

Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia*

OVERVIEW OF HOSPITALIZATIONS BY AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS IN THE MUNICIPALITY OF COTIA, BRAZIL

PANORAMA DE LAS HOSPITALIZACIONES POR CONDICIONES SENSIBLES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA CIUDAD DE COTIA

Renata Laszlo Torres¹, Suely Itsuko Ciosak²

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), no Município de Cotia, entre 2008 e 2012. **Método:** Estudo ecológico, exploratório, longitudinal, de abordagem quantitativa. Dados sobre as ICSAP, segundo a faixa etária e sexo, foram obtidos no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. **Resultados:** No período, houve 46.676 internações, excluindo os partos, sendo 7.753 (16,61%) por ICSAP. As principais causas foram: doenças cerebrovasculares, 16,96%; insuficiência cardíaca, 15,50%; hipertensão, 10,80%; e infecção do rim e trato urinário, 10,51%. Quanto ao sexo, as ICSAP ocorreram predominantemente nos homens. Houve maior número de ICSAP nos extremos das faixas etárias, especialmente nos idosos. **Conclusão:** As doenças crônicas predominaram entre as principais causas de ICSAP e não houve diferença importante entre os sexos.

DESCRIPTORIOS

Hospitalização
Atenção Primária à Saúde
Qualidade da Assistência em Saúde
Avaliação em saúde
Enfermagem em saúde pública

ABSTRACT

Objective: Describe the profile of Hospitalizations by Ambulatory Care Sensitive Conditions (HACSC) in the Municipality of Cotia, Brazil, from 2008 to 2012. **Method:** Ecological, exploratory, longitudinal study with a quantitative approach. Data on HACSC, according to age and gender, were obtained from the IT Department of the Brazilian Public Healthcare System (SUS, as per its acronym in Portuguese). Descriptive statistics were used for data analysis. **Results:** During the period studied, there were 46,676 admissions, excluding deliveries, with 7,753 (16.61%) being HACSC. The main causes were cerebrovascular disease, 16.96%; heart failure, 15.50%; hypertension, 10.80%; and infection of the kidney and urinary tract, 10.51%. Regarding gender, HACSC occurred predominantly in men. A greater number of HACSC occurred in extreme age groups, especially in the elderly. **Conclusion:** Chronic diseases predominated among the leading causes of HACSC and there was no significant difference between the genders.

DESCRIPTORS

Hospitalization
Primary Health Care
Quality of Health Care
Health evaluation
Public health nursing

RESUMEN

Objetivo: Describir el perfil de las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles de la Atención Primaria (HCSAP), en el municipio de Cotia, entre 2008 y 2012. **Método:** Estudio ecológico, exploratorio, longitudinal con un enfoque cuantitativo. Los datos sobre HCSAP, por grupo de edad y sexo, se obtuvieron del Departamento del Sistema Único de Salud. Para el análisis de los datos se utilizaron estadísticas descriptivas. **Resultados:** Durante el período, hubo 46.676 admisiones, excluyendo partos, 7.753 (16,61%) por HCSAP. Las principales causas fueron las enfermedades cerebrovasculares, 16,96%, insuficiencia cardíaca, 15,50%, hipertensión arterial 10,80% y infección del riñón y las vías urinarias, el 10,51%. Quanto al género, HCSAP ocurrió mayormente en los hombres. Hubo un mayor número de HCSAP en grupos de edades extremas, especialmente en los ancianos. **Conclusión:** Las enfermedades crónicas predominaron entre las principales causas de HCSAP y no hubo diferencia significativa entre los sexos.

DESCRIPTORIOS

Hospitalización
Atención Primaria de Salud
Calidad de la Atención de Salud
Evaluación en Salud
Enfermería en salud pública

* Extraído do trabalho "Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia", 1ª Mostra de Trabalhos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013. ¹ Mestranda, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil ² Professora Associada, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição Federal de 1988, foram evidenciados princípios e diretrizes, com destaque para a universalidade, a integralidade e a equidade, o uso da epidemiologia para o estabelecimento das prioridades e a alocação de recursos, e a descentralização dos serviços para os municípios⁽¹⁾. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), cujos valores vão ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS⁽²⁾, é essencial para o bom desempenho do sistema de saúde.

Em 1994, o Programa Saúde da Família, ampliado para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006, foi desenvolvido com o intuito de reordenar o modelo de atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS⁽³⁾.

Dessa forma, ao longo das décadas de 1990 e 2000, ocorreu, além do processo de descentralização e revisão do papel dos gestores de cada esfera do governo, o fortalecimento da APS no Brasil.

Para avançar no processo de descentralização, ampliando as atividades da gestão de saúde municipal, foram publicadas portarias que incluem o monitoramento e a avaliação por parte das instâncias federal, estadual e municipal, enfatizando a última como a responsável pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde da população de seu território, devendo se apropriar dos resultados a partir de critérios epidemiológicos, identificando as prioridades no processo de decisão da alocação dos recursos⁽⁴⁻⁶⁾.

Porém, apesar dos inúmeros avanços nas políticas de saúde no Brasil, permanecem desafios, dentre eles o da gestão, que deve fazer uso de informações para a tomada de decisão com vistas à programação e à melhoria da APS. Considerando que um sistema de saúde focado no primeiro nível de atenção alcança melhores resultados na saúde das populações⁽²⁾, em muitas situações onde esse nível não é resolutivo, ocorrem internações por problemas de saúde que possivelmente poderiam ser resolvidos antes da necessidade de hospitalização⁽⁴⁾.

Essas ocorrências constituem importantes indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados ofertados por meio da APS. Com esse objetivo, no final da década de 1980, nos Estados Unidos, foi desenvolvido o indicador *Ambulatory Care Sensitive Conditions*⁽⁷⁾, traduzido livremente para o português como condições sensíveis à AP (CSAP); na segunda metade da década de 1990, o *National Health Service* propôs seu uso para análise da qualidade da APS e, a partir de então, vem sendo utilizado com esse fim em países que possuem o sistema de saúde com base nos cuidados primários⁽⁸⁾. Apesar da sua utilidade, possui limitações, como a influência da organização do sistema de saúde nas atividades da APS e as condições sociodemográficas, que estão fora do controle da APS⁽⁹⁻¹⁰⁾.

No Brasil, a lista final de ICSAP foi publicada em abril de 2008, após diversas etapas de adaptação para a realidade local, sendo composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos)⁽¹¹⁾.

Utilizando a lista brasileira de internações por CSAP (ICSAP), buscou-se conhecer o panorama dessas internações no município de Cotia, pois o sistema de saúde nesse local já foi considerado modelo alternativo ao sistema centrado na assistência médica, individual e curativa⁽¹²⁾. Desde a implantação da ESF, vêm ocorrendo oscilações importantes na quantidade de equipes e cobertura populacional dessa estratégia⁽¹³⁾, sendo a quase totalidade dos estabelecimentos públicos de saúde sob gestão municipal. Com isso, este estudo pode sinalizar à gestão as fragilidades no atendimento às necessidades de saúde da população^(10,14-15).

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, exploratório, de abordagem quantitativa, realizado com dados secundários do período entre 2008 e 2012.

Os marcos teóricos conceituais escolhidos para iluminar o objeto do estudo foram: a APS, como ordenadora dentro do sistema de saúde, o centro de comunicação das RAS e a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, baseada no materialismo histórico e dialético, que se propõe a articular os processos sociais, políticos e a organização da sociedade ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam o processo de adoecer e morrer⁽¹⁶⁾.

Esta pesquisa foi realizada no município de Cotia, localizado a oeste da Região Metropolitana de São Paulo, na Região de Saúde dos Mananciais.

O município está 100% urbanizado, apresenta área de 324,010 km², com densidade demográfica de 622,55 hab./km² e população residente de 201.150 habitantes, em 2010⁽¹⁷⁾.

Com relação à infraestrutura urbana, em 2010, no município de Cotia, a coleta de lixo contemplava 99,3% dos domicílios, o abastecimento de água através de rede geral chegava a 90,98% dos domicílios e o atendimento de esgoto sanitário estava presente em 52,9% dos domicílios⁽¹⁷⁾.

Quanto ao setor saúde, 49 estabelecimentos públicos estavam sob gestão municipal: a Secretaria de Saúde; três Centros de Atenção Psicossocial; 25 centros de saúde/Unidade Básica de Saúde; uma Central de Regulação de Serviços de Saúde; seis clínicas especializadas/ambulatórios especializados; duas farmácias; duas policlínicas; quatro pronto socorros gerais; duas unidades de vigilância em saúde; duas unidades móveis de nível pré-hospitalar de urgência/emergência e uma unidade móvel terrestre⁽¹³⁾.

A implantação da ESF no município tem sofrido oscilações: em agosto de 2003, havia três equipes e cobertura

populacional estimada de 6,56% dos habitantes, aumentando, no período de outubro de 2003 a abril de 2004, para cinco equipes e cobertura populacional de 10,94% dos habitantes; não apresentou equipe registrada de fevereiro a abril de 2008, chegando ao máximo de 11 equipes implantadas de junho de 2011 a janeiro de 2012, com cobertura populacional de 18,87%⁽¹³⁾.

O Município conta com o Hospital Regional de Cotia (HRC), com 131 leitos SUS, considerado de médio porte, que está sob a gestão estadual e realiza atendimento ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade⁽¹³⁾.

Há ainda o Hospital da Graça, instituição privada, sob a gestão da Secretaria Estadual de Saúde, com 80 leitos SUS para crônicos; oferece atendimento de média complexidade para as modalidades de longa permanência, tais como neurologia, a pneumologia e a traumatologia, sendo referência para a Grande São Paulo.

Foram coletados dados sobre as ICSAP com base na lista brasileira de ICSAP, através do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), referentes às internações dos residentes no município, segundo faixa etária e sexo, no período entre 2008 e 2012.

As informações referentes às ICSAP foram obtidas a partir de um arquivo gerado para definição e tabulação (DEF) a partir da seleção no SIH/SUS dos respectivos códigos. Foi utilizado o aplicativo Tabwin - Versão 3.5 - desenvolvido pelo DATASUS. Os resultados foram expostos por meio de tabelas e gráficos e para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva.

Não houve necessidade de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, por serem dados secundários disponíveis *online*.

RESULTADOS

No município de Cotia, no período de 2008 a 2012, ocorreram 46.676 internações, excluindo os partos, sendo 7.753 (16,61%) por ICSAP (Tabela 1).

Na análise anual das ICSAP, em relação às internações gerais, desconsiderando os partos, evidencia-se flutuação da proporção dessas hospitalizações ao longo do período e redução da quantidade, em termos absolutos, somente em 2010. A maior proporção e incremento de ICSAP ocorreram em 2009 (Tabela 1).

Nota-se incremento, em termos absolutos, das internações gerais, desconsiderando os partos, em todos os anos do estudo, acompanhado pelo aumento das ICSAP, exceto em 2010 (Tabela 1).

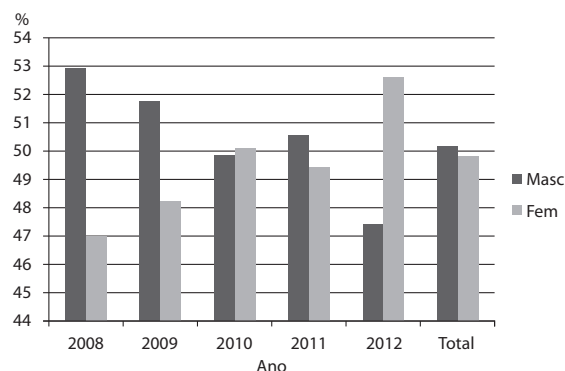
Com relação ao sexo, em 2008, 2009 e 2011 houve predominância de ICSAP no sexo masculino; em 2010, essas internações foram praticamente equivalentes entre os sexos, sendo discretamente superior as mulheres. Chama a atenção

que, em 2012, houve inversão da proporção das mulheres que responderam por essas internações (Figura 1).

Tabela 1 – Internações gerais, desconsiderando os partos; número, distribuição e variação percentual das internações por condições sensíveis à atenção primária, 2008 a 2012 – Cotia, SP, 2012.

Ano	Internações sem partos	ICSAP		Varição (ano anterior)
	N	N	%	%
2008	4.458	706	15,84	–
2009	9.333	1.721	18,44	143,77
2010	10.374	1.642	15,83	- 4,59
2011	10.964	1.840	16,78	12,06
2012	11.547	1.844	15,97	0,22
Total	46.676	7.753	16,61	–

Fonte: SIH-SUS



Fonte: SIH-SUS

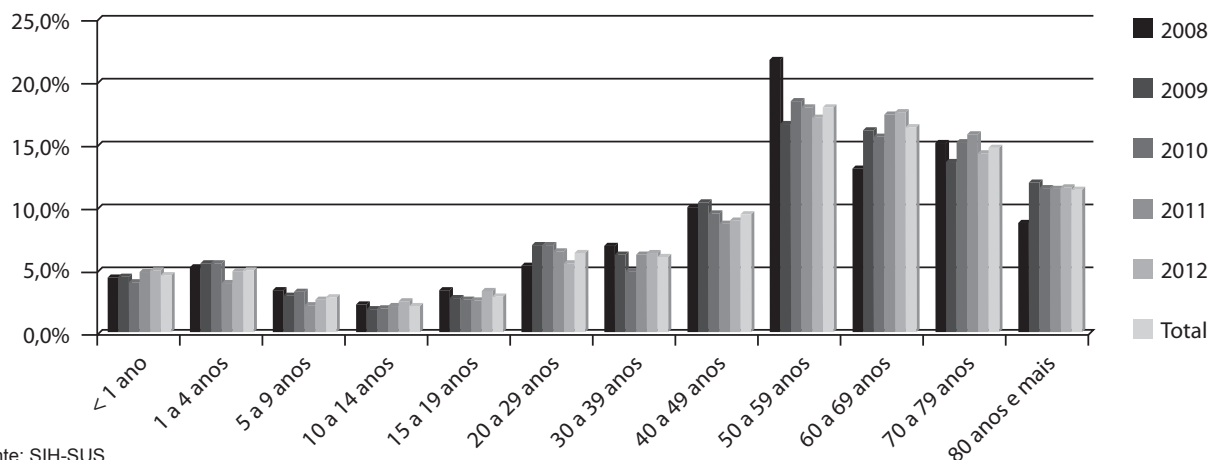
Figura 1 – Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo sexo, 2008 a 2012 – Cotia, SP, 2012.

Quanto à faixa etária, as que mais internaram no período foram: 50 a 59 anos, seguida pelas faixas de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos e mais e 40 a 49 anos (Figura 2).

Nota-se que a faixa dos 50 aos 59 anos apresentou a maior proporção de ICSAP em praticamente todo o período, exceto em 2012, quando a faixa de 60 a 69 anos, que ocupou o terceiro lugar em 2008 e o segundo de 2009 a 2011, passou para a primeira posição nas internações; a faixa de 70 a 79 anos ocupou o segundo lugar nas internações em 2008 e o terceiro lugar de 2009 a 2012; a faixa dos 40 aos 49 anos ocupou o quarto lugar em 2008 e o quinto lugar de 2009 a 2012, quando a faixa de 80 anos e mais passou à quarta posição (Figura 2).

Quanto às internações por grupos de CSAP, no período de 2008 a 2012, as causas com representatividade acima de 10% foram: doenças cerebrovasculares (16,96%); insuficiência cardíaca (15,50%); hipertensão (10,80%) e infecção do rim e trato urinário (10,51%) (Tabela 2).

Não houve alteração importante nas internações por diabetes *mellitus* e nas gastroenterites infecciosas e complicações; as doenças relacionadas ao pré-natal e parto apresentaram baixa proporção nas ICSAP, assim como as internações por doenças preveníveis por imunização, que corresponderam a um dos menores índices, com tendência à diminuição (Tabela 2).



Fonte: SIH-SUS

Figura 2 – Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo a faixa etária, 2008 a 2012 – Cotia, SP, 2012.

Tabela 2 – Proporção das internações por condições sensíveis à atenção primária dos residentes no município de Cotia, 2008 a 2012 – Cotia, SP, 2012.

ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Doenças preveníveis p/ imuniz. e cond. sensíveis	0,57	0,29	0,97	1,03	0,43	0,67
Gastroenterites infecciosas e complicações	4,96	3,95	4,14	4,35	3,90	4,17
Anemia	0,28	0,35	0,24	0,22	0,22	0,26
Deficiências nutricionais	0,71	0,70	0,24	0,92	0,49	0,61
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,13	2,61	1,83	1,25	1,84	1,81
Pneumonias bacterianas	1,13	0,87	1,40	1,25	3,42	1,70
Asma	3,54	3,72	3,59	2,17	2,60	3,04
Doenças pulmonares	5,10	4,82	6,94	6,96	9,27	6,86
Hipertensão	10,62	14,12	10,23	9,35	9,71	10,80
Angina	6,23	4,53	3,35	6,14	4,61	4,84
Insuficiência cardíaca	11,61	16,50	16,50	17,28	13,39	15,50
Doenças cerebrovasculares	25,21	17,08	16,32	15,87	15,35	16,96
Diabetes mellitus	6,23	5,52	6,52	6,85	6,29	6,29
Epilepsias	4,25	4,71	6,21	3,70	3,15	4,37
Infecção do rim e trato urinário	8,92	8,13	9,50	10,82	13,94	10,51
Infecção da pele e tecido subcutâneo	3,12	5,11	5,30	5,49	4,23	4,85
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	1,98	1,86	1,16	1,79	2,01	1,74
Úlceras gastrointestinais	1,70	1,39	1,71	1,68	2,33	1,78
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	2,69	3,72	3,84	2,88	2,82	3,24
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: SIH-SUS

Na análise da evolução da proporção das ICSAP por ano, em 2008 e 2009, a primeira causa de internação ocorreu por doenças cerebrovasculares, seguida pela insuficiência cardíaca e pela hipertensão; em 2010, as doenças cerebrovasculares ocuparam a segunda posição,

tendo a insuficiência cardíaca passando para a primeira posição e a hipertensão mantendo-se no terceiro lugar. Em 2011, a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares mantiveram-se nas mesmas posições; porém a infecção do rim e trato urinário passou a ocupar terceiro lugar e a hipertensão ocupou o quarto lugar. Em 2012, as doenças cerebrovasculares retornaram à primeira posição nas causas de internações, a infecção no rim e trato urinário passou para a segunda causa de internação, a insuficiência cardíaca passou para a terceira e a hipertensão manteve-se na quarta posição (Tabela 2).

Analisando os principais grupos de ICSAP, segundo sexo e faixa etária, de 2008 a 2012, as doenças cerebrovasculares representaram 22,04% das internações no sexo masculino e 11,85% no feminino, predominando na faixa etária acima de 60 anos (57,11%); a insuficiência cardíaca correspondeu a 15,33% das internações nos homens e 15,68% nas mulheres, predominando nos idosos acima de 60 anos (66,39%); a hipertensão esteve relacionada a 10,85% das internações no sexo masculino e 10,74% no feminino, predominando na faixa acima de 60 anos (57,59%); e a infecção do rim e trato urinário correspondeu a 6,30% das internações nos homens e 14,75% nas mulheres, concentrando-se na faixa de 20 a 59 anos (41,47%), seguida pela faixa de 60 anos e mais (35,71%).

Em 2008, as doenças cerebrovasculares corresponderam a 30,48% das internações no sexo masculino e a 19,28% no feminino, predominando na faixa acima de 60 anos (51,12%); a insuficiência cardíaca esteve relacionada a 11,23% nos homens e a 12,05% nas mulheres, representando 58,54% das internações nos idosos; a hipertensão representou 10,70% das internações no sexo masculino e 10,54% no feminino, predominando nos idosos (57,33%); e a infecção do rim e trato urinário correspondeu a 6,15% nos homens e 12,05% nas mulheres, representando 55,56% das internações na faixa de 20 a 59 anos.

Em 2009, as doenças cerebrovasculares apresentaram queda na proporção de internações no sexo masculino,

23,34%, e no feminino, 10,36%, aumentando a proporção nos idosos (56,12%); a insuficiência cardíaca aumentou a representatividade nas ICSAP em ambos os sexos, passando para 15,71% no sexo masculino e 17,35% no feminino, apresentando incremento nos idosos (65,14%); a hipertensão apresentou incremento para 14,25% nos homens e 13,98% nas mulheres, com aumento nas internações nos idosos (58,02%); e a infecção do rim e trato urinário apresentou redução nos homens, para 4,94%, e nas mulheres, para 11,57%, com redução na faixa de 20 a 59 anos (41,43%), devido ao incremento importante nos idosos, de 12,70%, em 2008, para 33,57%, em 2009.

Em 2010, as doenças cerebrovasculares apresentaram discretas variações, tendo aumentado para 23,57% no sexo masculino, reduzido no sexo feminino para 9,11%, e nos idosos para 54,48%; a insuficiência cardíaca apresentou discreto aumento no sexo masculino, para 16,61%, e ligeira redução no sexo feminino, para 16,40%, com discreta redução nos idosos (64,94%); a hipertensão apresentou queda importante na proporção de internações em ambos os sexos, passando para 9,65% nos homens e 10,81% nas mulheres, com discreta redução nos idosos (57,74%); e a infecção do rim e trato urinário apresentou queda no sexo masculino, de 4,64%, e aumento no sexo feminino, de 14,34%, que apresentou maior proporção de internação nos idosos (41,67%), com redução importante na faixa de 20 a 59 anos (35,26%).

Em 2011, as internações por doenças cerebrovasculares apresentaram redução no sexo masculino, para 20,00%, e aumento no sexo feminino, para 11,65%, com aumento na proporção de internações nos idosos (56,85%); a insuficiência cardíaca apresentou incremento nas internações em ambos os sexos, passando para 17,53% no sexo masculino e 17,03% no feminino, com aumento importante nas internações dos idosos (71,70%); a hipertensão apresentou ligeira redução no sexo masculino, 9,57%, e no sexo feminino, 9,12%, com discreto aumento na faixa acima de 60 anos (58,72%); e a infecção do rim e trato urinário apresentou aumento nos homens, para 7,53%, e discreta redução nas mulheres, para 14,18%, retomando o predomínio das internações na faixa de 20 a 59 anos (43,22%).

Por fim, em 2012, as internações por doenças cerebrovasculares apresentaram discreta redução nos homens, para 17,85%, e aumento nas mulheres, para 13,09%, com aumento importante nos idosos (64,66%); a insuficiência cardíaca apresentou redução importante em ambos os sexos, passando para 13,16% nos homens e 13,61% nas mulheres, apresentando importante redução nas ICSAP dos idosos (65,18%); a hipertensão aumentou em ambos os sexos, passando para 9,95% no sexo masculino e 9,48% no feminino, reduzindo as internações nos idosos (55,87%); e a infecção do rim e trato urinário apresentou incremento em ambos os sexos, 8,01% nos homens e 19,28% nas mulheres, com predomínio na faixa de 20 a 59 anos (40,47%), seguida pela faixa de 60 anos e mais (39,69%).

DISCUSSÃO

A proporção de ICSAP no total das internações, excluindo os partos, no período de 2008 a 2012, encontrou-se nos limites evidenciados em estudos sobre essas internações^(15,18).

Os partos devem ser excluídos do total das internações por serem um desfecho natural da gestação, não uma patologia, e sofrerem influência da taxa de fecundidade, além de corresponderem a internações que ocorrem apenas em parte da população feminina⁽¹⁴⁾.

Evidencia-se maior incremento e proporção de ICSAP no ano de 2009, pois, até outubro de 2008, o HCR permaneceu fechado, devido à negociação e acordo de contrato de gestão estadual, reabrindo em novembro de 2008, quando a Secretaria Estadual de Saúde efetivamente assumiu a gestão do hospital.

Houve aumento, em termos absolutos, das ICSAP em praticamente todos os anos de estudo, exceto em 2010, acompanhado de aumento das internações gerais, corroborando estudo sobre o panorama das ICSAP no estado de São Paulo no período de 2000 a 2007, que mostrou que nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) onde houve crescimento das internações gerais ocorreu também aumento das ICSAP, permitindo supor que o aumento das internações em geral contribuiu para o aumento das ICSAP⁽⁹⁾.

O mesmo estudo revelou que houve aumento de 40,75% das ICSAP no DRS da Grande São Paulo, no período de 2000 a 2007⁽⁹⁾. Considerando que o município de Cotia pertence ao DRS da Grande São Paulo, esses resultados reforçam os do presente estudo.

Contrariando os resultados obtidos neste estudo, que evidenciam flutuação na proporção de ICSAP ao longo do período analisado e incremento do número dessas internações, diversas pesquisas mostram tendências de redução das ICSAP ao longo do tempo^(15,19-20). O município deste estudo, porém, vem sofrendo flutuações na quantidade de equipes e cobertura populacional da ESF desde a sua implantação, o que pode ter interferido nos resultados das ICSAP, visto que pesquisas apontam para uma diminuição dessas internações com o aumento da cobertura da ESF^(9,15,21). Vale destacar que a implantação dessa estratégia dá-se de modo diferenciado nas localidades, apresentando estrutura, arranjos organizacionais e processos de trabalho diversos, impossibilitando sua generalização e, com isso, pode não impactar nas ICSAP de forma positiva⁽²²⁾.

Nesse período, as ICSAP predominaram no sexo masculino, exceto em 2010, quando as proporções praticamente se igualaram, e em 2012, quando houve inversão dessas internações nas mulheres. Em 2010, houve crescimento populacional de 11,26% nas mulheres, enquanto nos homens o crescimento foi de 9,71%; o coeficiente de masculinidade

caiu de 97,22 para 95,87 homens para cada 100 mulheres. Esses fatos podem ter justificado as proporções praticamente iguais das ICSAP entre os sexos em 2010. Em 2011 e 2012, ambos os sexos apresentaram 1,99% de incremento, mantendo o coeficiente de 95,87⁽¹⁷⁾, não justificando a inversão das internações ocorrida em 2012.

Diversos estudos contrariam os resultados encontrados, evidenciando maior proporção de ICSAP em mulheres^(19-20,23).

É necessário abordar as questões de gênero envolvidas nas proporções de ICSAP, pois poderão contribuir para o conhecimento dos reais motivos para a maior proporção dessas internações em determinado sexo⁽²⁴⁾. Para isso, devem ser aprofundadas análises posteriores.

Evidencia-se que as faixas etárias que mais internaram no período foram acima de 40 anos, com maior proporção acima dos 50 anos, o que demonstra que, com o envelhecimento, aumenta o número de ICSAP.

Diversos estudos corroboraram com esses achados, reafirmando que as crianças menores de quatro anos⁽²³⁾ e os idosos^(10,21,23) são os mais afetados pelas ICSAP.

Acompanhando o perfil de maior proporção de ICSAP nos idosos, as causas com representatividade acima de 10% no período foram: doenças cerebrovasculares; insuficiência cardíaca; hipertensão e infecção do rim e trato urinário. Com exceção da infecção do rim e trato urinário, as demais causas são doenças crônicas não transmissíveis, que acometem mais a população idosa.

Contrariando os resultados obtidos, estudo realizado no município de Curitiba com o objetivo de descrever o perfil das ICSAP, de 2005 a 2007, evidenciou maior número de internações por angina *pectoris*, que ocupou a sétima causa de internação no presente estudo⁽²⁵⁾.

Em alguns estudos, figuram entre as principais causas de internação a angina, as gastroenterites infecciosas e complicações e as pneumonias bacterianas^(18,23), ao contrário dos resultados obtidos neste estudo. Já as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, infecção no rim e trato urinário e doenças pulmonares figuraram entre as principais causas de internação em diversos estudos^(18,23,25), à semelhanças dos resultados da presente pesquisa.

A diferença nas internações por gastroenterites infecciosas pode ter ocorrido devido à comparação entre diferentes regiões brasileiras, que apresentam acesso a serviços e profissionais de saúde e condições de vida díspares⁽²⁶⁾.

O baixo número de internações por gastroenterites infecciosas e complicações no município de estudo pode estar relacionado ao abastecimento de água através de rede geral, que chegava a 90,98% dos domicílios em 2010⁽¹⁷⁾.

No período de 2008 a 2012, as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis corresponderam somente por 0,67% das ICSAP, ocupando o 17º lugar, à frente apenas da anemia e das deficiências nutricionais (Tabela 1).

Com base no marco conceitual para a construção da lista brasileira de ICSAP, as hospitalizações, especialmente por doenças imunopreveníveis, devem ser evitadas, ou melhor, devem ser essencialmente eliminadas mediante uma APS oportuna e de qualidade⁽¹⁴⁾.

No estudo com o objetivo de identificar as principais ICSAP no Hospital Geral de Pedreira e as Unidades Básicas de Saúde que demandaram maior número de internações, com dados de 2008, não houve registro de internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, assemelhando-se ao encontrado neste estudo⁽²⁷⁾. Segundo as autoras, este resultado sugere que a prevenção por imunobiológicos, um procedimento realizado historicamente pela APS, está sendo efetiva.

Com relação às internações por diabetes, estas ocuparam a sexta posição no presente estudo. A atuação da ESF sobre os agravos contemplados na lista de ICSAP pode ter diferentes tempos de carência para impactar em alterações estatísticas⁽⁸⁾. Desse modo, os efeitos sobre a hipertensão e o diabetes, por exemplo, podem depender de um tempo de carência maior, visto que o processo de transformação de hábitos exige mais tempo, uma vez que o sucesso da equipe depende da adesão dos usuários na incorporação de um novo estilo de vida.

As doenças relacionadas ao pré-natal e parto são diagnósticos que historicamente fazem parte da abordagem e do cuidado da APS⁽⁹⁾. No presente estudo, esses diagnósticos ocuparam a 11ª posição nas internações, sugerindo que as ações da APS estão sendo efetivas para essa condição.

Com relação às principais causas de ICSAP, as internações por doenças cerebrovasculares, hipertensão e insuficiência cardíaca e doenças crônicas não transmissíveis predominaram nos idosos e as internações por infecção no rim e trato urinário predominaram na faixa de 20 a 59 anos, exceto em 2010, quando os idosos foram mais internados por esse agravo.

Os resultados apontaram para elevada quantidade de ICSAP por DCNT nos idosos, no ano de 2008, o que condiz com estudos nacionais⁽²²⁻²⁸⁾.

Outros estudos apontam para a insuficiência cardíaca e as doenças cerebrovasculares como as principais causas de ICSAP em idosos, sendo consistentes com os resultados deste estudo^(22,28).

Estudos dessa natureza são relevantes pois podem indicar aos gestores problemas de acesso ao sistema de saúde, seu desempenho ou pouco uso dos serviços da APS, sinalizando campos melhoráveis, constituindo-se em um indicador para monitoramento e avaliação, possibilitando diagnóstico de nós críticos, além de direcionamento e aprimoramento de programas de atenção à saúde, buscando alcançar os princípios do SUS^(8-10, 14-15,20).

CONCLUSÃO

O presente estudo apresentou o panorama das ICSAP no município de Cotia, evidenciando que a proporção dessas internações correspondeu a outros estudos, apesar de terem apresentado aumento ao longo do período, acompanhando o perfil das internações gerais. As ICSAP também foram explicitadas segundo o sexo, predominando na maior parte do período nos homens, e a faixa etária, com maior incidência acima de 40 anos.

Apesar da utilidade do indicador para sinalizar agravos que poderiam ser acompanhados pela APS, evitando a hospitalização, há limitações em seu uso para avaliação da APS, visto que há determinantes das ICSAP externos às competências da APS que devem ser considerados. Dentre eles, destaca-se a própria organização

do sistema de saúde e as condições sociodemográficas, que necessitam de conhecimentos mais amplos da realidade de Cotia.

Salienta-se que há determinantes sociais do processo saúde-doença que evidenciam que a saúde não é único setor responsável pelo enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos, devendo ser implementadas ações intersetoriais para a melhoria do acesso ao sistema de saúde em populações e áreas prioritárias.

Além disso, a análise das ICSAP depende de dados administrativos (como as autorizações de internação hospitalar), que não foram criados para a pesquisa. Ainda, o SIH/SUS registra apenas as internações que ocorreram no SUS, podendo haver contagem de um mesmo paciente, por não identificar reinternações e transferências para outros hospitais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
2. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária – Seminário do CONASS para construção de consensos [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2013 mar 12]. 44p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/conass_documento2.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 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 de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 maio 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2013 maio 12]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de abril 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) [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2013 maio 20]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
7. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff [Internet]*. 1993 [cited 2013 Jan 11];12(1):162-73. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.long>
8. 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 [Internet]*. 2008 [citado 2012 nov. 2];11(4):633-47. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>
9. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciê Saúde Coletiva [Internet]*. 2011 [citado 2013 mar. 4]; 16(12):4755-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>.
10. Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Serv Res [Internet]*. 2012 [cited 2013 June 15];12:475. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549737/>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2012 nov. 7]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
12. Ibañez N. Sistema local de saúde de Cotia: estudo de caso [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1990.
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde: Rede Assistencial [Internet]. Brasília; 2013 [citado 2013 jun. 10]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>

14. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, 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* [Internet]. 2009 [citado 2013 fev. 12];25(6): 1337-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>
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 Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 jul. 12];28(5):845-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>
16. Fonseca RMGS, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à saúde da população. In: Fonseca RMGS, coordenadora. *A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social*. Brasília: ABEN; 1997.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Cotia, SP [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado 2013 mar. 14]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>
18. Silva TS. Internações hospitalares segundo condições sensíveis à atenção primária no DF – análise dos anos de 2008 a 2012 [Internet]. Brasília: Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, 2013 [citado 2013 mar. 14]. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/handle/10483/6778>
19. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 – 2009. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 mar. 14];46(2):359-66. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>
20. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egly EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2013 maio 13]; 21(3):535-42. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a07.pdf>
21. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2013 mar. 14];43(6):928-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>
22. Marques AP. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de condições sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no estado do Rio de Janeiro [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2012 [citado 2013 jun. 9]. Disponível em: <http://bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2918>
23. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun. 9];21(2):275-82. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a10.pdf>
24. Rehem TCMSB. Internações sensíveis à Atenção Primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
25. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egly EY. Hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in a Brazilian metropolis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2013 Aug 15];47(4):884-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf
26. Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2010 [citado 2013 ago. 15]; 13(2): 268-77. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/09.pdf>
27. Torres RL, Rehem TCMSB, Egly EY, Ciosak SI. The panorama of ambulatory care sensitive conditions in district of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Feb 4];45(n. esp.2):1661-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/en_04.pdf
28. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2013 jun. 12];46(5):761-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n5/01.pdf>

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pela Bolsa de Mestrado.