

## Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar<sup>1</sup>

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem<sup>2</sup>

Maria Regina Fernandes de Oliveira<sup>2</sup>

Suely Itsuko Ciosak<sup>3</sup>

Emiko Yoshikawa Egry<sup>4</sup>

Objetivo: estimar a sensibilidade, a especificidade e os valores preditivos positivo e negativo do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde, para o registro adequado de internações por condições sensíveis à atenção primária. Método: foram considerados para análise os diagnósticos por condições sensíveis e condições não sensíveis à atenção primária, tendo o prontuário como padrão-ouro. Por meio de amostragem aleatória simples, foi definida amostra de 816 prontuários, selecionados por lista de números randômicos, utilizando-se o Statistical Package for Social Sciences. Resultado: a sensibilidade foi de 81,89%, a especificidade de 95,19%, o valor preditivo positivo de 77,61% e o valor preditivo negativo de 96,27%. No cenário do estudo, o Sistema de Informações Hospitalares foi mais específico do que sensível, com quase 20% de internações sensíveis não detectadas. Conclusão: não existem estudos no Brasil para validação do Sistema de Informação Hospitalar usando as internações sensíveis à atenção primária. Estes resultados são relevantes quando se considera que esse sistema é uma das bases de avaliação da efetividade da atenção primária à saúde.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estudos de Validação; Hospitalização.

<sup>1</sup> Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 2009/18654-1.

<sup>2</sup> PhD, Professor Adjunto, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Professor Associado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

---

Endereço para correspondência:

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem  
Universidade de Brasília  
Campus Ceilândia  
QNN14 - Área Especial  
Bairro: Ceilândia Sul  
CEP: 72220-140, Brasília, DF, Brasil  
E-mail: tania.rehem@gmail.com

## Introdução

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo marcada por muitos avanços; entretanto, ainda existem desafios a serem superados para que os seus princípios e as suas diretrizes de fato se concretizem. Entre os desafios, pode-se citar a consolidação de uma Atenção Primária à Saúde (APS) de qualidade que, ao garantir o acesso, se constitua efetivamente como a primeira escolha da população para resolução dos seus problemas de saúde.

Na perspectiva de superação desse e de outros desafios, vem sendo discutida no Brasil a conformação de redes de atenção à saúde, tendo a APS papel fundamental como ordenadora de fluxos e contrafluxos de usuários dentro do sistema de saúde, à exceção dos casos de urgência e emergência<sup>(1)</sup>.

No que diz respeito a esses fluxos, em muitas situações em que a APS não é resolutive, a demanda por internações hospitalares provavelmente inclui uma proporção de casos com diagnósticos sensíveis a esse nível de atenção e que, assim, poderiam ser aí resolvidas<sup>(2)</sup>.

Em diversos países, a avaliação de acesso e efetividade da APS vem se dando por meio da análise das internações por condições sensíveis à atenção primária<sup>(3-5)</sup>. Trata-se de um indicador que teve origem nos Estados Unidos da América (EUA)<sup>(3)</sup> e, a partir daí, foram realizadas adaptações, de forma a contemplar especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisado. Isso pode ser observado no estudo onde foi aplicada a lista americana para validação no contexto europeu<sup>(6)</sup>.

Na Espanha, entre as estratégias propostas para melhorar a utilidade desse indicador, está a busca da sua maior especificidade e análises pelos municípios<sup>(5)</sup>. Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, ao identificar áreas claramente passíveis de melhorias, em particular evidenciando problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e de melhor coordenação entre os níveis assistenciais<sup>(7-8)</sup>.

No Brasil, a adoção desse indicador se deu, inicialmente, por algumas Secretarias de Estado da Saúde; entretanto, uma discussão mais sistematizada teve início no ano 2007, por um grupo formado por técnicos do Ministério da Saúde (MS), gestores, pesquisadores e especialistas no tema. Como produto desse grupo de trabalho foi elaborada a lista brasileira de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), tendo como marco conceitual modelo proposto por autoras de outro país, onde, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de

boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência<sup>(9)</sup>.

A lista foi publicada pelo MS, por meio da Portaria SAS nº221, de 17 de abril de 2008, contemplando 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos), devendo ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal<sup>(10)</sup>.

Considerando-se que a mensuração das ICSAP, far-se-á, prioritariamente, mediante a análise das internações do SUS, registradas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS) – implantado pelo MS pela Portaria GM/MS nº896/1990<sup>(11)</sup> – por meio da análise das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), justifica-se conhecer em que medida as informações que constam da AIH reproduzem as registradas no prontuário do paciente, uma vez que diagnósticos errados, presentes no SIH-SUS, levam a avaliações equivocadas da atenção primária. Ressalta-se que não existem, até o momento, estudos publicados no Brasil, que validem o sistema quanto ao indicador.

O SIH/SUS é um sistema de abrangência nacional, alimentado pelas AIHs, que possibilita, dentre outras ações, armazenar os dados das internações hospitalares; apresentar e processar mensalmente as AIHs dos estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados; disponibilizar aos gestores relatórios com informações para pagamento da produção aos prestadores e acompanhar o desempenho dos hospitais quanto às metas firmadas nos contratos entre gestor e hospitais<sup>(11)</sup>. Embora esse sistema tenha sido concebido, primariamente, para a gestão do sistema hospitalar, seus dados podem contribuir de forma importante para o conhecimento ou construção do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar e para a avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada a uma população<sup>(11)</sup>.

Indaga-se se o SIH/SUS seria uma fonte válida de informações para avaliação da atenção básica com base nos registros das ICSAP. Este estudo teve como objetivo estimar a sensibilidade, especificidade e valores preditivos do SIH-SUS para o registro do conjunto de ICSAP, como um indicador agregado.

## Metodologia

O estudo foi realizado em um hospital geral, no município de São Paulo, que se encontra sob gestão de uma Organização Social (OS), cujos recursos financeiros são repassados por meio de um contrato de gestão com

a Secretaria Estadual de Saúde, para o atingimento de metas pactuadas. Dispõe de 266 leitos distribuídos entre as seguintes especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, pediatria, ortopedia e obstetria. Esse hospital possui um núcleo de ensino e pesquisa, além de residência médica.

Este estudo se constitui em método epidemiológico de validação de critério, considerando-se para análise os diagnósticos contemplados na lista brasileira de ICSAP<sup>(10)</sup> e as demais causas de internação, tendo como padrão-ouro os prontuários médicos.

A amostragem foi baseada na população internada no ano 2008, totalizando 10.616 prontuários e teve como parâmetros:  $p=0,50$  para sensibilidade e especificidade; alfa de 5% e erro amostral de 0,05. Foram calculados Intervalos de Confiança (IC) a 95% para todas as estimativas.

No cálculo para definição da amostra foi utilizada a seguinte fórmula para população finita:

$$n = N * z^2 * p(1-p) / [(N * e^2) + (z^2 * p(1-p))]$$

Onde:

$n$ =número amostral

$N$ =população finita = 10.616

$z=1,96$  (alfa de 5%)

$e$ =erro amostral – assumido 0,05

$p$ =proporção esperada, assumida como 0,50

$1-p$ =complemento de  $p=0,50$ .

O número amostral ( $n$ ) foi de 371 prontuários e, considerando-se 10% de perdas, o  $n$  amostral final foi de 408 prontuários para o cálculo da sensibilidade. Foi estimado igual número de prontuários para o cálculo da especificidade, tendo sido avaliados 816 prontuários.

Os 816 prontuários foram selecionados aleatoriamente, utilizando-se o *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11®*, para a geração de lista de números aleatórios, por meio do número da AIH.

Para a identificação de prontuários e do seu respectivo par no SIH/SUS, foram considerados o número da AIH e as variáveis sexo e data de nascimento, de forma manual. Quando houve concordância entre todas as variáveis de identificação, o prontuário foi eleito para o estudo com o seu par de AIH. Foi desenvolvido um banco de dados, usando-se o aplicativo Access para a entrada dos dados da AIH e do prontuário.

Os dados foram coletados por um único observador, a pesquisadora principal do projeto. As informações coletadas foram o diagnóstico de alta por extenso, escrito pelo médico assistente no relatório de alta e a CID-10, quando presente. Após inserção das informações no

banco de dados, foi feita uma avaliação da qualidade das informações do prontuário, visando checar se a CID-10 informada correspondia ao diagnóstico estabelecido pelo médico assistente. A verificação da CID-10, em relação ao diagnóstico escrito foi realizada por duas pesquisadoras do projeto, item a item. Em algumas situações, quando não havia a correspondência, foi necessária a assessoria de profissional com maior experiência em codificação de causa básica, de forma a preservar o diagnóstico escrito pelo médico assistente, evitando-se número excessivo de perdas no estudo ao decodificar o diagnóstico registrado pelo médico sem modificá-lo.

Foram definidas como perdas no estudo as seguintes situações: discordância de SEXO, considerando-se a AIH/prontuário; discordância de DATA DE NASCIMENTO, considerando-se a AIH/prontuário; prontuário não localizado; diagnóstico principal interrogado; diagnóstico principal escrito a lápis; mais de um diagnóstico principal, diferentes entre si; diagnóstico principal não identificado na CID-10; diagnóstico de admissão assumido como principal; apenas a CID como diagnóstico principal; diagnóstico lançado por sigla, não identificado no momento da coleta.

Dos 816 diagnósticos/CID, coletados nos prontuários, após checagem da CID/diagnóstico por extenso, houve necessidade de ajuste da CID em 203 registros (26,10%) e, em 53 registros (7,23%) sem CID, foi acrescentada a CID correspondente ao lado do diagnóstico por extenso.

Ressalte-se que, tanto o ajuste realizado na CID quanto a designação da CID ao lado do diagnóstico por extenso, foram feitos respeitando-se, rigorosamente, o diagnóstico por extenso estabelecido no prontuário pelo médico assistente, considerando-se o padrão-ouro.

Foram estimados a sensibilidade, a especificidade, o valor preditivo positivo e o valor preditivo negativo; também foram calculados os seus respectivos intervalos de confiança, que resultaram em 95%.

O cálculo da sensibilidade foi feito considerando-se as causas definidas como ICSAP pelos prontuários, estimando-se a sensibilidade pela proporção de verdadeiros positivos detectados pelo SIH/SUS entre todas as ICSAPs, definidas pelos prontuários. A estimativa complementar à sensibilidade representa os falsos negativos pelo SIH/SUS.

O cálculo da especificidade foi feito considerando-se as causas definidas como não ICSAPs pelos prontuários, sendo ela estimada pela proporção de verdadeiros negativos detectados pelo SIH/SUS, dentre todos os prontuários não ICSAPs. A estimativa complementar à especificidade representa os falsos positivos pelo SIH/SUS.

O Valor Preditivo Positivo (VPP) foi estimado pela proporção de diagnósticos positivos do SIH/SUS entre todos os diagnósticos positivos.

O Valor Preditivo Negativo (VPN) foi estimado pela proporção de diagnósticos negativos do SIH-SUS entre todos os diagnósticos negativos.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo nº860/2009/CEP – EEUSP) e do Hospital (Registro CEP: 01/1/P), atendendo o disposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196, de 10/10/96<sup>(12)</sup>.

## Resultados

Houve 65 perdas, o que corresponde a 8,0% do total, tendo como causas mais frequentes: diagnóstico principal interrogado (26,1%); discordância quanto ao sexo no prontuário e AIH (20,0%); diagnóstico principal não identificado na CID-10 e apenas a CID como diagnóstico principal (ambos com 13,8%) e discordância quanto à data de nascimento no prontuário e na AIH (9,2%).

Foram analisados 751 registros (para AIH/prontuário) ICSAP e não ICSAP, confrontando-se com a Lista Brasileira, considerando-se o diagnóstico registrado na AIH e no prontuário. Considerando-se o padrão-ouro (prontuários) identificaram-se 127 internações como ICSAP (17% – IC 95%: 13,1%-20,6%) e 624 como não ICSAP. Em 104 registros o diagnóstico era ICSAP, tanto na AIH quanto no prontuário, enquanto em 594 registros o diagnóstico era NÃO ICSAP na AIH e NÃO ICSAP no prontuário (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação dos diagnósticos quanto às ICSAPs e NÃO ICSAPs na AIH e no prontuário. São Paulo, SP, Brasil, 2008

Resultado	Prontuário		Total
	ICSAP	Não ICSAP	
AIH			
ICSAP	104	30	134
NÃO ICSAP	23	594	617
Total	127	624	751

Fonte: SIH/SUS e Prontuários médicos

A sensibilidade do SIH/SUS, tendo como padrão-ouro o prontuário, foi de 81,9%, a especificidade de 95,2%, o valor preditivo positivo de 77,6% e o valor preditivo negativo de 96,3%.

Com sensibilidade de 81,9%, o SIH/SUS deixa de captar cerca de 18% das verdadeiras ocorrências de ICSAPs. Quanto à probabilidade de predizer um diagnóstico por ICSAP (VPP), o resultado foi mediano, por ser dependente da frequência de internações por ICSAP na área de estudo que é de 17%.

## Discussão

O SIH/SUS possui a maior base, no Brasil, de dados disponíveis sobre internações hospitalares que tem sido utilizada tanto para a realização de estudos epidemiológicos e de avaliação quanto para orientar a adoção de medidas na gestão pública da saúde, inclusive balizando a transferência de recursos financeiros. A realização deste estudo traz contribuição para esses dois campos ao verificar a proporção das informações válidas entre o prontuário e a AIH, estimando o grau de acurácia do SIH e a possibilidade de sua utilização como base para a produção de indicadores.

Os maiores problemas de validade dos dados do SIH/SUS estão relacionados ao diagnóstico da internação, decorrente da precariedade das informações no prontuário do paciente; dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela CID e às fraudes para aumentar o reembolso financeiro das instituições de saúde contratadas<sup>(13)</sup>.

Concordando com os autores acima, este estudo revela problemas relacionados tanto ao diagnóstico da internação quanto à codificação de diagnóstico pela CID (dados não apresentados). Os problemas com o diagnóstico dos prontuários constituíram o maior percentual de perdas do estudo, pois houve falhas nas anotações, como a interrogação do diagnóstico principal ou a sua não identificação, quando pareado com a CID-10. Sabe-se, ainda, que, pelo viés econômico do sistema, há possibilidade de distorções de classificação no registro das causas de internação. O hospital estudado, cuja gestão se faz por meio de contrato de gestão com a Secretaria Estadual de Saúde, não tem os seus recursos financeiros atrelados aos procedimentos individuais registrados, e sim ao conjunto das metas pactuadas, o que poderia minimizar os vícios de classificação, mas não necessariamente evitá-los. Este estudo abre possibilidade para pesquisas futuras que, além da validação do SIH-SUS, quantifiquem os custos dos procedimentos e possam descrever os possíveis erros diferenciais de classificação em relação a esses custos.

Em estudo envolvendo aplicações dos dados do SIH/SUS na saúde coletiva localizaram-se 76 trabalhos, sendo que, desses, apenas 3,9% tratavam da qualidade das informações do SIH/SUS, enquanto 34,2% dos estudos tratava da descrição do padrão de morbidade-mortalidade hospitalar e da assistência médica prestada<sup>(13)</sup>.

Esse fato merece destaque, pois, antes de se utilizar uma fonte de informações, é importante conhecer o seu grau de confiabilidade. Tal precaução reveste-se de maior importância, considerando-se que se trata de uma base

de dados relevante para, dentre outros aspectos, nortear condutas e subsidiar a tomada de decisão, inclusive relacionada ao financiamento.

A qualidade da informação, portanto, deve ser objeto de estudos de modo a revelar as inconsistências, para que os ajustes possam ser feitos, pelas instâncias responsáveis, conferindo maior confiabilidade no uso dos dados. Nesse sentido, cabe à direção técnica do hospital assegurar treinamento adequado aos profissionais, bem como adotar medidas de controle de qualidade, inclusive com a realização de auditorias sobre a qualidade dos registros nos prontuários e seu correspondente registro na AIH.

O SIH/SUS apresentou maior probabilidade de fazer registros acurados de diagnósticos não ICSAPs, em comparação ao prontuário, do que de captar esses diagnósticos quando presentes. Ou seja, o presente estudo demonstra que o sistema foi mais específico do que sensível, no hospital estudado.

Um estudo realizado para estimar a sensibilidade, especificidade, valores preditivos e a concordância do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) materna, em comparação à investigação de morte materna, revelou sensibilidade de 75%<sup>(14)</sup>. Na busca de explicação para o fato do SIM não ter registrado todos os óbitos maternos declarados, foram levantadas algumas hipóteses, como erro de codificação e seleção de causa básica ou falha na digitação<sup>(14)</sup>.

Outro estudo, utilizando metodologia distinta e sem o objetivo de validação, para verificar os principais problemas decorrentes da análise comparativa entre os óbitos registrados no SIH/SUS e os registrados no SIM, observou que os dados apresentaram elevada similaridade, considerando-se os dois sistemas<sup>(15)</sup>. Entretanto, foram identificados os mesmos problemas referidos no de validação do SIM, no que diz respeito a erro de diagnóstico na AIH, à classificação indevida do código da doença e à baixa importância dada às informações sobre morbidade por parte dos profissionais responsáveis.

A não captação de 18% das ocorrências de ICSAP, nessa validação realizada, aponta claramente para a necessidade de introdução de medidas tanto pela gestão pública quanto pelas administrações dos hospitais, para a melhoria de sua qualidade, pois seria esperada uma acurácia igual ou próxima a 100%, uma vez que o sistema deve ser o reflexo das internações.

## Conclusão

Não existem estudos do SIH-SUS quanto à sua validade para os registros de ICSAP, no Brasil, sendo este o

primeiro que validou o SIH/SUS, com base em uma amostra de prontuários de um hospital que tem uma característica administrativa peculiar. Acredita-se que o mesmo deve ser replicado em outros hospitais, onde se tenham distintas gestões do sistema hospitalar. Os resultados deste estudo não devem ser extrapolados para outros cenários, já que podem ser estimadas diferentes sensibilidade e especificidade em cenários diferentes de gestão.

Na área da enfermagem, os resultados são importantes no sentido do conhecimento da qualidade de um sistema de informação, ressaltando-se que enfermeiros são profissionais que manipulam, usam e analisam sistemas de informação em saúde, podem compor equipe para auditorias em hospitais ou, especialmente, atuam no campo da atenção primária, realizando trabalho técnico com relação direta com as ICSAPs.

Os resultados de validação do SIH/SUS são extremamente relevantes quando se considera que esse sistema é uma das bases de avaliação da efetividade da atenção primária. Se, para um dado cenário, o SIH/SUS não refletir, de forma mais acurada, as internações, não deverá ser utilizado com essa finalidade, devendo-se discutir outros métodos mais válidos de aferição de ICSAP.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. 69 p.
2. Ministério da Saúde (BR). 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p. 7-51.
3. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla LE, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. Aten Primária. 2004;33(6):305-11.
4. 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. 2012;28(5):845-55.
5. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. Health Place. 2001;7(1):27-38.

6. Caminal Homal J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Casanova Matutano C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246-51.
7. Gervas J, Homar JC. Hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions (ACSC) from the general practitioner/family physician's point of view. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81(1):7-13.
8. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martín-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cienc Saúde Coletiva*. 2011;16 Suppl 1:1145-54.
9. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa-Lima 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*. 2009;25(6):1337-49.
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 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, Poder Executivo, Brasília*. 21 set. 2008. Seção 1:50.
11. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. 2011. [Internet]. [acesso 13 jul 2011]. Disponível em: [http://w3.datasus.gov.br/sih/Manuais\\_SIH\\_SETEMBRO\\_2010.pdf](http://w3.datasus.gov.br/sih/Manuais_SIH_SETEMBRO_2010.pdf).
12. Ministério da Saúde (BR). Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS n. 196/96 e outras. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 101 p.
13. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):19-30.
14. Mota SMM, Gama SGN, Theme Filha MM. A investigação do óbito de mulher em idade fértil para estimar a mortalidade materna no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18(1):55-64.
15. Amaral TCL. Mortalidade hospitalar na rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2002. 89 p.

Recebido: 8.8.2012

Aceito: 14.6.2013

*Como citar este artigo:*

Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Ciosak SI, Egry EY. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. set.-out. 2013 [acesso em: / / ];21(5): [06 telas]. Disponível em: \_\_\_\_\_

dia | ano  
 mês abreviado com ponto

URL