

Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010*

doi: 10.5123/S1679-49742014000100005

Hospital admissions due to ambulatory care-sensitive conditions in a health region of São Paulo State, Brazil, 2008-2010

Janise Braga Barros Ferreira

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Márcio José Garcia Borges

Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto-SP, Brasil

Luciane Loures dos Santos

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Aldaísa Cassanho Forster

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) na região de saúde de São José do Rio Preto, no interior paulista. **Métodos:** estudo descritivo cuja fonte de dados foi o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) no período 2008-2010. **Resultados:** o coeficiente de ICSAP dessa região de saúde foi em torno de 13,0/1000 habitantes a cada ano; os cinco diagnósticos mais frequentes foram insuficiência cardíaca, angina, infecções do aparelho urinário, gastroenterites infecciosas e as doenças cerebrovasculares; doenças do aparelho circulatório foram o diagnóstico principal, registrado em 41,5% do total dessas internações; as ICSAP consumiram R\$ 30.370.691,08, correspondendo a 17% do total de gastos com internações nessa região de saúde. **Conclusão:** a ocorrência de ICSAP, que são potencialmente evitáveis, aponta a necessidade de outras investigações sobre possíveis fatores que estejam interferindo na prestação e resolutividade da atenção primária na região estudada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Indicadores Básicos de Saúde; Regionalização; Epidemiologia Descritiva.

Abstract

Objective: describe hospital admissions for ambulatory sensitive conditions (ACS) in the São José do Rio Preto health region, São Paulo State, Brazil. **Methods:** a descriptive study using data from the Unified Health System's Hospital Admissions Information System, 2008-2010. **Results:** the ACS coefficient for this health region was around 13.0/1000 inhabitants each year. The five most common diagnoses were heart failure, angina, urinary tract infections, infectious gastroenteritis and cerebrovascular diseases. Circulatory system diseases were the primary diagnosis recorded in 41.5% of these admissions. ACS expenditure was R\$ 30,370,691.08, corresponding to 17% of the total costs of hospital admissions in this health region. **Conclusion:** the occurrence potentially preventable ACS indicates the need for further investigations about possible factors that may be interfering with the organization and outcomes of primary care in the region studied.

Key words: Primary Health Care; Hospitalization; Health Status Indicators; Regional Health Planning; Epidemiology, Descriptive.

* Este manuscrito originou-se de monografia apresentada por Márcio José Garcia Borges para a conclusão do curso de Especialização em Gestão Pública em Saúde, realizado pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) e a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (FMRP/USP). Ano da defesa da monografia: 2011.

Endereço para correspondência:

Janise Braga Barros Ferreira – Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Social, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Avenida dos Bandeirantes, nº 3900, 2º andar, Ribeirão Preto-SP, Brasil.

CEP: 14049-900

E-mail: janise@fmrp.usp.br

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que os sistemas de saúde invistam na atenção primária à saúde (APS) como modalidade assistencial potencialmente capaz de melhorar os indicadores de saúde da população e influenciar a incorporação racional da tecnologia biomédica, repercutindo diretamente na eficiência dos sistemas.¹

No caso do Brasil e seu Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se observar várias iniciativas indicadoras da magnitude da APS, destacando-se o papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) na melhoria do acesso e da qualidade da atenção primária. Em 2013, a ESF estava presente em 95% dos municípios brasileiros, com mais de 100 milhões de pessoas cobertas pela ação.²

Os sistemas locais de saúde, principalmente nos municípios de pequeno porte, têm na ESF uma possibilidade de reestruturação de seu modelo de atenção, alicerçado na integralidade de suas atividades.³

As condições decorrentes de diagnósticos listados como sensíveis às ações de atenção primária, poderiam ser resolvidas neste nível de atenção sem necessitar de internações hospitalares.

Recentemente, o decreto presidencial nº 7.508/2011 veio ao encontro da atual discussão sobre a efetivação de políticas de atenção primária à saúde, com a regulamentação da Lei nº 8.080/90 e seu dispositivo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Por meio desse decreto, ficou instituída a organização da assistência à saúde de forma regionalizada, levando em consideração as potencialidades e fraquezas dos territórios, buscando a melhoria do acesso à saúde e contemplando, de maneira integral, as diretrizes e os princípios do SUS. A regulamentação da Lei colabora para a efetivação da APS, na medida em que a identifica como a ordenadora do sistema público de saúde do país.⁴ Do mesmo modo, o reconhecimento de sua importância no sistema de serviços de saúde implica a necessidade de investimentos e de avaliações contínuas sobre seu grau de desempenho no atendimento de seus princípios e alcance de seus objetivos.

Um dos instrumentos utilizados para verificar o desempenho da APS é a análise do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conhecido internacionalmente como Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC), utilizado, por exemplo, nos Estados Unidos da América desde a década de 1990.⁵ No Brasil, a publicação da portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, diabetes *mellitus*, infecção no rim e trato urinário, entre outros.⁶ Vale notar que a lista brasileira resultou de um importante esforço conduzido pelo Ministério da Saúde, envolvendo pesquisadores da atenção primária, gestores, membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, assim como toda a sociedade, mediante consulta pública.⁷

Grosso modo, as condições decorrentes de diagnósticos listados na Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como sensíveis às ações de atenção primária, poderiam ser resolvidas neste nível de atenção, sem necessitar de internações hospitalares.^{5,6,8} Essa constatação justifica o interesse pela investigação do tema, uma vez que a ocorrência desse evento traz implicações tanto para o usuário – que não obteve a atenção oportuna e necessária, acarretando prejuízo real à sua condição de saúde – quanto para o sistema de saúde sob vários aspectos, entre eles o comprometimento do uso racional de recursos nesse ponto da rede de atenção.⁷

A análise dessas internações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da atenção primária e ainda, como também para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na atenção primária, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado.^{5,7}

Interessante registrar que uma revisão da literatura encontrou menor probabilidade de ICSAP associada a características da atenção primária (continuidade

da atenção, composição multidisciplinar da equipe de saúde, adscrição de clientela).⁸

Acredita-se que o conjunto informacional sobre as ICSAP possa subsidiar análises objetivas da situação sanitária, a tomada de decisão baseada em evidências e a elaboração de programas de ações em saúde mais fiéis às necessidades da população. No Brasil, verifica-se um incremento de pesquisas utilizando tais internações como indicador de qualidade da APS, principalmente após a publicação da lista brasileira em 2008.⁷

Desse modo, considerando-se o contexto da política pública de saúde nacional e estadual,⁹ especialmente dos territórios regionais, e a necessidade de organização e avaliação da APS, esse estudo teve como objetivo descrever as ICSAP na região sob circunscrição do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto, interior paulista.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo sobre as ICSAP de pacientes residentes nos municípios da região de saúde (RS) de São José do Rio Preto-SP, pagas pelo SUS, ocorridas no período de 2008 a 2010.

Em 2010, a RS de São José do Rio Preto-SP apresentava população estimada de 647.075 habitantes, distribuída entre 20 municípios. Essa RS integra o Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto XV (DRS XV). O município de São José do Rio Preto-SP é o mais populoso dessa RS (412.076 habitantes), abrigando cerca de 80% de sua população. Esse município possui um grande centro médico-hospitalar, concentrando a produção das internações hospitalares de níveis secundário e terciário da RS, visto que aproximadamente, 80% dos municípios da região não dispõem, em seus territórios, de vagas de internações pelo SUS. No mesmo ano de 2010, a rede hospitalar local era constituída por 13 hospitais e disponibilizava 2,73 leitos por mil habitantes, sendo 13,4% de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI).¹⁰ A cobertura da ESF na RS de São José do Rio Preto-SP correspondeu a 20,1%, 21,6% e 27,5%, respectivamente nos anos de 2008, 2009 e 2010. Sete dos 20 municípios da RS não dispunham da ESF, no período estudado.

A fonte de dados sobre as internações foi o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datapus).

O diagnóstico principal das internações registrado no SIH/SUS foi adotado como causa de internação, de acordo com a CID-10. As internações foram classificadas como CSAP, com base na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, e as demais, como internações por causas gerais.⁶ Observou-se a classificação das idades por faixa etária (<1 ano; 1 a 4; 5 a 9; 10 a 14; 15 a 19; 20 a 29; 30 a 39; 40 a 49; 50 a 59; 60 a 69; 70 a 79; e 80 e mais anos) e a seleção das internações dos pacientes residentes nos municípios pertencentes à RS de São José do Rio Preto-SP.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 7.0. Foram calculados os coeficientes de ICSAP (nº de ICSAP de pacientes residentes nos municípios da RS de São José do Rio Preto-SP dividido pela população da RS de São José do Rio Preto-SP, multiplicado por mil habitantes), de internações por causas gerais (nº de internações gerais de pacientes residentes nos municípios da RS de São José do Rio Preto-SP dividido pela população da RS de São José do Rio Preto-SP, multiplicado por mil habitantes) e por sexo (nº de internações gerais e por CSAP por sexo de pacientes residentes nos municípios da RS de São José do Rio Preto-SP dividido pelas populações masculina e feminina da RS de São José do Rio Preto-SP, multiplicado por mil habitantes), no período de 2008 a 2010.

Também foi calculada a proporção das ICSAP (nº de ICSAP de pacientes residentes na RS de São José do Rio Preto-SP dividido pelo total de internações de pacientes residentes na RS de São José do Rio Preto-SP). Foram calculados os valores totais das internações por ICSAP, em reais (R\$), e a proporção de gastos anuais com as ICSAP (gasto com ICSAP de pacientes residentes na RS São José do Rio Preto-SP dividido pelo total de gastos com internações de pacientes residentes na RS São José do Rio Preto-SP), de 2008 a 2010.

As ICSAP ainda foram estudadas por faixa etária, causa da internação e diagnósticos e valor da internação, para o mesmo período 2008-2010. Todos os cálculos foram realizados a partir da autorização de internação hospitalar (AIH) do SIH/SUS, que consiste em um resumo da alta hospitalar preenchido pelos hospitais prestadores do SUS, para recebimento das internações por eles realizadas.

As doenças relacionadas ao pré-natal e parto foram incluídas entre os diagnósticos analisados porque integram a lista de ICSAP. Por opção metodológica, os partos não foram excluídos do cálculo do coeficiente

de internação por causas gerais, fato a ser considerado na análise desse indicador. A fonte de dados referente à população foi a disponibilizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Esse estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar dados secundários de domínio público. Entretanto, foram respeitadas as normas vigentes no Brasil, relacionadas à ética na pesquisa com seres humanos. Os dados foram analisados especificamente para esta pesquisa, de forma global, sem qualquer identificação individual.

Resultados

No período estudado (2008, 2009 e 2010), percebeu-se o crescimento dos coeficientes por mil habitantes das internações gerais (67,7, 74,9 e 76,1 por mil habitantes, respectivamente) e pequeno acréscimo daqueles referentes às ICSAP (13,0, 13,7 e 13,9 por mil habitantes) no território da RS de São José do Rio Preto-SP. Observaram-se valores mais elevados dos coeficientes das internações por ICSAP no sexo feminino, em relação ao masculino. Entre as mulheres, esses coeficientes foram de 13,5, 14,5 e 14,3 por mil habitantes, respectivamente para 2008, 2009 e 2010 (Tabela 1).

A proporção de internações por ICSAP em relação ao total de internações decresceu entre crianças até 10 anos de idade (de 11,6 para 9,8%). Houve estabilidade na faixa etária de mais de 59 anos de idade, nos três anos estudados, com valores próximos à metade dos casos ocorridos (46,6%). Entre os adultos com mais de 40 anos de idade, essa proporção atingiu valores de 69,5 a 70,0% (Tabela 2).

As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 41,5% das causas dessas internações, sendo os diagnósticos de insuficiência cardíaca (14,8%), angina (14,1%), doenças cerebrovasculares (9,7%) e hipertensão (2,9%) os mais encontrados (Tabela 3). As doenças infecciosas (doenças preveníveis, gastroenterites, infecção de ouvido, nariz e garganta, pneumonia, infecção do rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo) representaram a segunda causa de ICSAP (32,6%), destacando-se, em ordem decrescente, os diagnósticos de infecções do aparelho urinário (13,1%), as gastroenterites infecciosas (12,2%), as pneumonias bacterianas (3,7%) e as infecções da pele (2,1%) (Tabela 3).

Os grupos das gastroenterites infecciosas e suas complicações representaram percentuais elevados entre as causas de ICSAP em crianças nas faixas etárias de 1 a 4 anos (34,4%), 5 a 9 (49,9%), 10 a 14 (40,5%) e em menores de um ano (34,4%), no período do estudo. Entre os menores de um ano de idade, 38,1% das ICSAP tiveram como causa pneumonias bacterianas, asma e doenças pulmonares (Tabela 3).

Para os adolescentes (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 29 anos), a causa mais comum das ICSAP foi a infecção do aparelho urinário (40,8% e 33,9%, respectivamente). Considerando os pacientes com idade superior a 39 anos, percebe-se que os grupos das ICSAP mais frequentes foram insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e por último, hipertensão arterial (Tabela 3).

No período de 2008 a 2010, houve um total de 143.408 internações – pagas pelo SUS – de pacientes residentes nos municípios da RS de São José do Rio

Tabela 1 – Número e coeficientes de internação por mil habitantes (CI) das internações gerais e por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) segundo sexo de pacientes residentes na Região de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, 2008 a 2010

Sexo	2008				2009				2010				Total			
	Nº ICSAP	CI CSAP ^a	Nº Intern. gerais	CI Gerais ^a	Nº ICSAP	CI CSAP ^a	Nº Intern. gerais	CI Gerais ^a	Nº ICSAP	CI CSAP ^a	Nº Intern. gerais	CI Gerais ^a	Nº ICSAP	CI CSAP ^a	Nº Intern. gerais	CI Gerais ^a
Fem.	4.531	13,5	24.361	72,7	4.924	14,5	27.884	82,1	4.778	14,5	27.224	81,7	14.233	14,1	79.469	73,4
Masc.	4.027	12,6	19.933	62,4	4.185	13,0	21.732	67,3	4.314	12,9	22.274	70,3	12.526	13,0	63.939	72,2
Total	8.558	13,0	44.294	67,7	9.109	13,7	49.616	74,9	9.092	13,9	49.498	76,1	26.759	13,6	143.408	72,9

a) Por 1000 hab.

Tabela 2 – Distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) segundo faixa etária de pacientes residentes nos municípios da Região de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, 2008 a 2010

Faixa etária (em anos)	Anos						Total	
	2008		2009		2010		N	%
	N	%	N	%	N	%		
<1	377	4,4	294	3,2	297	3,3	968	3,6
1-4	407	4,8	414	4,5	419	4,6	1240	4,6
5-9	206	2,4	182	2,0	175	1,9	563	2,1
10-14	155	1,8	179	2,0	155	1,7	489	1,8
15-19	287	3,4	317	3,5	281	3,1	885	3,3
20-29	621	7,3	706	7,8	643	7,1	1.970	7,3
30-39	554	6,5	646	7,1	615	6,8	1.815	6,7
40-49	867	10,1	949	10,4	946	10,4	2.762	10,3
50-59	1.119	13,1	1.192	13,1	1.255	13,1	3.566	13,3
60-69	1.488	17,4	1.459	16,0	1.526	16,8	4.473	16,7
70-79	1.542	18,0	1.718	18,9	1.628	17,9	4.888	18,2
80 e mais	935	10,9	1.053	11,6	1.152	12,7	3.140	11,7
Total	8.558	100,0	9.109	100,0	9.092	100,0	26.759	100,0

Tabela 3 – Distribuição (%) das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) por faixa etária, segundo causas de internações e faixa etária, procedentes da Região de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, 2008 a 2010

ICSAP	Faixa etária (em anos)												Total
	< 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	
Doenças preveníveis p. imunização e cond. sensíveis	0,0	0,1	1,1	0,4	0,2	0,6	1,7	1,6	0,6	0,3	0,1	0,1	0,5
Gastroenterites infecciosas e complicações	34,4	51,6	49,9	40,5	20,1	18,3	11,0	7,9	6,1	4,4	4,9	6,9	12,2
Anemia	0,9	0,6	0,4	0,2	0,6	0,8	1,0	0,8	0,5	0,6	0,6	1,1	0,7
Deficiências nutricionais	2,3	0,5	0,5	0,2	0,1	0,7	0,9	1,5	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1
Infecções de ouvido, nariz e garganta	2,1	3,5	2,1	2,0	0,9	1,4	0,8	0,7	0,6	0,2	0,2	0,4	0,8
Pneumonias bacterianas	17,5	14,0	6,0	2,7	0,6	1,6	2,7	1,6	2,0	2,1	3,0	6,0	3,8
Asma	5,0	8,3	13,1	8,8	3,9	5,0	5,1	3,5	2,4	2,1	1,8	2,0	3,4
Doenças pulmonares	15,6	4,0	1,6	0,8	0,8	1,6	3,4	4,3	5,7	7,8	10,4	9,9	6,8
Hipertensão	0,4	0,2	0,2	0,4	0,6	1,0	3,6	4,3	4,5	3,8	3,1	2,4	2,9
Angina	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	1,5	6,8	18,5	25,9	24,7	16,8	8,4	14,1
Insuficiência cardíaca	1,7	0,3	0,0	0,6	0,9	2,4	6,2	8,5	14,9	21,5	24,5	26,9	14,8
Doenças cerebrovasculares	0,0	0,0	0,0	1,0	2,3	1,9	4,6	9,1	11,9	13,7	14,1	14,7	9,7
Diabetes mellitus	0,0	0,3	2,1	5,3	2,7	2,1	3,5	5,5	4,4	4,2	4,5	1,9	3,5
Epilepsias	7,7	8,8	12,1	13,7	4,0	4,0	5,7	4,9	2,5	1,5	0,8	0,8	3,3
Infecção do rim e trato urinário	9,7	5,1	8,0	15,3	40,8	33,9	26,4	13,7	8,2	6,5	7,6	10,4	13,1
Infecção da pele e tecido subcutâneo	0,9	2,4	2,5	2,7	1,7	2,6	3,0	2,9	2,3	1,8	2,0	1,7	2,2
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	0,0	0,1	0,0	3,9	9,4	9,2	7,3	3,7	1,0	0,1	0,1	0,1	2,1
Úlcera gastrointestinal	0,3	0,2	0,4	1,0	3,8	5,2	5,2	7,0	5,4	4,5	4,4	4,9	4,5
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1,4	0,0	1,4	0,4	7,0	6,1	2,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Preto-SP. Dessas internações, 26.759 (18,6%) foram por CSAP, representando uma média de 8.919 internações por ano (Tabela 4).

O gasto total com as internações de pacientes residentes em municípios da RS de São José do Rio Preto-SP foi da ordem de R\$ 177.740.869,31; já o gasto referente às ICSAP nesses municípios totalizou R\$ 30.370.691,08. Este valor correspondeu a 17,0% do total gasto com internações gerais de pacientes residentes nos municípios da RS (Tabela 4). Ademais, as ICSAP em idosos (60 anos e mais) consumiram R\$ 17.075.623,04 (56,2%) do total gasto com essas internações.

Nos três anos analisados, os maiores gastos nas ICSAP ocorreram com os diagnósticos de angina (35,7%), insuficiência cardíaca (22,5%) e doenças cerebrovasculares (13,4%) (Tabela 5). Ou seja: 71,6% dos recursos financeiros gastos pelo SUS com ICSAP na RS de São José do Rio Preto-SP referiram-se às doenças do aparelho cardiocirculatório (Tabela 5).

Discussão

O estudo apontou que, no período de 2008 a 2010, houve pequeno crescimento dos coeficientes de ICSAP na RS de São José do Rio Preto-SP. Essas internações foram mais frequentes no sexo feminino e nos adultos. As ICSAP em maiores de 40 anos de idade representaram mais de 60% dessas internações e suas principais causas foram as doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas. Os diagnósticos mais frequentes nas ICSAP foram insuficiência cardíaca, angina, infecções do rim e do trato urinário,

gastroenterites infecciosas e suas complicações e as doenças cerebrovasculares, que variaram segundo a faixa etária estudada. O total gasto com ICSAP, nos três anos analisados, correspondeu a 17% do total gasto com internações por causas gerais no mesmo período.

Considerando o fato de que as ICSAP podem refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde, os resultados deste estudo são importantes para uma análise mais aprofundada desse ponto da rede de atenção nesse território. Os diagnósticos mais frequentes encontrados em adultos dizem respeito às doenças do aparelho circulatório. Claramente, a prevenção e o controle dessas doenças têm relação direta com o desempenho dos serviços de atenção primária. A magnitude da ocorrência desse tipo de internação, nessa RS, aponta para a necessidade de um olhar mais atento à gestão de sua rede de atenção primária, no sentido de adequá-la às necessidades da população definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde regional. Um olhar que também deve se dirigir ao melhor uso dos recursos disponíveis nessa rede regional de saúde e ao dimensionamento de seus vazios assistenciais, para que os investimentos sejam mais eficientes.

O coeficiente de ICSAP (13,6 por mil habitantes) encontrado no estudo foi superior aos achados de Junqueira e Duarte¹¹ (12,1 por mil habitantes) e inferior ao de outro estudo nacional, que registrou coeficiente de 14,9 por mil habitantes.⁷

Durante o triênio estudado, a proporção de ICSAP observada (18,7%) foi relativamente menor que a encontrada por outros autores nacionais, e discreta-

Tabela 4 – Distribuição dos valores gastos em reais (R\$) por ano com internações [autorização para internação hospitalar (AIH) paga] por condições sensíveis à atenção primária e com o total de internações de pacientes residentes nos municípios da Região de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, 2008 a 2010

Ano	Valores gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária (R\$)	Valores gastos com internações gerais (R\$)	Percentuais de gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária em relação aos das internações gerais
2008	8.584.923,95	48.995.570,60	17,5%
2009	10.927.073,09	63.257.974,09	17,2%
2010	10.858.694,04	65.487.324,62	16,5%
Total	30.370.691,08	177.740.869,31	17,0%

Tabela 5 – Distribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAAP) segundo grupos de causas de internações e valores gastos em reais com pacientes residentes nos municípios da Região de Saúde de São José do Rio Preto, São Paulo, 2008 a 2010

Grupos de causas de internações por condições sensíveis a atenção primária (CID-10 ^a)	Anos						Total	
	2008		2009		2010			
	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%	Valor (R\$)	%
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	30.269,94	0,4	39.462,26	0,4	98.822,15	0,9	168.554,35	0,5
Gastroenterites infecciosas e complicações	335.000,23	3,9	337.954,26	3,1	352.810,99	3,2	1.025.765,48	3,3
Anemia	19.325,65	0,2	19.642,94	0,2	28.418,36	0,3	67.386,95	0,2
Deficiências nutricionais	69.120,84	0,8	43.189,40	0,4	63.977,32	0,6	176.287,56	0,5
Infecções de ouvido, nariz e garganta	16.925,27	0,2	18.935,81	0,2	31.654,89	0,3	67.515,97	0,2
Pneumonias bacterianas	272.801,85	3,2	294.763,62	2,7	561.026,15	5,2	1.128.591,62	3,7
Asma	148.300,43	1,7	201.099,32	1,8	144.299,73	1,3	493.699,48	1,6
Doenças pulmonares	416.205,41	4,8	427.893,20	3,9	365.280,42	3,4	1.209.379,03	3,9
Hipertensão	57.107,90	0,7	72.639,22	0,7	72.367,46	0,7	202.114,58	0,6
Angina	3.253.472,59	37,9	3.936.185,09	36,0	3.667.884,85	33,8	10.857.542,53	35,7
Insuficiência cardíaca	1.852.648,09	21,6	2.484.278,01	22,7	2.505.036,50	23,1	6.841.962,60	22,5
Doenças cerebrovasculares	1.039.031,74	12,1	1.646.721,43	15,1	1.384.002,07	12,7	4.069.755,24	13,4
Diabetes mellitus	154.835,25	1,8	212.630,09	1,9	361.937,61	3,3	729.402,95	2,4
Epilepsias	207.155,57	2,4	247.625,73	2,3	250.589,31	2,3	705.370,61	2,3
Infecção do rim e trato urinário	251.635,08	2,9	339.694,77	3,1	393.361,42	3,6	984.691,27	3,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	78.737,48	0,9	85.582,97	0,8	115.529,94	1,1	279.850,39	0,9
Doença inflamatória orgãos pélvicos femininos	49.818,97	0,6	57.356,39	0,5	46.567,37	0,4	153.742,73	0,5
Úlcera gastrointestinal	318.097,51	3,7	447.908,63	4,1	399.429,39	3,7	1.165.435,53	3,8
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	14.434,15	0,2	13.509,95	0,1	15.698,11	0,1	43.642,21	0,1
TOTAL	8.584.923,95	100,0	10.927.073,09	100,0	10.858.694,04	100,0	30.370.691,08	100,0

mente maior que a revelada em estudos internacionais. Os estudos nacionais de Pazó e colaboradores¹² e de Alfradique e colaboradores⁷ apresentaram proporção de 23,3% e 28,5%, respectivamente, embora tenham excluído de seus cálculos as internações secundárias aos partos. Da mesma forma, Nedel e colaboradores¹³ desconsideraram em seu estudo, além das internações por causas obstétricas, os óbitos e outras condições específicas. Estudos realizados em países como Estados Unidos, Canadá, Espanha e Austrália têm relacionado o acesso e a qualidade da atenção primária à menores taxas de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária.¹⁴ Esses achados caracterizam a magnitude do problema investigado, se considerarmos que essas condições podem refletir dificuldades no acesso e na capacidade resolutiva da APS, apontando a necessidade de revisão da abordagem de alguns casos na atenção primária.

Na região estudada, as ICSAP foram mais presentes no sexo feminino, achado semelhante aos de outras pesquisas sobre esse fenômeno, seja em territórios com ESF, seja onde se mantém um modelo de assistência à saúde tradicional.^{13,14} Fernandes e colaboradores,¹⁵ entretanto, encontraram resultado diverso a esse, em estudo que analisou a morbidade hospitalar de hospitais de Montes Claros-MG, nos anos de 2007 a 2008, ao mostrarem frequência maior de ICSAP no sexo masculino (51,8%). Esse estudo considerou o perfil populacional de um pequeno município que conserva proporções de população na zona rural, onde, geralmente, verifica-se uma distribuição numericamente maior de pessoas do sexo masculino, de algumas faixas etárias de adultos e idosos.¹⁵

Quanto à idade dos indivíduos internados, os dados encontrados apontaram que quase metade (46,6%) das ICSAP, nos anos estudados, foram de idosos (acima de 59 anos). A ocorrência de ICSAP em idosos, além de outros fatores, pode estar relacionada tanto às limitações de acesso mais comuns nessa população (dificuldade de locomoção e transporte, alto grau de dependência) como ao próprio envelhecimento da população brasileira, acompanhado do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Perpetuo e Wong, ao estudarem as ICSAP sob o foco do padrão etário da população investigada, também observaram um aumento contínuo de ICSAP em idosos.¹⁶ Os dados do estudo ainda são condizentes com os resultados de um estudo nacional que demonstrou serem 33,5%

das internações hospitalares pelo SUS de idosos, consumindo 37,7% dos recursos pagos pelo sistema público de saúde.¹⁷

Os achados do estudo em relação aos cinco diagnósticos mais frequentes nas ICSAP estão em concordância com Oliveira, porém desacordes com o estudo de Perpetuo e Wong, para quem as primeiras causas de ICSAP foram as pneumonias bacterianas, seguidas de gastroenterites infecciosas e complicações.^{14,16}

Os dados remontam, entre outros fatores, à importância da programação da oferta de ações de saúde para o diagnóstico, tratamento e/ou prevenção das doenças que mais acometem a população, além de atividades de promoção da saúde potencialmente – e positivamente – impactantes na prevenção, assistência e controle desses agravos. Vale notar que a oferta de ações de saúde deve-se articular com outras atividades de promoção do acesso da população a esses serviços. Ressalta-se, também, que diagnósticos como os deste estudo acometem, igualmente, uma parcela importante da população economicamente ativa, repercutindo tanto no âmbito pessoal quanto social desses indivíduos.

As gastroenterites infecciosas e complicações foram os diagnósticos mais frequentes na faixa etária de zero a 14 anos, segundo este estudo. A partir desses dados, destaca-se a necessidade de ações intersetoriais na APS, como a averiguação de possíveis relações entre a situação do tratamento da água e do esgoto no território e os agravos nele encontrados. Assim como merece atenção a dificuldade de acesso aos serviços de imunização disponibilizados para essa população, capazes de atenuar a ocorrência de alguns dos diagnósticos registrados.

Melhorias na APS, com investimentos estruturais e em suas características essenciais, sejam a longitudinalidade e a integralidade da atenção, a facilidade de acesso, a coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, poderiam contribuir sobremaneira na diminuição da ocorrência das ICSAP.

Nessa linha, Yasuda observou uma tendência à queda das ICSAP em nove municípios que aumentaram a cobertura da ESF e onde o setor privado (convênios e medicina liberal) financiou menor porcentagem das ICSAP, entre suas internações.¹⁸ Neste estudo, embora tenha-se observado um aumento da cobertura da ESF na população da RS de São José do Rio Preto-SP, não

houve uma diminuição das ICSAP. Também merece nota o fato de essa cobertura permanecer baixa nos anos do estudo – em torno de 23,1% – e não estar presente em todos os municípios da RS. Mendonça e colaboradores, em estudo ecológico na região metropolitana da capital do estado de Minas Gerais, observaram que em quatro anos, a cobertura de 64% da população com ESF influenciou na diminuição das ICSAP tanto de mulheres que viviam em áreas socialmente vulneráveis, como da população geral.¹⁹ Outros estudos, realizados na região Sul do país, comprovaram que a ESF interferiu na diminuição das ICSAP em municípios selecionados do estado do Rio Grande do Sul, além de recomendarem a avaliação dessas internações como indicador de baixo custo para monitoramento da APS.²⁰

Uma pesquisa realizada no sul de Santa Catarina, contudo, avaliou a ESF como parcialmente efetiva no controle das ICSAP, pois, a despeito da ampliação da estratégia na região, não houve uma diminuição dessas internações.²¹ Possivelmente, antes do aumento dessa cobertura assistencial, parte dos problemas de saúde dessa comunidade não demandavam por serviços de saúde. É provável, portanto, que esses casos tenham sido identificados pelas novas equipes e encaminhados para investigação e hospitalização.²¹

Nesse aspecto, observa-se que o estado de São Paulo possui uma importante rede física de unidades básicas de saúde (UBS), com variados arranjos assistenciais (UBS “tradicional”, UBS com agentes comunitários de saúde [ACS] e unidades de Saúde da Família) conforme as possibilidades da política nacional de atenção básica estabelecida pelo Ministério da Saúde.²² A despeito de sua notável rede física, identifica-se no território do estado paulista uma organização assistencial com fragilidades, não só de articulação entre os pontos de atenção mas também no interior da própria atenção primária, trazendo dificuldades para o alcance de seus atributos (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação), com reflexos negativos para o funcionamento da rede de atenção à saúde regional.²³

Na região de saúde estudada aqui, verificou-se, grosso modo, essa variedade organizacional da atenção primária, com um discreto aumento da cobertura da ESF no período analisado. Nos pequenos municípios, a gestão optou pela ESF para os bairros mais novos e periféricos, coexistindo com unidades mistas: unidades

básicas que comportam equipes das especialidades médicas básicas de pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica médica e equipe de Saúde da Família. Já em municípios maiores, há estruturas de centros de saúde com atendimentos de urgência e emergência 24 horas, UBS “tradicional”, USF e unidade mista.²²

Essas informações exemplificam superficialmente o que foi citado acima, aflorando algumas questões:

- Qual o melhor modelo organizacional para a atenção primária, considerando-se as peculiaridades da RS?
- Como otimizar e utilizar de forma mais eficiente os recursos de saúde existentes na RS?
- Como articular os recursos disponíveis e obter outros para se efetivar uma rede de atenção local-regional?
- E qual o fórum mais adequado para discussão e deliberação sobre essas questões?

Acredita-se que essas questões possam ser melhor abordadas dentro do Colegiado de Gestão Regional (CGR), espaço de gestão destinado às discussões e ao encontro de soluções sustentáveis e cooperativas para o cenário regional, com vistas à construção de uma rede de atenção alicerçada nas especificidades regionais do setor Saúde e dos demais setores da sociedade, alinhada por uma gestão mais participativa.²³

Na análise das ICSAP, também se levou em conta o recurso financeiro envolvido nas internações pelo SUS provenientes da RS. Vale notar que os valores pagos pelas internações decorrentes dos partos encontram-se no valor total gasto com internações gerais de pacientes residentes na RS de São José do Rio Preto-SP. Se esses gastos tivessem sido desconsiderados, o percentual de gastos com ICSAP teria sido maior. É importante frisar que reajustes nas tabelas de pagamento das AIH afetaram favoravelmente os valores dos pagamentos das internações, a partir da criação da tabela unificada em janeiro de 2008. No período do estudo, ocorreram alterações no faturamento, com aumento dos valores pela inclusão de novos procedimentos na tabela, relacionados a exames complementares, serviços profissionais e diárias de leitos especializados. A análise da Tabela 4 apontou o gasto total com ICSAP, no período do estudo, de R\$ 30.370.691,08 – ou 17,0% do total de R\$ 177.740.869,31 gasto com internações gerais (pagas pelo SUS) de pacientes residentes em municípios da RS de São José do Rio Preto-SP. As ICSAP decorrentes

das causas e diagnósticos do aparelho circulatório consumiram o valor de R\$ 21.974.375,00 – 72,2% do total de ICSAP. Peixoto e colaboradores,¹⁷ ao estudarem o custo de internações entre idosos brasileiros, encontraram resultado semelhante: as internações por doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por quase 40% dos gastos com internações hospitalares. Ademais, as doenças do aparelho circulatório que demandam internação e assistência de alta tecnologia são dispendiosas devido ao uso de equipamentos, insumos médicos e hospitalares. Por sua vez, ressalta-se que 46,6% das ICSAP na região correram em idosos e consumiram R\$ 17.075.623,04 – 56,22% do total gasto com ICSAP, no período analisado. Este fato ratifica a necessidade de melhor compreensão desse evento nessa parcela da população.

Frente a esses resultados, depreende-se que a diminuição do gasto com ICSAP poderia favorecer a capacidade de investimento da RS de São José do Rio Preto-SP, a partir da melhora da eficiência no uso do recurso financeiro, que é responsabilidade primeira da gestão pública. Mendes²⁴ chama a atenção para uma organização do sistema de saúde que considere, conjuntamente, a atenção às condições agudas (geralmente de curso curto, respondidas por um sistema reativo e ações episódicas) e às condições crônicas (de curso mais longo, exigentes de um sistema de resposta proativa, contínua e integrada). Esse modo organizativo da atenção mostrou-se mais efetivo – mais eficiente e de melhor qualidade nos resultados – do que os atuais formatos organizacionais centrados nas respostas às condições agudas e às agudizações das doenças crônicas.²⁴ O autor ainda destaca que uma atenção primária forte, nos moldes da ESF, surge como uma das possibilidades para o rompimento desse distanciamento entre a análise das condições de saúde da população e a organização do sistema de saúde, salientando a eficiência e efetividade de sua capacidade de resposta às reais necessidades de saúde da população.²⁴

Em que pese a complexidade da avaliação da capacidade resolutive da atenção primária à saúde e/ou da acessibilidade a seus serviços, diante dos resultados encontrados, ratifica-se a análise das ICSAP no contexto de uma RS como um indicador que revela aspectos essenciais da organização desse ponto do sistema.

A regionalização da saúde tem como uma de suas finalidades aproximar os gestores da realidade

vivida pela população, para que o planejamento em saúde seja consoante a ela. O estudo das ICSAP deve acontecer, primeiramente, dentro do espaço da RS, permitindo que as discussões sobre esse diagnóstico de saúde regional ocorram no âmbito dos fóruns gestores do SUS, especialmente nos colegiados de gestão regional – CGR. Trata-se de um esforço para articular conhecimentos da epidemiologia e do planejamento em saúde, no sentido do aperfeiçoamento da gestão do SUS e do atendimento às necessidades de saúde. Para a RS de São José do Rio Preto-SP, os resultados deste estudo instigam os gestores a motivar as equipes de saúde para o fortalecimento dos atributos de APS, principalmente a orientação comunitária. Faz-se mister a valorização da análise contextualizada dos agravos, que implica maior conhecimento do território, na perspectiva de uma ação locorregional orientada pelas necessidades da população.

Como o presente estudo utilizou uma fonte secundária de dados com reconhecidas limitações (ausência de informações de interesse, falta da padronização na coleta, variação na cobertura temporal e espacial dos dados e sua qualidade), seus resultados podem não ser totalmente fidedignos ao evento estudado.²⁵ O fato de terem sido incluídas apenas as internações financiadas pelo SUS e de o evento de interesse ser também determinado pela oferta de leitos devem ser considerados como limitações para esta pesquisa. Ademais, como foram analisadas as ICSAP de uma única região do interior paulista, os resultados não devem ser generalizados. Cabe, neste momento, registrar que a análise das ICSAP como indicador deve ser vinculada à interpretação da organização do sistema de saúde e dos determinantes sociais do processo saúde-doença.²⁶

Entretanto, reafirma-se que a análise das ICSAP, considerando o perfil epidemiológico, econômico, cultural, social e demográfico da população, a estruturação da rede de serviços e os gastos delas decorrentes, reúne elementos robustos para o processo de avaliação do desempenho da APS. Sugere-se a realização de estudos que investiguem se a alta proporção de ICSAPS seria consequência de uma atenção primária à saúde com maior ou menor envolvimento da Estratégia Saúde da Família.

É fundamental o posicionamento dos gestores estadual e municipais, mediante ações técnicas e políticas com o objetivo de compreender mais profundamente

as causas desse evento no contexto regional, para que a organização da atenção primária à saúde e o desenvolvimento pleno de seus atributos possam impactar a ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária – ICSAP. Mostra-se igualmente interessante e oportuna a comparação dos achados deste estudo para a região de saúde de São José do Rio Preto-SP com outras realidades regionais, mediante o desenvolvimento de estudos, tanto quantitativos quanto qualitativos, para se identificar as potencialidades e as fragilidades do cenário regional, estimulando os gestores da saúde a elaborarem seus projetos na direção das necessidades de saúde e da construção de uma rede de atenção regionalizada, solidária e cooperativa.

Referências

1. Nedel FB, Facchini LA, Mateo MM, Vieira LAS, Thumé E. Programa de Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saude Publica*. 2008 dez;42(6):1041-52.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família [citado 2013 set 9]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 48-55, 24 out. 2011. Seção 1.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamentação da Lei nº 8.080/90, *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 1, 29 jun. 2011. Seção 1.
5. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004 Sep;14(3):246-51.
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União, Brasília*, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1.
7. 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 Saude Publica*. 2009 jun;25(6):1337-49.
8. Nedel FB, Facchini LA, Martín M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saude*. 2010 jan-mar;19(1):61-75.
9. Ferreira JBB, Bombarda FP, Forster AC, Chaves LDP, Vallim S, Almeida TL. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez N, Elias PEM, Seixas PHS, organizadores. Política e gestão pública em saúde. São Paulo: Hucitec; 2011.
10. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal da Saúde; 2010.
11. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2012 out [citado 2013 mai 20];46(5):761-8. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v46n5/01.pdf>
12. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefanoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período

Contribuições dos autores

Ferreira JBB participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e final do artigo.

Borges MJF participou da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e revisão final do artigo.

Santos LL e Forster AC participaram da análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual e final do artigo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

- 2005-2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2012 abr-jun;21(2):275-82.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006 jul-set;11(3):669-81.
14. Oliveira NAA. Análise das características das internações por condições sensíveis à Atenção Primária [monografia]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
15. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2009 dez;43(6):928-36.
16. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças de seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do 12º Seminário de Economia Mineira; 2006 ago 29-set 1; Diamantina: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006 [citado 2011 jul 20]. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf
17. Peixoto SV, Giatti L, Alfradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude*. 2004 out-dez;13(4):239-46.
18. Yasuda AM. A Estratégia de Saúde da Família e as internações por condições sensíveis à Atenção Primária [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2011.
19. 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):348-55.
20. Dias-da-Costa JS, Bittenbender DC, Hoefel AL, Souza LL. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010 fev;26(2):358-64.
21. 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*. 2008 dez;11(4):633-47.
22. São Paulo (SP). Secretaria de Estado da Saúde. Seminário da Atenção Básica. 2010. Documento norteador da atenção básica no estado de São Paulo. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2007.
23. Ferreira JBB, Chaves LDP. Regionalização e redes de atenção à saúde. In: Rocha JSY. Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil. São Paulo: Atheneu; 2012.
24. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Coletiva* [Internet]. 2010 ago [citado 2013 mai 8];15(5):2297-305. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf
25. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saude Publica*. 2006 jan;22(1):19-30.
26. Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011. 307 p.

Recebido em 27/05/2013
Aprovado em 06/01/2014