	5,3%	6,7%
16	11,2%	10,9%	11,5%	10,9%	11,7%	12,2%	12,7%	12,9%	11,8%	11,1%
17	7,0%	7,0%	7,5%	6,4%	5,8%	6,1%	5,2%	5,1%	4,8%	4,8%
18	1,9%	1,9%	1,7%	1,7%	1,8%	1,9%	1,3%	1,5%	1,7%	1,9%
19	2,5%	2,5%	2,5%	2,1%	2,1%	1,9%	1,9%	2,4%	2,5%	2,8%
20	4,5%	5,2%	5,2%	4,3%	4,5%	5,2%	3,5%	3,2%	4,3%	4,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, disponibilizados em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>

Legenda dos grupos: 1. Doenças imunizáveis, 2. Condições evitáveis, 3. Gastroenterites infecciosas, 4. Anemia, 5. Deficiências nutricionais, 6. Infecções de ouvido, nariz e garganta, 7. Pneumonias bacterianas, 8. Asma, 9. Doenças das vias aéreas inferiores, 10. Hipertensão, 11. Angina pectoris, 12. Insuficiência cardíaca, 13. Doenças cérebro-vasculares, 14. Diabetes mellitus, 15. Epilepsias, 16. Infecção no rim e trato urinário, 17. Infecção da pele e tecido subcutâneo, 18. Doença inflamatória de órgãos, pélvicos femininos, 19. Úlcera gastrointestinal, 20. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Comparando o Distrito Federal com outras capitais do País

Uma análise consolidada no período de 2009 a 2018 de algumas capitais selecionadas e do Distrito Federal revela que historicamente Florianópolis e Curitiba (cidades com altas coberturas de atenção básica) apresentam taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária com valores próximos de 10%, o que somente foi alcançado pela cidade do Rio de Janeiro em 2013, fruto do processo de expansão da APS implementado nessa localidade conforme descrevem Soranz et al.²³. O Distrito Federal apresenta um dos piores comportamentos na série histórica analisada, inicialmente com valores próximos de 13% e uma tendência de estabilidade nesse patamar, comportamento semelhante quando se observam as estatísticas do conjunto das capitais das 27 unidades da federação do País (Tabela 3).

Para a comparação realizada entre as taxas padronizadas, o tratamento estatístico considerado para redução de viés na análise dos dados foi o cotejamento entre as ICSAP x Não ICSAP, afinal, a redução das taxas de ICSAP poderia ter ocorrido devido à redução geral de internações no país.

Nesse caso, quando se analisam as variações das taxas padronizadas ICSAP x Não ICSAP no período de 2009 a 2018 (Tabela 4), há diferenças observadas em uma década: (a) no país como um todo, a redução das taxas padronizadas ICSAP foram muito superiores (-26,6%) àquelas

não-ICSAP (-12,4%); (b) o município do Rio de Janeiro destaca-se como aquele com maior redução nas taxas padronizadas ICSAP (-13,4%), quando comparadas às não-ICSAP (-2,0); (c) o Distrito Federal teve tendência semelhante de redução nas duas estatísticas (-15,2% x -13,7%). Já quando se calculam essas variações para o ciclo municipal de 2013-2016, as capitais do Sudeste e o Distrito Federal destacam-se com as maiores reduções do total das taxas padronizadas de internações CSAP (Gráfico 1).

Limitações de estudo

Este estudo possui uma limitação quanto à sua validade interna, pois há influência tanto no diagnóstico da internação quanto à codificação das doenças pela CID-10 no momento do preenchimento da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), quer seja pelo conhecimento clínico do médico ou por outros fatores organizacionais na unidade hospitalar, conforme também apontaram Rehem et al.²⁸. Contudo, essa é a única grande base de dados formada pelo microdados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) com série histórica consolidada no SUS brasileiro. Também, a cobertura de planos de saúde nas capitais apresenta oscilações quando comparada às demais localidades do país, havendo uma parte de internações nas capitais, que ocorrem no setor privado, que não estão sendo consideradas na análise ora realizada.

Tabela 3. Distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no SUS em relação ao total de internações Brasil e áreas selecionadas - 2009-2018.

Distribuição (%) das ICSAP em relação ao total de internações									
Ano	BR TT	BR CAP	DF	Munic SP	Munic RJ	BH	POA	CUR	FL
2009	13,9%	10,9%	12,7%	11,1%	10,8%	14,7%	14,2%	6,4%	10,4%
2010	13,7%	10,8%	12,9%	11,0%	11,8%	14,2%	15,1%	6,3%	9,8%
2011	13,6%	10,9%	13,3%	11,4%	11,0%	12,7%	15,9%	6,7%	9,3%
2012	13,3%	11,0%	14,1%	11,2%	10,4%	13,2%	16,0%	7,3%	8,2%
2013	13,1%	10,8%	13,9%	11,1%	9,6%	12,6%	15,2%	7,6%	8,8%
2014	12,8%	10,7%	12,8%	10,9%	8,7%	11,9%	15,0%	7,8%	9,8%
2015	12,6%	10,8%	13,4%	10,9%	9,2%	12,1%	15,7%	7,9%	9,9%
2016	12,2%	10,7%	12,6%	10,8%	8,8%	12,3%	15,6%	7,9%	10,4%
2017	12,1%	10,7%	12,7%	10,6%	8,6%	12,7%	14,9%	8,0%	10,3%
2018	12,2%	10,8%	12,6%	10,7%	9,5%	12,9%	14,5%	8,5%	11,1%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos microdados do Sistema de Informação Hospitalar, disponibilizados em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0901&item=1&acao=25>

Legenda: BR TT – Brasil – todos os municípios, BR CAP – Brasil soma das 27 capitais, DF – Distrito Federal, Munic SP – município de São Paulo, Munic RJ – município do Rio de Janeiro, BH – Belo Horizonte, POA – Porto Alegre, CUR – Curitiba, FL – Florianópolis.

Tabela 4. Distribuição das taxas padronizadas ICSAP e Não ICSAP Brasil e áreas selecionadas - 2009-2018

Distribuição das taxas ICSAP padronizadas por 10.000 habitantes									
Ano	BR TT	BR CAP	DF	Munic SP	Munic RJ	BH	POA	CUR	FL
2009	84,3	58,7	81,1	57,4	36,0	76,7	96,2	39,1	51,6
2010	84,2	60,4	83,8	59,6	39,8	81,7	105,0	39,9	46,0
2011	82,0	60,5	84,2	61,2	38,1	70,6	104,7	41,7	45,7
2012	78,2	59,4	86,0	58,3	35,0	72,9	112,4	43,6	38,4
2013	73,8	57,5	78,3	56,1	33,3	69,5	104,8	42,1	39,4
2014	71,5	54,8	66,4	54,7	29,5	67,7	104,9	42,1	48,0
2015	69,9	56,2	67,9	53,9	34,7	66,7	112,4	43,9	49,9
2016	66,0	55,2	68,2	55,2	29,6	68,5	108,8	44,9	53,6
2017	62,8	54,6	66,5	54,0	29,3	68,9	102,7	47,9	50,7
2018	61,9	54,2	68,8	51,0	31,2	71,6	90,3	51,0	57,5
Distribuição das taxas Não ICSAP padronizadas por 10.000 habitantes									
Ano	BR TT	BR CAP	DF	Munic SP	Munic RJ	BH	POA	CUR	FL
2009	521,3	477,2	533,0	461,3	300,3	436,3	564,4	574,9	434,4
2010	530,4	486,9	538,9	479,3	292,2	456,8	559,1	602,2	408,7
2011	523,1	483,8	526,0	473,5	304,7	451,5	521,4	588,6	428,6
2012	511,2	471,1	500,3	462,7	296,8	441,4	553,0	560,8	408,4
2013	497,9	461,8	460,7	447,0	309,6	448,1	548,4	518,5	387,8
2014	497,1	449,1	429,1	442,9	304,0	468,1	553,4	504,9	422,0
2015	492,5	453,8	417,7	436,0	339,8	455,4	559,5	515,4	431,8
2016	483,4	451,8	455,1	451,3	302,1	465,1	543,8	524,6	442,1
2017	464,2	445,3	440,9	444,5	307,5	446,5	539,4	553,4	416,6
2018	456,7	433,1	460,0	414,9	294,4	462,6	486,0	545,0	432,4

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde.

Nota: A taxa padronizada pelo método direto considerou como população padrão, a população-residente do Brasil por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).

Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAP), Não ICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção básica.

Outro aspecto muito acessado nos estudos das ICSAP²⁴ refere-se à análise proporcional de seus grupos, uma vez que as doenças competem por um número de leitos finito (inferior à demanda), e, com isso, a redução proporcional de um grupo pode, na verdade, refletir o aumento proporcional de condições competidoras.

Por fim, o fato do SIH-SUS não associar univocamente quais pessoas são ou não cobertas pela Estratégia de Saúde da Família ou atenção básica tradicional constitui outra limitação deste estudo, bem como outros fatores, como a prevalência das doenças, a carga de doenças, a morbimortalidade, a prática clínica dos médicos e das equipes multiprofissionais, que potencialmente explicam o desfecho das internações hospitalares, não fizeram parte da análise, e poderiam afetar esses resultados.

Conclusão

Os resultados apresentados por este estudo evidenciam que o Distrito Federal ainda não demonstra os efeitos esperados de redução na proporção de internações das ICSAP, conforme a expansão da atenção primária observada desde 2016. Espera-se que, nos próximos anos, outros estudos possam atualizar a série histórica aqui analisada e medir seus efeitos a médio e longo prazos.

Observamos, contudo, no DF, uma importante trajetória de redução da proporção das ICSAP para a faixa etária de 40-69 anos (Tabela 1), o que sugere que as ações desenvolvidas na última década para a saúde do adulto estejam contribuindo para a melhoria das mesmas. Apesar de não ser possível isolar os efeitos da atenção primária, é bastante plausível que a redução de in-

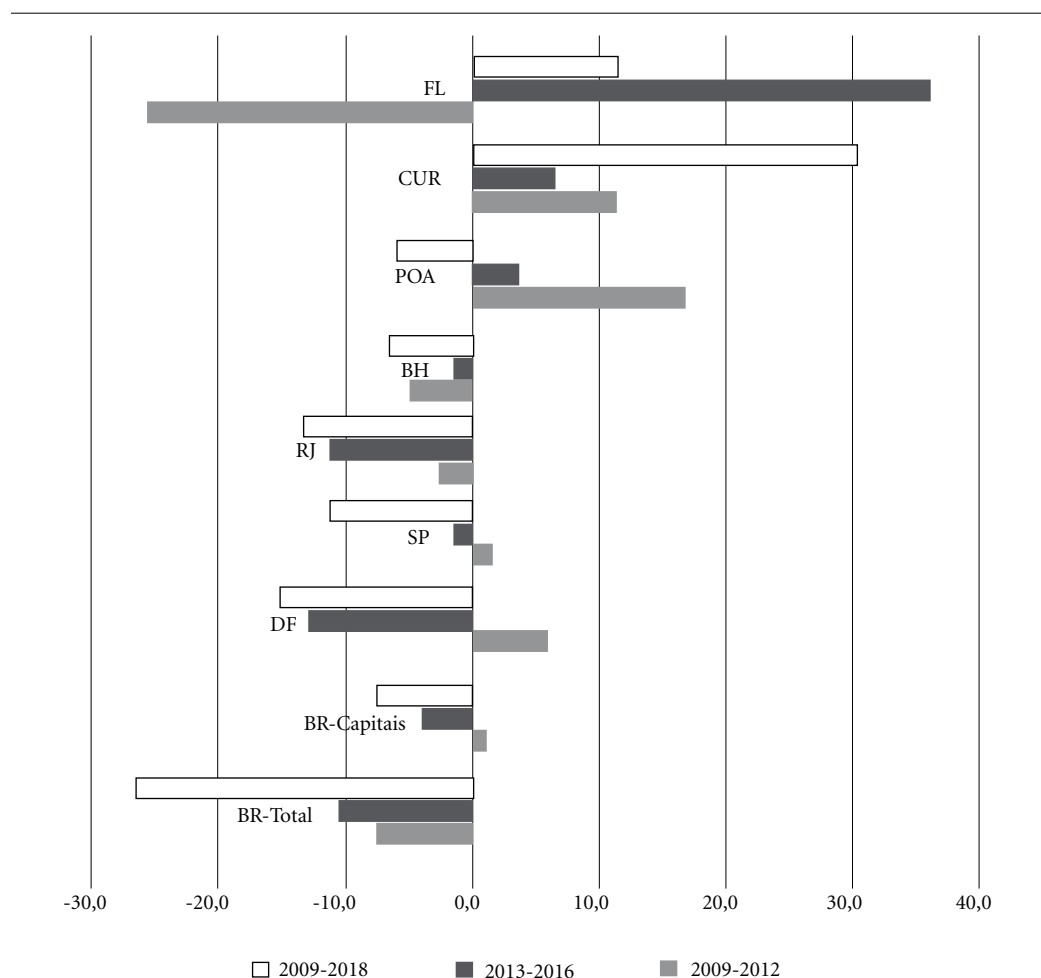


Gráfico 1. Variação das taxas padronizadas ICSAP Brasil e áreas selecionadas - 2009-2012; 2013-2016, 2009-2018

Fonte: Elaboração própria, a partir da leitura e crítica dos microdados das AIHs mensais reduzidas, disponíveis no site do DATASUS/ Ministério da Saúde.

Nota: A taxa padronizada pelo método direto considerou como população padrão, a população-residente do Brasil por faixa etária de acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010).

Legenda: ICSAP = internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAP), Não ICSAP = internações por condições não sensíveis à atenção básica.

ternações por condições sensíveis para esse grupo etário específico esteja vinculada ao avanço da cobertura da APS no Distrito Federal, em especial na melhoria do acompanhamento das condições crônicas como hipertensão e diabetes, na melhoria do diagnóstico, na facilidade do acesso aos medicamentos e na coordenação do cuidado pelas Equipes de Saúde da Família.

As ações e os procedimentos que devem ser incorporados na carteira de serviços da atenção primária à saúde no DF para impactar nas condições crônicas são múltiplas e multiprofissionais. A estratificação por risco e vulnerabilidade, ofer-

tas de atendimentos coletivos e consultas longitudinais, o apoio ao autocuidado, a gestão dos casos clínicos complexos, o apoio por tele-saúde e a atenção domiciliar planejada, principalmente após alta hospitalar, evitam reinternações e reduzem custos^{29,30}.

Os fatores pelos quais os serviços de atenção primária interferem na redução das condições de saúde também são diferentes para cada tipo de condição, se, por um lado, a redução das internações por condições crônicas dependem do acesso aos médicos da APS e do tipo de prática médica, medida por tecnologias de gestão da clínica como

adesão a protocolos, continuidade do cuidado e colaboração entre diferentes profissionais na APS, em relação às condições agudas e infecciosas, o esforço das equipes é garantir que intervenções de efetividade e eficiência já comprovada estão sendo conduzidas adequadamente e atingindo a população mais vulnerável – como por exemplo, o aumento da ingestão hídrica em idosos, evitando internações por desidratação e infecção renal

e o aumento da cobertura da vacina pneumocócica em idosos frágeis, evitando complicações por pneumonias bacterianas. O monitoramento dessas internações, por grupos populacionais, grupos de doenças e regiões de um município, podem servir para apontar prioridades de investimentos nos serviços de saúde, visando manter as taxas em proporções aceitáveis associadas à expansão de uma atenção primária resolutive.

Colaboradores

LF Pinto contribuiu para a concepção, delineamento, redação, análise e revisão dos dados. CS Mendonça realizou a revisão crítica do artigo. TCMSB Rehem contribuiu na Introdução e B Stelet, na análise dos dados.

Referências

- Mendes EV. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: Conass; 2015.
- Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, 30 de dezembro 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83(3):457-502.
- Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32(4):686-694.
- Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. Contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries. *Soc Sci Med* 2010; 70(6):904-911.
- Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int J Equity Health* 2016; 15(1):151.
- Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. *Am J Public Health* 2015; 105(No. S4):S593-S599.
- Cabral NL, Franco S, Longo A, Moro C, Buss TA, Collares D, Werlich R, Dadan DD, Fissmer CS, Aragão A, Ferst P, Palharini FG, Eluf-Neto J, Fonseca LA, Whiteley WN, Gonçalves AR. The Brazilian Family Health Program and secondary stroke and myocardial infarction prevention: a 6-year cohort study. *Am J Public Health* 2012; 102(12):e90-95.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* 2018; 42(n. esp. 1):18-37.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Sala de Situação de Saúde*. Brasília: MS; 2018. [acessado 2018 Maio 26]. Disponível em: <http://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Portaria Nº 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77. *Diário Oficial do Distrito Federal* 2017; 15 fev.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado da Saúde. Brasília; 2018. [acessado 2018 Maio 26]. Disponível em: <http://saude.def.gov.br>.
- Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa-Lima MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni C, Turci MA. 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 Saude Publica* 2009; 25(6):1337-1349.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União* 2008; 21 set.
- Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12):2149-2160.
- Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health strategy on selected primary care sensitive conditions: A systematic review. *PLoSOne* 2017; 12(8):e0182336.
- Tuesta AA, Santos LMP, Iturri JA. Processos e desafios da interação entre pesquisa e política na perspectiva dos pesquisadores. *Cien Saude Colet* 2018; 23(1):7-15.
- Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saude Publica* 2012; 28(5):845-855.
- Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2012; 27(4):348-355.
- Morimoto T, Dias da Costa JS. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Cien Saude Colet* 2017; 22(3):891-900.
- Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1327-1338.
- Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Cien Saude Colet* 2018; 23(6):1903-1914.
- Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(3):515-526.
- Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(4):744-754.
- Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1597-1606.
- Rehem TCMSB, Oliveira MRE, Ciosak SI, Egry EY.

- Record of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(5):1159-1164.
29. Batista JAL, Furtado MV, Katz N, Agostinho MR, Neto BS, Harzheim E, Polanczyk CA. Telemedicine-supported transition of stable coronary artery disease patients from tertiary to primary health care facilities: protocol for a randomized non-inferiority trial. *BMC Health Services Research* 2016; 16:227.
30. Soranz D. *Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016): uma avaliação de estrutura, processo e resultado* [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

Artigo apresentado em 30/01/2019

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 27/03/2019