

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE CRIANÇAS
INTERNADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM
PEDIATRIA EM SÃO LUÍS, MA.**

**SÃO LUÍS, MA.
DEZEMBRO– 2016**

PATRÍCIA GIULLIANE DA SILVA BARROS

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE
CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PEDIATRIA EM
SÃO LUÍS, MA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde da Universidade Ceuma como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Gestão de Programas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Dagolberto Calazans

**SÃO LUÍS, MA
DEZEMBRO – 2016**

B277i BARROS, Patrícia Giulliane da Silva

Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças internadas em hospital de referência em pediatria em São Luís, MA / Patrícia Giulliane da Silva Barros. - São Luís: UNICEUMA, 2016.

98. : il.

Orientador: Prof. Dr. Dagolberto Calazans

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde. Universidade CEUMA, 2016.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde Pública. I. Calazans, Dagolberto (Orientador). II. Título.

CDU 614:616-053.2

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE
CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM PEDIATRIA EM
SÃO LUÍS, MA**

Patrícia Giulliane da Silva Barros

Banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Dagolberto Calazans
Orientador
Universidade Ceuma

Prof. Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha
Examinador Externo
Laboro

Prof. Dr. Marcos Pacheco
Examinador Interno
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Rachel Vilela de Abreu Haickel Nina
Examinador Interno
Universidade Ceuma

Profa. Dra. Cristina Loyola
Examinador Interno
Universidade Ceuma

À **Deus** por me dá a graça da determinação
Aos meus pais **Candido e Gilsene** por sempre
me apoiarem e incentivarem.
Ao meu amado esposo **Rafael** por ser esse
parceiro, amigo, pela paciência e incentivo
sempre, te amo.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos por DEUS, já que Ele colocou pessoas tão especiais a meu lado, sem as quais certamente não teria dado conta!

A meus pais, **Candido e Gilsene**, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

A meu querido esposo, **Rafael**, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido ao seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

Aos meus amados filhos **Ana Vitória e Bento José** pelo grande incentivo de ir a luta todos os dias e não desistir em meio a tantos desafios.

Ao meu orientador **Dagolberto Calazans**, pelo grande apoio na construção desse sonho.

Aos professores do PGGPSS, em especial à nossa diva **Cristina Loyola**, é claro, que acreditaram em meu potencial de uma forma a que eu não acreditava ser capaz de corresponder. Sempre disponível e disposta a ajudar, querendo que eu aproveitasse cada segundo dentro do mestrado para absorver algum tipo de conhecimento. Fizeram-me enxergar que existe mais que pesquisadores e resultados por trás de uma dissertação, mas vidas humanas...

À Secretaria do PGGPSS, na pessoa do **Rafael e Raquel** pela disponibilidade, simpatia e gentileza. Obrigada pela ajuda!

A meus amigos do mestrado PGGPSS, pelos momentos divididos juntos, especialmente à **Nayana, Aurelice, Rosione, Regiane e Danielle**, que se tornaram verdadeiras amigas e tornaram mais leve meu trabalho. Aos poucos nos tornamos mais que amigas quase irmãs... Obrigada por dividir comigo as angústias e alegrias e ouvirem minhas bobagens. Foi bom poder contar com vocês!

Finalmente, gostaria de agradecer à Secretária de Saúde do Estado, por abrirem as portas para que eu pudesse realizar este sonho que era a minha DISSERTAÇÃO DE MESTRADO. Às minhas Alunas, em especial a **Vanessa** pelo apoio e comprometimento, Proporcionaram-me mais que a busca de conhecimento técnico e científico, mas uma LIÇÃO DE VIDA.

Ninguém vence sozinho... OBRIGADA A TODOS!

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

Marthin Luther King

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Diagrama de situações e circunstâncias.....	26
Gráfico 1 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados por procedência entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.....	35
Gráfico 2 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados por sexo entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	35
Gráfico 3 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados por grupo etário selecionado entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.....	36
Gráfico 4 - Frequência de diagnósticos obtidos nos grupos da Lista Brasileira de ICSAP, de pacientes internados , nos anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	37
Gráfico 5 - Frequência de Internações por grupo de causas por ICSAP de pacientes internados , entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.....	41
Gráfico 6 - Distribuição de Grupos de causa por ICSAP por procedência de pacientes internados, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.....	43
Gráfico 7 - Coeficiente de correlação de Pearson para a relação entre os números de ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís no período de 2012 a 2015. São Luís/MA. 2016	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo variáveis de procedência entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	34
Tabela 2 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causa de pacientes internados , entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	36
Tabela 3 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causa e sexo, de pacientes internados , entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	39
Tabela 4 - Número e proporção de internações hospitalares por ICSAP registradas por grupo etário selecionado , entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	40
Tabela 5 - Número e proporção de ICSAP por grupo de causas, de pacientes internados, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016	42
Tabela 6. As ICSAP notificadas de cada municípios dos anos de 2012 a 2015 e a ICSAP avaliadas em São Luis-MA.....	42

LISTA DE SIGLAS

ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIH	-	Autorização de Internação Hospitalar
APS	-	Atenção Primária em Saúde
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CAPS	-	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CID 10	-	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
CSAP	-	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
ICSAA	-	Internação por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial
ICSAP	-	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS	-	Instituto Nacional de Previdência Social
INPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	-	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAD	-	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS	-	Política Nacional de Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
SAS	-	Secretaria de Atenção à Saúde
SIH/SUS	-	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	-	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas pela Infância
URSS	-	União da República Socialista Soviética
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva

BARROS, Patrícia Giulliane da Silva, **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre Crianças Internadas em Hospital de Referência em Pediatria em São Luís, MA**, 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 92 p.

RESUMO

Às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) representam um conjunto de problemas de saúde cuja efetiva ação da atenção primária (APS) poderia reduzir o risco de um desfecho de hospitalização. Dentro deste contexto, o objetivo deste trabalho é analisar as ICSAPs em crianças internadas, em São Luís, Maranhão no período de 2012 a 2015. A metodologia escolhida foi um estudo descritivo, retrospectivo, dos dados epidemiológicos de diagnósticos de pacientes com idade de 0 a 14 anos, coletados do hospital referência em pediatria da rede estadual, no período de 2012 a 2015, utilizou-se também como fonte de pesquisa dados secundários dos seguintes sistemas: DATASUS-SIH/IBGE/MS-DAB. Os resultados evidenciam um total, de 4932 internações, com uma taxa de hospitalização de 21%, houve predomínio da faixa etária de 1 a 4 anos (42,4%), do sexo masculino (54,8%), a procedência dos pacientes foi 52,1% da Capital São Luís e 47,3% do interior do Maranhão. Dentre os grupos de CSAP da Lista Brasileira, o mais frequente foi os das infecções de ouvido, nariz e garganta (29,9%), seguidos pelas doenças relacionadas ao pré-natal (17,8%) e pneumonias bacterianas com (12,7%), condições essas evitáveis por medidas de atenção básica que revela a fragilidade dos sistemas ambulatoriais, sinalizando a necessidade de intensificação de ações e programas voltados para saúde da criança, a consolidação das Redes de Atenção pode refletir sobre a maneira em que os serviços de saúde podem se organizar para implementar a integralidade na atenção à saúde para esse grupo etário, com foco na atenção primária

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Saúde Pública.

BARROS, Patrícia Giulliane da Silva, **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre Crianças Internadas em Hospital de Referência em Pediatria em São Luís, MA**, 2016, Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) - Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 92 p.

ABSTRACT

The Hospitalizations Sensitive to Primary Care (HSPC) represent a group of health problems which the effective action of primary care would reduce the risk of hospitalizations outcomes. In this context, the aim of this study is analyze the HSPC in hospitalized children. This study happened in Sao Luis, Maranhão during the year of 2012 to 2015. The methodology was a descriptive and retrospective study of the epidemiological data of 0 to 14 years old patient's diagnosis. The data was collected in a reference pediatric hospital from the state network during 2012 to 2015. The DATASUS-SIH/IBGE/MS-DAB also were used as a secondary database. It was analyze 4932 hospitalizations, which 21% were rate of hospitalizations. There were the predominance of 1 to 4 years old children (42,4%), male gender (54,8%). The patient's provenience were 52,1% from the capital Sao Luis and 47,3% to the countryside of Maranhão. Among the HSPC groups from the Brazilian list, the more common were ear, nose and throat infections (29,9%), followed to diseases related to pre-natal (17,8%) and bacterial pneumonia (12,7%). In conclusion, it was possible observe the increase in the HSPC rate shows the fragility of ambulatorial system, with emphasis in primary care, the consolidation of Care Networks may reflect on the way in which health services can organize to implement integrality in health care for this age group, with a focus on primary care.

Palavras chaves: The Hospitalizations Sensitive to Primary Care. Primary Care. Child Hospitalization.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	Geral	17
2.2	Específicos	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	Contexto histórico da saúde brasileira	18
3.2	Atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde	21
3.3	Internações por condições sensíveis a atenção primária	25
4	MATERIAL E MÉTODOS	31
4.1	Tipo de estudo	31
4.2	Período e local de estudo	31
4.3	Fontes de dados	32
4.4	Variáveis estudadas	32
4.5	População e critérios de inclusão	33
4.6	Análise estatística	33
4.7	Aspectos éticos	33
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
	REFERENCIAS	87
	ANEXOS	59
	ANEXO B - LISTA BRASILEIRA DE CSAP	60
	ANEXO C - PARECER AUTORIZANDO A PESQUISA	61
	APENDICE A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	62
	APENDICE B- ARTIGO CIENTIFICO	72

1 INTRODUÇÃO

A Atenção primária tem impactado as discussões a respeito da organização dos complexos as assistenciais em todo mundo. Considerada a porta de entrada do sistema de saúde, a APS fundamenta-se pela atuação da promoção e prevenção de saúde , com foco nas enfermidades e agravos mais prevalentes que acometem a população , além do manejo sobre as doenças existentes (TURA,SOARES,CASARTELLI,2014).

Para que a APS possa cumprir seu papel enquanto estratégia de orientação e organização da rede assistencial, suprimindo as necessidades da população é fundamental que os atores inseridos neste modelo compreendam a saúde com direito coletivo com foco no enfretamento dos aspectos sociais que determinam tais necessidades, rumo às iniquidades (SOUZA, 2014). Tem-se por consenso que a APS é imprescindível na construção de um sistema robusto e que garanta resultados positivos para a assistência.

Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária (NEDEL et al., 2008).

De acordo com Couttolenc (2010), o sistema de saúde brasileiro é ineficiente e perdulário, afirmam que a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro tem sido os pronto-socorros e que os hospitais respondem 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações. Além disso, empregam 56% dos profissionais de saúde. Os dados apresentados por Couttolenc (2010) evidenciam o tamanho do desafio que os gestores e os profissionais de saúde têm pela frente. Para Ele,

Dada a natureza ‘hospitalocêntrica’ do sistema de saúde e a ênfase no atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, o Brasil parece despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que requerem atenção coordenada entre vários prestadores de serviços de saúde (COUTTOLENC, 2010, p. 4).

O entendimento dos fatores associados à utilização de serviços hospitalares é fundamental para a discussão de políticas voltadas para o aumento da equidade do sistema de saúde brasileiro. Equidade é um conceito complexo, com diversas formas de operacionalização. As normas do Sistema Único de Saúde (SUS) estão de acordo com a definição de equidade como “tratamentos de saúde iguais para necessidades de saúde iguais” (PORTO, 1997).

É importante salientar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados, espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidas continuamente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), diminuam a necessidade de acesso aos níveis assistenciais de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares (MAFRA, 2011).

Sendo assim, um bom sistema de saúde deve prover serviços que sejam: acessíveis, utilizados quando necessários; acessados sem barreiras geográficas, financeiras, sociais, culturais, linguísticas e de gênero; e acessados integralmente, ou seja, nos serviços promocionais, preventivos, curativos e reabilitadores; equitativos e eficientes; e providos eticamente de forma justa, com maior foco na promoção. Para tanto, as estruturas de assistência deverá estar funcionando corretamente. Porém, com excessos no quantitativo de internações, algumas dessas características não são atingidas e conseqüentemente há uma sobrecarga nos serviços existentes, resultando em grandes filas, onde pessoas disputam o atendimento sem critério algum a não ser pela hora da chegada, sendo atendidos de forma pontual e sem atenção integral.

No entanto, compreende um grande desafio o processo de reestruturação do modelo assistencial do SUS orientado pela APS tornando-se relevante avaliar os resultados e impactos alcançados, assim como a qualidade dos serviços ofertados de modo a verificar se as responsabilidades designadas para a atenção primária estão sendo atingidas e estão sendo capazes de produzir ganhos de equidade, integralidade, qualidade, entre outros, impactando positivamente na saúde da população.

Nesse sentido, um instrumento que tem sido utilizado para avaliação indireta do primeiro ponto de atenção à saúde refere-se as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) , a *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, criado ao final da década de 1980 nos Estados Unidos, representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária deve ter como consequência a redução das internações e permanência no hospital. Atividades como: a prevenção de doenças infecciosas por imunização (sarampo, tétano, difteria, entre outras), o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias como as gastroenterites, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, auxiliam na diminuição da taxa de internações evitando futuros problemas (ALFRADIQUE et al., 2009).

De forma coerente com tendência observada no âmbito internacional, o Ministério da Saúde decidiu criar uma lista de condições sensíveis à atenção primária que refletisse a

realidade da saúde no território brasileiro. A Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 221, de 17 de abril de 2008, que oficializou a lista brasileira, definiu que deveria ser utilizada “como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal”. (ALFRADIQUE et al., 2009).

Desde então, o monitoramento das ICSAPs contribui como um instrumento de gestão do cuidado na APS, desde que compreendido na realidade do território que a gerou (ou a influenciou), podendo ser empregada para pesquisas de políticas de saúde e financiamento do sistema (MAFRA, 2011). Para a população, uma hospitalização que pode ser prevenida por meio do acesso oportuno e o tratamento precoce de doenças sensíveis à APS resultam em melhora na sua qualidade de vida, visto que minimiza a possibilidade do afastamento de seu emprego, estudo, família, entre outros. Contudo a maioria dos estudos considera as internações por CSAP um indicador da efetividade do primeiro nível da atenção do sistema de saúde, pressupondo que pessoas internadas por essas condições não receberam assistência efetiva e em momento oportuno, levando ao agravamento de sua condição clínica e exigindo hospitalização, teve como indagação: Atenção primária está eficaz para evitar as internações por condições sensíveis em crianças?

Hoje se pode afirmar que a avaliação das internações por CSAP é uma ferramenta imprescindível para o monitoramento do desempenho da rede assistencial e avaliação da qualidade da atenção primária em várias nações, incluindo o Brasil. Conhecer a realidade para transformá-la é a finalidade deste estudo que teve com objetivo de **analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças internadas, em São Luís, Maranhão**, no período de 2012 a 2015.

Dessa forma, o estudo é relevante pela óbvia importância de se analisar este tipo de indicador no contexto atual já que a Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos pilares da política de saúde no Brasil, pelas grandes transformações em curso do perfil epidemiológico e demográfico do país, uma vez que as CSAP guardam estreita relação com a idade. Entretanto, no âmbito do planejamento e da organização dos serviços hospitalares, o conhecimento sobre a tendência que se pretende estudar poderá subsidiar decisões e investimentos, e ainda a reorientação e reorganização dos serviços além da associação com a dimensão da qualidade da atenção, o olhar da lógica de organização dos serviços de APS na perspectiva dos usuários do Maranhão.

Tal contexto de problematização da APS associado à vivência dentro da especialidade de pediatria forma a parte da base motivadora da pesquisadora para realização

do presente estudo ao possibilitar aprofundar o olhar sobre a temática, é um estudo que permitirá medir os impactos da APS na saúde da população infantil de um hospital de referência em pediatria na rede estadual de saúde. Além disso, considerando a formação como enfermeira, destaca-se que ações de enfermagem no âmbito da APS podem contribuir na qualidade da atenção prestada, visto que compreendem importantes aspectos a serem considerados em todas as fases da vida, especialmente na infância refletindo no crescimento e desenvolvimento adequados e, também, na redução da frequência e do tempo de hospitalizações.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças internadas, em São Luís, Maranhão.

2.2 Específicos

- a) Classificar as internações por condições sensíveis à atenção primária de acordo com a lista brasileira de ICSAP;
- b) Conhecer a prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital da rede secundária;
- c) Verificar o perfil epidemiológico das crianças internadas por condições sensíveis à atenção primária;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contexto histórico da saúde brasileira

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida, de acordo com a Declaração de Alma-Ata, como a atenção essencial à saúde baseada em uma prática científica socialmente aceita e em tecnologias acessíveis a indivíduos e seus grupos familiares que residem nas comunidades, desenvolvidas a partir de custos racionalizados que permitem sua operacionalização em diversos países, independentes do seu estágio de desenvolvimento. A APS, ainda segundo essa declaração, é parte integral dos sistemas de serviços de saúde, representando seu eixo reestruturador. É também considerada a porta de entrada nos serviços de saúde, funcionando como o primeiro contato de indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, estando sempre o mais próximo possível ao ambiente em que vivem, constituindo também o elemento inicial de um processo contínuo de atenção (WHO, 1978).

A partir desse conceito de Alma-Ata, Giovanella e Mendonça (2009) consideram a APS como um conjunto de práticas em saúde, indivíduos e coletivos, considerada a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde centrados no usuário. Ainda segundo essas autoras, a Atenção Primária representa serviços onde ocorre o primeiro contato do sujeito com o sistema de saúde, direcionado a coibir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, representando, portanto, uma atenção ambulatorial de primeiro nível.

No contexto da Saúde Pública brasileira, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou a redefinição do modelo de atenção à saúde, no qual o modelo hospitalocêntrico hegemônico, centrado na doença e com priorização de usos de tecnologias de alto custo, deu lugar a um modelo centrado na comunidade. Sob esse novo olhar, a manutenção da saúde e a prevenção de doenças dos usuários do sistema se transformam no eixo principal das ações, e estas passaram a ser desenvolvidas levando em conta tecnologias mais baratas, no entanto, não menos efetivas. No modelo atual focado na promoção e prevenção, a assistência curativa e as tecnologias de alto custo não são excluídas do processo de cuidado, garantindo, dessa forma, a integralidade e equidade da assistência (PAIM, 2006).

A APS deve servir de núcleo orientador do sistema e principal “porta de entrada” para o usuário, trabalhando com princípios de vigilância à saúde. Dela se espera o manejo de cerca de 80% (STARFIELD, 1994) das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais

níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado (DAWSON, 1964; STARFIELD, 1994; MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

A primeira referência ao termo é creditada à Lord Dawson, quando, em 1920, propõe que a organização da atenção pública à saúde no Reino Unido seja baseada na ‘territorialização’ da população, sugerindo um desenho em que o primeiro nível de atenção seria dado por médicos, enfermeiros e outros trabalhadores da saúde em atendimento domiciliar, daí referidos a centros de saúde de tecnologia ‘leves’, responsáveis pela primeira atenção ao usuário em dependências institucionais e pelo encaminhamento dos casos com situação clínica mais grave, urgente ou complexa, a outros centros de tecnologia biomédica mais ‘pesada’, se necessário (DAWSON, 1964). Os centros de atenção primária se localizariam em núcleos territoriais pequenos, com adscrição da clientela residente na área e se refeririam, de forma radial, aos centros “secundários” (especializados), localizados em cidades maiores.

O processo de industrialização e urbanização, que ocorreu no Brasil a partir da década de 1920, trouxe consigo outras demandas, relacionadas à força de trabalho, culminando com adoção do modelo Médico-Assistencial Privatista, caracterizado pela assistência individual em hospitais, ambulatórios e consultórios (MELLO, 2011). A organização da classe trabalhadora primeiro em Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) das empresas, mais tarde, foi instituída o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INPS), a posteriori Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), as mesmas mantinham o foco na assistência a quem possuía vínculo empregatício/beneficiários. Em 25 de fevereiro de 1967 houve uma Reforma Administrativa Federal, sua importância foi formular e coordenar a Política Nacional de Saúde (PNS) que até então não havia saído do papel; e em 1970 ocorreu a Reforma Sanitária objetivando a democratização da saúde (SOUZA, 2002; LIMA, 2014).

Foi através da Reforma Sanitária que defendia que a saúde não era apenas um problema médico e sim social, que em 1986, através da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), foi criado o Sistema Único de Saúde, contudo só foi efetivado em 5 de outubro de 1988. A Constituição Federal, na seção II, art. 196 diz que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, não paginado); este direito é garantido por políticas sociais e econômicas, neste mesmo ano aderiu-se a uma gestão participativa e municipalizada, conseguindo descentralizar a saúde (SOUZA, 2002; LIMA, 2014).

A saúde pública anterior ao SUS atendia 30 milhões de brasileiros, que correspondia àqueles contribuintes da Previdência Social. Nos anos de 70 e 80 a população deu seguimento ao movimento sanitário, para solucionar o problema da maioria, que não era assistido pela saúde, no ano de 1990 é extinto as INAMPS e INPS e é regulamentado o SUS, em 19 de setembro a 8ª CNS aprovou a Lei Orgânica 8080/90, assegura o direito a população a saúde. E após 23 anos, o SUS atende 70 milhões de brasileiros; porém ainda há muito a ser ajustado para que o sistema se adeque ao perfil populacional do país (LIMA, 2014; DEININGER et al., 2015).

A saúde no Brasil, a partir da Constituição de 1988, passou a ser um direito de todos e um dever do Estado. Fruto do movimento social da Reforma Sanitária Brasileira, em um contexto político de redemocratização e busca pelos direitos do cidadão, a construção do Sistema Único de Saúde tem na 8ª Conferência Nacional de Saúde o ambiente formador de suas diretrizes, que anos mais tarde balizariam o texto que compôs as Leis Orgânicas da Saúde (LIMA et al., 2005).

O SUS, disciplinado pelas Leis e Lei 8.142/90, tem seus princípios e diretrizes. Paim (2009) define como princípios do SUS a universalidade no acesso, a integralidade da assistência, a preservação da autonomia das pessoas e a igualdade da assistência à saúde. Esse mesmo autor, ainda aponta como diretrizes a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento, divulgação de informações e organização de serviços públicos de modo a evitar duplicidade.

A implantação do SUS se deu em um contexto político e econômico desfavorável. Enquanto o conceito do SUS pressupunha a existência de um Estado forte, que subsidiasse o acesso universal e demais princípios e diretrizes, o cenário macropolítico mundial era influenciado pelas políticas neoliberais. Além disso, a crise econômica da década de 1990, com altas taxas de desemprego e diminuição da receita fiscal no Brasil complicaram ainda mais a questão do financiamento do SUS, prejudicando a instalação de uma rede de serviços que fosse efetiva e de qualidade (PAIM et al., 2011).

Portanto, o elevado gasto com a saúde não se acompanhou de igual melhoria nos níveis de saúde e menos ainda no acesso da maior parte da população aos serviços e tecnologias. Essa nova organização do modelo assistencial carregaria consigo a possibilidade de uma mudança paradigmática nas práticas assistenciais (GOULART, 2010) e obteve melhoria de indicadores de saúde, especialmente nos grupos mais pobres da população, sobretudo nos referentes à acessibilidade e saúde materno infantil (BRASIL, 2009).

A integração entre a Atenção Básica e a Saúde Pública é uma estratégia primordial para alcançar populações desassistidas tendo em vista que encoraja iniciativas baseadas em ações na comunidade e abordagens práticas transdisciplinares (PINTO et al., 2012). O caminho para garantir essa integração no Brasil foi a criação do Programa Saúde da Família, hoje chamado Estratégia Saúde da Família, por ter superado seu caráter programático pontual e ter se tornado eixo norteador da implantação e organização das ações no nível da Atenção Básica (TEIXEIRA, 2006).

3.2 Atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde

Neste contexto que, expressões APS, Cuidados Primários de Saúde e Atenção Básica, são sinônimos, sendo mais utilizado no Brasil o primeiro termo, e em Portugal o segundo termo e no SUS o terceiro termo. A AB incorpora os princípios do SUS, é a principal estratégia para promoção da saúde da família que visa o rompimento do modelo medico-assistencial da década de 80, que atendia por demanda espontânea, tinha cerne curativo e centrado na assistência hospitalar, utilizando uma abordagem de prevenção e promoção, incluindo a população nos demais níveis assistenciais (FONTENELLE, 2011; MAFRA, 2011).

Para a construção da AB, houve fatores históricos determinantes até sua consumação. Em 1978, no período de 6 a 12 de setembro, houve uma Conferência Internacional realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), no qual o tema discutido foram os Cuidados Primários a Saúde, ocorreu na cidade de Alma-Ata, União da República Socialista Soviética (URSS) (atualmente conhecida como Almaty, Cazaquistão), foi um marco na história no que diz respeito à disseminação da atenção primária, pois resultou na Declaração de Alma-Ata, que definiu o conceito dos cuidados primários de saúde para a atenção primária (FONTENELLE, 2011; MAFRA, 2011):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO..., 1978).

Na Declaração de Alma-Ata, eles estipulam uma meta, que “até o ano de 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde [...] como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (FONTENELLE, 2011, p. 10). Outra influência na constituição dos princípios da AP foi em 1994, elaborado pela comunidade europeia uma Carta Liubliana, a OMS adotou os princípios elaborados pela mesma, no qual consiste em oferecer atendimento acessível e aceitável para os pacientes, serviços curativos, paliativos e preventivos, que assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde e controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e o custo-efetividade dos recursos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1994; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996).

Para a promoção de saúde proposta pelo governo, surge o Agente Comunitário de Saúde (ACS), que assistiam as famílias, o comunitário e também o individual, atuavam na prevenção de doenças, orientações e outras intervenções, regulamentada como profissão pela Lei nº 11.350, posteriormente nasce em 1991, em âmbito federal o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que posteriormente se torna responsável pelos ACS). Em 1994, é instituído o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente conhecido como ESF, seu propósito foi de reestruturar o modelo de assistência à saúde da família; segundo o MS, o objetivo do programa é “[...] reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica [...] imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde [...]” (FONTENELLE, 2011, p. 12).

O Ministério da Saúde instituiu o PSF como política pública, é uma estratégia prioritária e organizativa do SUS. Na década de 90 a ESF tem como intuito proporcionar o acesso a AP e qualidade de assistência em âmbito nacional, estabelece níveis de assistência, propiciando ações de saúde, avaliação de usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores, adquirindo efeitos positivos nos indicadores de mortalidade infantil; obtinha equipe de saúde (médico generalista, um enfermeiro e ACS) de vem substituindo o modelo “tradicional”, o processo de trabalho realiza cadastramento do paciente, define território, diagnóstico situacional, planejamento de ações em saúde, abordagem multiprofissional (ALFRADIQUE et al., 2009; FONTENELLE, 2011).

A 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 ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)” (BRASIL, 2011, não paginado), estes programas asseguram a qualidade da APS, por meio do acesso aos serviços de saúde, responsáveis desde o primeiro contato com a atenção em saúde, o

acompanhamento do mesmo associado ao encaminhamento de outros serviços, mediante a necessidade. As ações do novo modelo consistem em “[...] equipes multiprofissionais, ações preventivas, curativas e de promoção à saúde e o alcance e integração da população com a unidade de saúde” (LIMA, 2014, p. 16).

Desde então a APS, é o primeiro contato com o sistema de saúde, sendo o mesmo a porta de entrada do paciente, caracterizado como primeiro nível de atenção tem como missão a resolutividade para as necessidades de saúde que lhe competem. Deve prestar assistência contínua e integral a população alvo e território delimitado, pondera o contexto social, demográfico e cultural visando resolver problemas de maior prevalência no território, coordenar a assistência com práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas dentro do sistema, de forma a organizar e integrar os diferentes níveis de atenção. Realiza atividades de educação e saúde, com participação comunitária, orientações no contexto familiar, de vida e de trabalho, ações de prevenção de doenças, diagnóstico precoce, redução de agravos de doenças crônicas, encaminha para serviços especializados, de média e alta complexidade apenas se necessário; quando a assistência é efetiva reduz gastos com a saúde dos níveis de maior complexidade, reduzindo as internações isso é possível através da provisão das ações (ALFRADIQUE et al., 2009; LIMA, 2014; DEININGER et al., 2015).

Percebe-se, que poucas vezes esse marco conceitual é observado, na prática, entre experiências bem – sucedidas esparsas e isoladas, entretanto passado 25 anos, a pretendida APS frequentemente não é mais que o primeiro nível de atenção para prestações selecionadas, distante dos princípios acordados na então União Soviética (TEJADA DE RIVERO, 2003). Sendo, assim a APS foi moldada à realidade de cada país e local, e seu conceito interpretado segundo diferentes visões de saúde e sociedade (GERVÁS, 2003; ORGANIZAÇÃO PAM-AMERICANA DE SAÚDE e ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003; TEJADA DE RIVERO, 2003; ATUN, 2004).

Logo, a APS com o processo de redemocratização do país se organiza em torno das ‘clínicas básicas’ – pediatria, Obstetrícia, clínica de adultos – mas, na prática, qualquer especialista poderia ser encontrado nos ambulatórios ou Unidades Básicas de Saúde (UBS), que se caracterizaram, grosso modo, pela simples triagem de pacientes a diferentes especialidades médicas. Portanto essa é a herança do SUS, que dificulta a efetivação de seus princípios e exigiu uma estratégia específica para a APS, a ESF (PAIM et al., 2011).

A ESF é considerada um modelo de Atenção Primária centrada na unidade familiar e operacionalizado na esfera comunitária. No Brasil, a ESF coordena todo o espectro assistencial em saúde, pois identifica as necessidades de atendimento, referencia aos

profissionais adequados e acompanha os resultados a partir das equipes de Saúde da Família. Define-se a ESF como um modelo de atenção primária, que atua na prevenção, promoção e reabilitação por meio das ações das equipes de Saúde da Família, comprometidas com a integralidade da assistência, focada na família e guiada pelo perfil epidemiológico e sociocultural da comunidade (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

O grande desafio para o fortalecimento da AB no Brasil é a expansão da Estratégia Saúde da Família em cidades com mais de 100 mil habitantes. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com o Banco Mundial, desenvolveu o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que viabiliza recursos para estruturação de equipes/unidades e ampliar/reestruturar iniciativas voltadas para o desenvolvimento de recursos humanos da Estratégia Saúde da Família. O PROESF ressalta os princípios fundamentais da ESF e se estrutura em três componentes: apoio à conversão do Modelo de Atenção Básica de Saúde, desenvolvimento de recursos humanos e monitoramento e avaliação (BRASIL, 2003).

Apesar dos avanços, O PSF e a Estratégia Saúde da Família são políticas de saúde e, como tal, sua efetivação se refaz no cotidiano, representando o resultado de uma complexa disputa de poder (TESTA, 1989; COHN, 1997). São os resultados das políticas de APS – o PSF em particular – que lhe permitirão construir legitimidade do discurso e prática de saúde. Ainda que, esse resultado pode ser abordado como um dos mais caros à atenção primária: sua meta de resolubilidade a nível local dos motivos mais comuns de procura de atenção médica (DAWSON, 1964; DECLARAÇÃO..., 1978; STARFIELD, 1994; MENDES, 1999; Gervás, 2003; ORGANIZAÇÃO PAM-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003).

Enfim, a capacidade dos serviços de saúde na prevenção de agravos à saúde e até mesmo óbitos, ou seja, evitabilidade que é debatida na saúde pública há décadas, esse indicador CSAP, poder um caminho. Estudos apontam para uma tendência de redução de ICSAP e esse fenômeno pode ocorrer devido a vários fatores, alguns negativos e outros positivos, capazes de contribuir para diminuição da frequência de internações hospitalares por essas condições. Entre fatores negativos encontram-se a redução da oferta de leitos hospitalares infantis e o aumento da dificuldade de acesso a rede hospitalar. Entre positivos destacam-se a melhoria na qualidade de vida, melhoria das condições sócias econômicas e ambientais, surgimento de novas tecnologias em saúde, e a implantação e aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família.

A expansão da Estratégia Saúde da Família no Brasil tem revelado um aumento expressivo na cobertura das ações e serviços de saúde. No entanto, o grande desafio encarado pelo SUS hoje é a busca pela qualidade, tendo em vista que a garantia de acesso já é uma conquista de muitos cidadãos (PAIM, 2009). Para superar esse problema, o uso de indicadores de fácil obtenção e análise deve ser encarado como uma ferramenta de diagnóstico situacional, a fim de nortear uma gestão de serviços que busque uma atenção primária resolutive e eficiente.

Nesse contexto, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária surgem como uma possibilidade exequível de análise da situação e da efetividade da Estratégia Saúde da Família, tendo em vista que este indicador é de relativa simplicidade de obtenção e possibilita uma estimativa de baixo custo (ALFRADIQUE et al., 2009).

3.3 Internações por condições sensíveis a atenção primária

Já no fim da década de 1980, Billings tentava compreender como a população considerada “medicamente indigente” acessava os hospitais na cidade de Nova York e quais barreiras poderiam interferir nesse acesso (BILLINGS et al., 1993), contudo com seus achados, descreveu um indicador de saúde que é chamado de condições sensíveis à atenção ambulatorial, estudou os diagnósticos hospitalares e verificou as doenças que estavam sendo tratadas nestas instituições. A partir daí algumas doenças poderiam ser evitadas com cuidados ambulatoriais adequados, sendo o pioneiro no conceito de problemas de saúde evitáveis, seus esforços vieram aprimorar o atendimento primário, promovendo saúde, prevenindo doenças, buscando tratamento e diagnósticos precoces e controlando as patologias crônicas (NEDEL et al., 2008 ALFRADIQUE et al., 2009).

Dessa maneira, após ser utilizado na Espanha (país conhecido por um sistema de saúde fundamentado na atenção primária), na mesma década, este indicador passa a ser visto com indicador de efetividade da atenção primária e hoje tem sido utilizado em vários países como marcador de qualidade de acesso aos serviços de saúde (NEDEL et al., 2010).

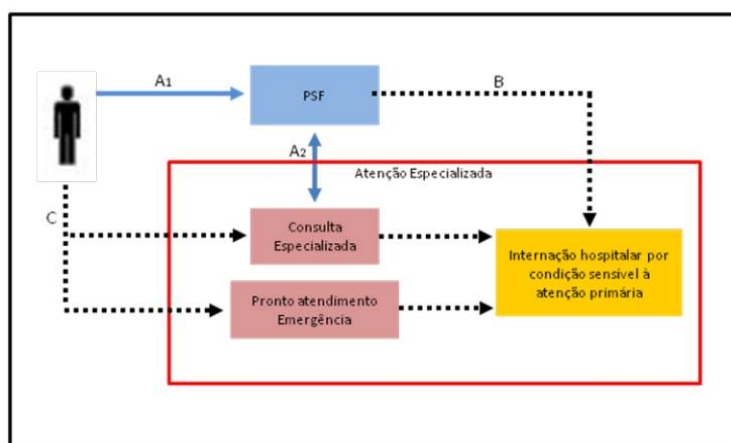
Para Caminal e Casanova a hospitalização por problemas de saúde susceptíveis de cuidados pela atenção primária, denominado Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC), constitui um novo indicador de atividade hospitalar, desenvolvido na última década, que pretende servir de medida da efetividade da atenção primária à saúde para a atenção de determinados problemas de saúde. Para as autoras, o fundamento que sustenta este indicador é que uma elevada capacidade de resolução por parte da atenção primária deveria implicar uma

diminuição dos ingressos hospitalares, pelo incremento das medidas preventivas, assim como da melhoria dos tratamentos ambulatoriais.

No Brasil, Caminal Homar e Casanova Matutano (2003), desenvolveram um marco conceitual sobre a APS e as hospitalizações por condições sensíveis, mencionaram vários estudos que tem apoiado a hipótese de que taxas elevadas de ICSAP configuram-se em indicação de inadequação da atenção ambulatorial.

(A figura 1 representa o fluxo de situações e circunstâncias das internações por condições sensíveis a atenção primária e auxiliará na compreensão do modelo explicativo desse fenômeno). Nesse diagrama, cujo objetivo é nortear o processo percorrido até o surgimento de uma ICSAP, sugerem-se os possíveis caminhos percorridos por um indivíduo com um problema de saúde que pode gerar uma internação evitável.

Figura 1 – Diagrama de situações e circunstâncias



Fonte: Caminal Homar e Casanova Matutano (2003)

Dessa maneira, observando a figura 1, verifica-se que o percurso A1 seria o desejado para a maioria das pessoas e apenas havendo necessidade da utilização de serviços especializados, se seguiria a sequência A2, na qual existe o encaminhamento para atenção especializada, com posterior retorno do usuário para APS (referencia / contra referência).

Apesar de o paciente seguir o percurso considerado ideal (A1 ou A2), existe a possibilidade dele continuar, direcionando-se para a sequência B do diagrama, que o leva para um internamento hospitalar por condição sensível a atenção primária. Esse percurso não desejado B ocorre pelo fato do nível primário do sistema de saúde não ser resolutivo oportuno e / ou de boa qualidade, visto haver evidências de que menores taxas de ICSAP estão associadas com serviços de atenção primária de melhor qualidade (STARFIELD, 2002; CAMINAL HOMAR e CASANOVA MATUTANO, 2003; PERPÉTUO e WONG, 2006).

No caminho C, a porta de entrada utilizada pelo indivíduo para ter acesso ao sistema de saúde é atenção especializada (consulta ou pronto-atendimento/emergência), pois, nessa sequência, o indivíduo busca diretamente esse nível do sistema, sem passar pela atenção primária. Esse percurso acontece por falta de acesso à atenção primária ou por uso indevido da atenção especializada.

Logo esse indicador identificado, em grande frequência nos hospitais, pode ser traduzido como uma atenção primária deficiente sem efetividade e acessibilidade, entretanto temos o número excessivo de usuários que é encaminhado para os níveis de média e alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares. Esse indicador é hoje conhecido no Brasil como CSAP (condições sensíveis atenção primária). (TORRES, 2011)

Portanto as CSAP são problemas de saúde atendidos por ações características ou de responsabilidade do primeiro nível de atenção do sistema de saúde, seja em nível de prevenção primária (imunizações, por ex.), secundária (o rastreamento do câncer de colo uterino) ou terciária (controle da hipertensão e diabete). A premissa básica subjacente ao uso das hospitalizações por CSAP como indicador de acesso a uma atenção oportuna e efetiva no primeiro nível de atenção, é que, independente do modo de organização do sistema de saúde, é razoável a ideia de que a hospitalização por certas condições deveria ser evitada por ações do primeiro nível de atenção à saúde.

Estudos com o indicador, assim como sua discussão pragmática e teórica, têm tido impulso na Espanha (CAMINAL HOMAR et al., 2001; CAMINAL et al., 2001; CAMINAL ET AL., 2002; CAMINAL HOMAR e CASANOVA MATUTANO, 2003; CAMINAL HOMAR et al., 2003; BERMUDEZ-TAMAYO et al., 2004; CAMINAL et al., 2004), Austrália (ANSARI et al., 2002; ANSARI et al., 2003), Nova Zelândia (HEFFORD et al., 2005) e Reino Unido (LAKHANI et al., 2005), e começam a surgir no Brasil (MENDES, 2002; MACHADO, 2003; SILVA, 2003).

A lista de causas varia entre os estudos: algumas, mais amplas (CAMINAL et al., 2001; BERMUDEZ-TAMAYO et al., 2004), incluem doenças evitáveis por vacinação, sífilis congênita, tuberculose, deficiências nutricionais, anemia ferropriva, convulsões, infecções de ouvido e doenças respiratórias, úlcera e apendicite perforadas, infecções urinárias, doença inflamatória pélvica, celulites, problemas de crescimento, hipertensão, insuficiência cardíaca e diabete, entre outras. Outras, mais limitadas (BILLINGS et al., 1993; BILLINGS et al., 1996; NITI e NG, 2003), enfocam as principais causas de internação local. Tampouco há uniformidade no que se refere às internações desnecessárias. Enquanto Alfradique (MACHADO, 2003) as contabiliza, Caminal, Starfield e outros (CAMINAL HOMAR e

CASANOVA MATUTANO, 2003; CAMINAL et al., 2004) consideram que a inclusão dessas causas tira especificidade do indicador enquanto ‘proxy’ da efetividade de políticas de APS, pois a APS não teria poder sobre essas hospitalizações.

Há variedade de estudos na literatura internacional que busca determinar a prevalência de hospitalizações por condições sensíveis em diferentes grupos populacionais. Essas prevalências variam de acordo com a faixa etária, raça, gênero e outros aspectos. Laditka et al., (2003), ao examinarem associações entre raça e etnia e as hospitalizações entre adultos e idosos, observaram que americanos afrodescendentes e de origem hispânica tiveram taxas de internações por condições evitáveis significativamente maiores do que entre os americanos brancos. Em outro estudo, Agha et al. (2007) examinou as disparidades socioeconômicas em hospitalizações evitáveis e não evitáveis em crianças e concluiu que a baixa renda foi associada a 50% mais chances de crianças serem internadas decorrentes de causas evitáveis, achado que corrobora com os encontrados por Ricketts et al. (2001).

Os esforços, no Brasil para melhorar a atenção primária, têm sido percebidos, a partir de 1994, com a criação do PSF, lançado há uma década e com adesão crescente por parte dos municípios, ainda não foi adequadamente avaliado em todos seus aspectos. Não apenas uma avaliação de seu impacto é necessária, como um indicador de impacto que permitisse o monitoramento e comparação de diferentes áreas contribuiria para vencer o desafio manifesto (GOULART, 2002) de avaliação e acompanhamento continuado do programa. Posteriormente modificado para Estratégia Saúde da Família (ESF)

Entre as ações voltadas à avaliação da atenção primária está o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, que foi “concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica” (BRASIL, 2003, p. 221), nos diferentes municípios do país.

Com isso, CSAP são um indicador bastante intuitivo e útil para pequenas áreas (BILLINGS et al., 1993; BILLINGS et al., 1996; CAMINAL et al., , 2002; MENDES, 2002; MACHADO, 2003), o que permite comparações diretas de pequenos e grandes aglomerados populacionais, podendo servir de importante subsídio aos gestores e conselheiros de saúde, em qualquer nível do sistema. A redução de internações por essas causas não só representaria uma melhora nas condições de saúde da população como economizaria dinheiro ao SUS. Mendes (2002) é enfático ao defender o uso do indicador como instrumento de avaliação da atenção primária, apontando as CSAP como responsáveis por 34% das internações pagas pelo SUS em 2001, a um custo de R\$6,00 per capita/ano.

No Brasil, os estudos envolvendo ICSAP se tornaram mais frequentes depois da iniciativa do Ministério da Saúde de criar a Lista Brasileira de ICSAP. Esta lista é composta por 19 grupos de diagnósticos, que, em 2006, representavam 28,3% das internações realizadas pelo SUS. Dentre esses diagnósticos, destacaram-se as gastroenterites e suas complicações, a insuficiência cardíaca e a asma, que representaram 44,1% de todas as ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009). Dentre os estudos brasileiros nessa temática, destacam-se as abordagens ecológicas, que lançam mão de Sistemas de Informações do Sistema Único de Saúde, além de análises de prontuários quando se pretende estudar essas hospitalizações em um único hospital e até mesmo de modelos mistos utilizando os Sistemas de Informações e os prontuários.

Inicialmente em 2005, houve um levantamento das listas nacionais existentes no Brasil, pois já havia registro do uso desse indicador em Minas Gerais, Ceará e Curitiba, portanto a lista foi adaptada às condições epidemiológicas brasileiras e segundo doenças mais prevalentes. Registram-se mais doenças infectocontagiosas e não há afecções odontológicas e mentais em relação à lista internacional, após discussão com gestores de saúde, pesquisadores e membros da Sociedade Brasileira de medicina de família e comunidades foi feita uma consulta pública e gerada a Lista Brasileira de condições sensíveis a atenção primária, com grupos diagnósticos (ALFRADIQUE et al., 2009).

Esta lista brasileira de CSAP foi utilizada no início por ser instrumento de avaliação do desempenho do programa da estratégia saúde da família, visando melhoria de acessibilidade e qualidade da atenção primária no país, posterior esse indicador se constituiu em mais uma ferramenta de avaliação da APS como um todo, dada sua relevância e sua abrangência nos processos avaliativos (ALFRADIQUE et al., 2009).

As ICSAPs foram reunidas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada em 2008 no Diário Oficial da União, para ser instrumento de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (BRASIL, 2008). A lista é composta por 74 diagnósticos, distribuídos em 19 grupos seguintes: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doença pulmonares, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus, epilepsias, infecção no rim e trato urinário; infecção de pele e tecido subcutâneo doença inflamatória dos órgãos

pélvicos femininos, ulcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (BRASIL, 2008) (ANEXOS A e B).

No Brasil, as CSAP podem ser obtidas a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), o que facilita seu o monitoramento ao longo do tempo e a comparabilidade entre municípios e outros agregados. O SIH/SUS recolhe informações da ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), usada para pagamento de todas as internações hospitalares pelo SUS no país, em hospitais públicos ou conveniados ao Sistema. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1998 (PNAD/1998), 63,1% das internações foram pagas pelo SUS e 24,6% por planos de saúde (CASTRO et al., 2002).

O uso de informações hospitalares permite ainda a captação de casos não identificados pelos serviços de APS, uma limitação da definição de resolubilidade como a proporção de pessoas não encaminhadas a outros serviços, entre as atendidas pelo médico.

Portanto, a hospitalização carrega aspectos de uma relação de consumo, onde tem peso (desigual) as expectativas do usuário e as prescrições do medico sobre a conduta terapêutica frente a um paciente e um problema de saúde específico. A opinião de ambos – medico e paciente – sobre a adequação da internação hospitalar dependera fundamentalmente de seu modo de inserção no modelo medico e da situação clinica do paciente, além de outras condições, como a possibilidade de adquirir e administrar a terapêutica indicada num fim-de-semana, por exemplo. Mas tanto o agravamento da situação clinica do paciente como a impossibilidade de administrar a terapêutica podem – devem – ser atribuídos ao sistema, já que são internações evitáveis e, a fim e cabo, a saúde e direito fundamental e o Estado responsável pela saúde de seus cidadãos, mesmo quando essa responsabilidade não é assumida.

Diversos estudos vêm sendo realizados a partir da institucionalização no Brasil, o primeiro estudo de abrangência nacional mostrou que as ICSAP no Brasil, em 2006, corresponderam a 28,5% das internações excluindo partos, a taxa de hospitalização foi 149,6 por 10 mil habitantes (ALFRADIQUE et al., 2009). No Maranhão um estudo mostrou 27,5 % das internações no ano de 2009 por CSAP (RIBEIRO, 2010). Entre crianças de um a quatro anos, um estudo na capital, São Luís em 1994, mostrou uma taxa de 24,4%, de ICSAP, sendo a maioria pneumonia (7,3%) e diarreia (7,1%) (SILVA et al, 1999).

Outro estudo no Maranhão analisou as ICSAP de pediatria em um hospital de referencia em alta complexidade no Maranhão no ano de 2012, mostrou uma taxa de 17% de hospitalizações por CSAP, com predomínio na faixa etária de 1 a 4 anos 36% e sexo

masculino (51,2%), sendo a maioria pneumonias bacterianas (25,5%) e infecção no rim e trato urinário (19,7%) (LIMA, 2014).

Em 2010, nas regiões leste e nordeste de Porto Alegre, outro estudo mostrou 23,1% do total de internações por CSAP (SCHEID, 2011). Interessante destacar o estudo feito por Guanais e Macinko (2009), em um estudo realizado no Brasil estimaram que entre os anos de 1999 e 2002 o acesso a Atenção Primária resultou em 126.000 menos hospitalizações, representando uma economia de 63 milhões de dólares americanos. Nedel et al. (2008) encontraram no Rio grande do Sul, entre setembro/2006 e janeiro/2007, 42,6% de ICSAP e mostraram maior risco de internar por CSAP para sexo feminino, faixa etária abaixo de cinco anos e acima de 50 anos e baixa escolaridade.

Medidas de desempenho podem ser obtidas com suporte em indicadores ou indicadores relacionados com condições potencialmente afetadas pelas ações de uma política ou programa social. Portanto, a morbidade hospitalar causada por condições sensíveis à atenção primária à saúde consiste em um conjunto de problemas de saúde, para os quais ações efetivas poderiam reduzir a frequência destas internações, alterando também seu perfil epidemiológico. Assim, internações hospitalares consideradas evitáveis pela ação oportuna de serviços de atenção primária à saúde poderiam ser usadas como indicador de resultado para avaliação da qualidade e do acesso nesse nível de atenção (FERNANDES et al., 2009).

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo exploratório, do tipo transversal, descritivo, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários de prontuários hospitalares de pacientes internados no hospital pediátrico referencia na rede estadual.

4.2 Período e local de estudo

Foi realizada no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2015 no Hospital da rede secundária, localizado no município de São Luís-MA. Trata-se de uma instituição de referência que atende exclusivamente crianças na faixa etária de 0 a 14 anos de idade

pertencentes ao Sistema único de Saúde, subordinado à administração direta da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

4.3 Fontes de dados

A pesquisa foi desenvolvida a partir de dados secundários de domínio público, provenientes de bases informatizadas do sistema de informação disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico do DATASUS (www.datasus.gov.br). As informações referentes às internações hospitalares foram extraídas do banco de dados do referido hospital, os seguintes dados relativos aos aspectos epidemiológicos: idade, sexo e procedência (município), além de dados relacionados a internação tais como diagnósticos registrados no CID 10.

4.4 Variáveis estudadas

Para a construção dos indicadores hospitalares serão utilizadas as informações sobre as ICSAP, de acordo com a classificação da lista brasileira das condições sensíveis atenção primária, publicada na Portaria de nº 221 do Ministério da Saúde (ANEXO A). Essa lista, contém 74 diagnósticos, segue a CID 10 e está subdivida em 19 grupos de diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis; gastroenterites infecciosas e complicações; anemia; deficiência nutricional; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; hipertensão; angina; insuficiência cardíaca; diabetes mellitus; epilepsias; infecção no rim e trato urinário; doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos; ulcera gastrointestinal e doenças relacionadas ao pré-natal e parto.

Foram coletados dos prontuários médicos os seguintes dados relativos aos aspectos epidemiológicos: idade, sexo e procedência (município), além de dados relacionados à internação tais como diagnósticos registrados no CID 10 (APÊNDICE A).

Para cálculo das taxas de internações hospitalar será considerado o numero total de internações no ano de 2012 a 2015 dividido pelo numero de internações por CSAP e multiplicado por 100.

Cálculo da taxa de hospitalização:

TOTAL DE INTERNAÇÕES NO PERÍODO DE 2012 A 2015 X 1000

TOTAL DE INTERNAÇÕES POR CSAP

4.5 População e critérios de inclusão

Amostragem foi baseada na população internada nos anos de 2012 a 2015, totalizando 10467 prontuários e teve como parâmetros $p = 0,50$ para sensibilidade e especificidade, alfa 5% e erro amostral de 0,05. Foram calculados intervalos de confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, considerando que o estudo foi feito com base na CID 10, houve a necessidade de verificar se os registros da CID 10 estavam compatíveis com o diagnóstico principal escrito por extenso nos prontuários. Dos 10467 diagnósticos, conforme a CID 10 coletado nos prontuários, após checagem, considerando os critérios definidos, o número amostral (n) foi 4932 registros.

4.6 Análise estatística

Os dados foram analisados através do programa estatística IBM SPSS Statistics 20 (2011). Inicialmente foi feita a estatística descritiva, ou seja, gráficos e tabelas de frequência de todas as variáveis analisadas. Depois para se avaliar a associação entre as variáveis fez-se o teste de qui-quadrado de independência (χ^2). Para verificar a correlação entre o número das internações notificadas pelos municípios e encaminhadas para São Luís-MA (ICSAP) e as internações encaminhadas e avaliadas em São Luís fez o teste de correlação de Pearson. Depois utilizando-se o programa TabWin 3.2 fez o mapeamento da procedência das internações em São Luís. Em todos os testes o nível de significância (α) de 5%, ou seja, considerou-se significativo quando $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

O presente trabalho não apresentou risco aos seres humanos por se tratar de uma pesquisa em bancos de dados secundários e de domínio público, em que não há violação de confidencialidade das informações e das particularidades dos sujeitos. Ainda assim, este trabalho foi submetido para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, 2015 (ANEXO C), (processo nº 47714215.9.0000.5084) e da CEP-SES nº 372/2015, dessa forma, seguiu todas as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

Entre 2012 a 2015 foram identificados 4932 internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde (CSAP), observando-se um percentual de (54,8%) sexo masculino e (45,2%) do sexo feminino, em ambos os sexos apresentaram comportamento similar, pois não foi encontrado uma associação significativa ($p > 0,05$) entre o sexo e as condições sensíveis à atenção primária(tabela 3) . A taxa geral de internação foi de 21%, tendo como faixa etária predominante de 1 a 4 anos (42,4 %) e a procedência da maioria dos pacientes foi da capital São Luís-MA (52,1%) e cerca de (47,3%) do interior do Maranhão. (Tabela 1).

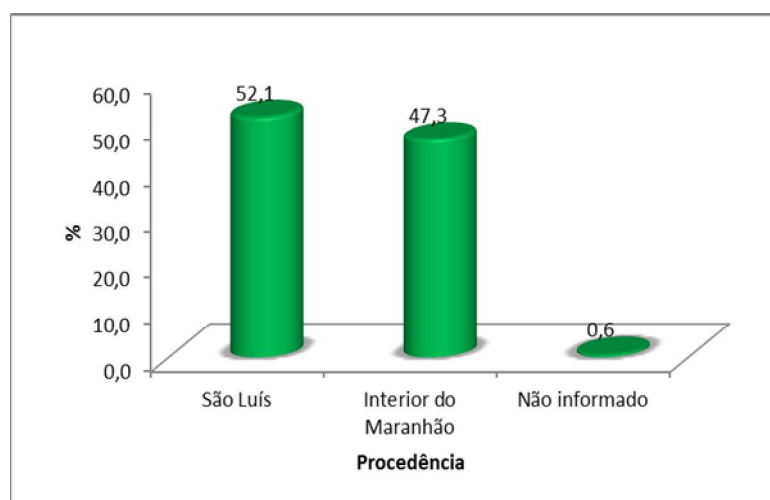
Tabela 1 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo variáveis de procedência entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	2229	45,2
Masculino	2703	54,8
Faixa etária		
< 1	380	7,7
1 a 4	2093	42,4
5 a 10	1726	35,0
11 a 14	733	14,9
Procedência		
São Luís	2570	52,1
Interior do Maranhão	2334	47,3
Não informado	28	0,6
Total	4932	100

Os registros citados no gráfico 1, demonstraram que a procedência da maioria dos pacientes foi da capital do Maranhão com (2570 casos, 52,1%), sendo maior numero de casos notificados da microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís é uma das

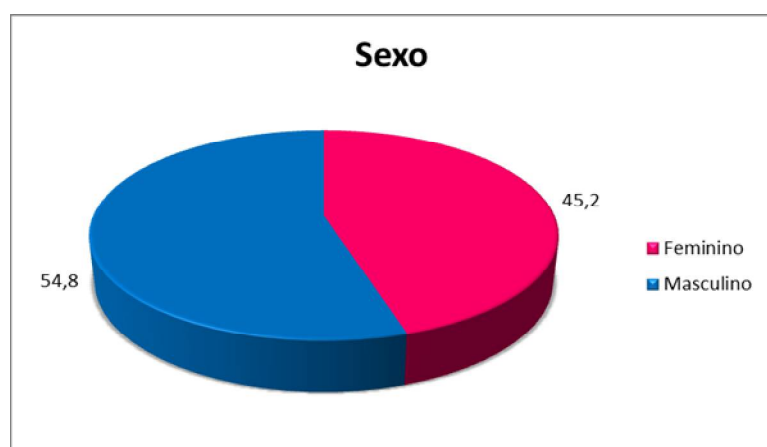
microrregiões do estado brasileiro do Maranhão pertencente à mesorregião Norte Maranhense.

Gráfico 1 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados do SIH por procedência entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016



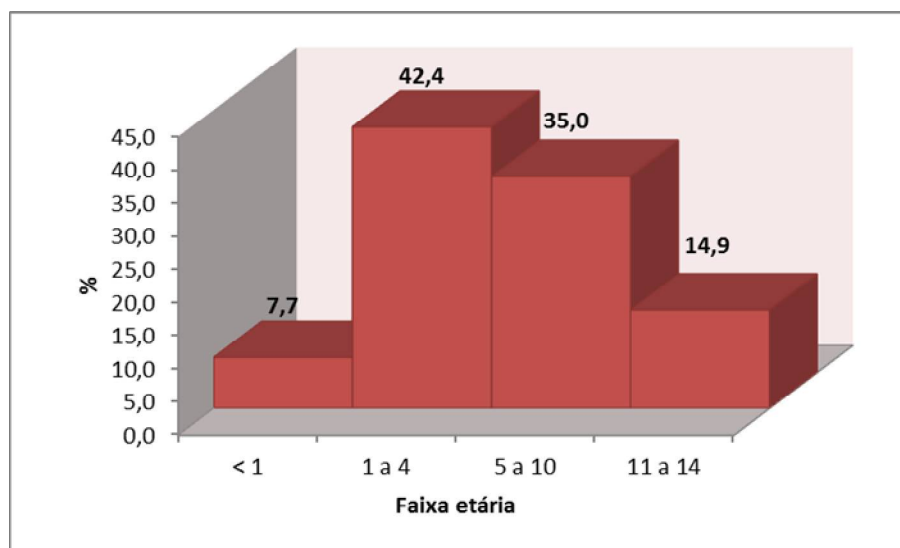
No gráfico 2, podem ser observados que houve predomínio do sexo masculino nas internações com 2703 casos e uma frequência de 54.8% e 2229 (45.2%) do sexo feminino.

Gráfico 2 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados do SIH por sexo entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016



Em relação a faixa etária, de maior percentual foi a de 1 a 4 anos com 42,4%, seguida de 5 a 10 anos com 35%, 11 a 14 anos com 14,9% e menores de 1 ano com 7,7% citados no gráfico 3.

Gráfico 3 - Proporção de ICSAP dos pacientes internados do SIH por grupo etário selecionado entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016



Conforme a Tabela 2, a distribuição de hospitalizações segundo grupo de causa de CSAP, teve como predominante às doenças por infecção da pele e tecido subcutâneo com 308 casos notificados e uma frequência de 6,2%, em segundo destacaremos as doenças pulmonares com 289 casos e 5,9% e já em terceiro temos as patologias por infecção no rim e trato urinário com 197 casos com uma frequência 5,0%.

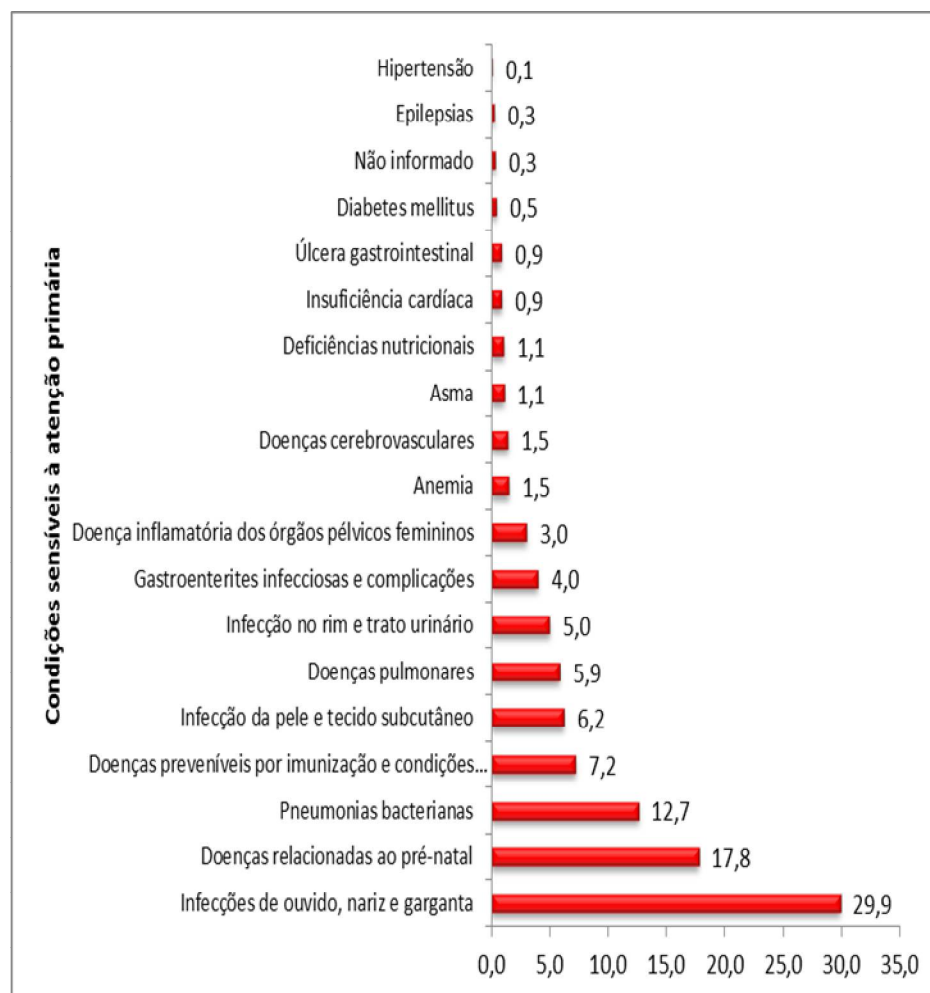
Tabela 2 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causa de pacientes internados no SIH, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	n	%
1. Infecção da pele e tecido subcutâneo	308	6,2
2. Doenças pulmonares	289	5,9

3. Infecção no rim e trato urinário	248	5,0
4. Gastroenterites infecciosas e complicações	197	4,0
5. Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	150	3,0
6. Anemia	75	1,5
7. Doenças cerebrovasculares	72	1,5
8. Asma	55	1,1
9. Deficiências nutricionais	54	1,1
10. Insuficiência cardíaca	45	0,9
11. Úlcera gastrointestinal	43	0,9
12. Diabetes mellitus	23	0,5
13. Não informado	17	0,3
14. Epilepsias	13	0,3
15. Hipertensão	6	0,1
Total	4932	100

Classificando os diagnósticos pela Lista Brasileira de CSAP, verificou-se no gráfico 4 que, em todos os sistemas de registro a frequência de ICSAP o grupo 1, das infecções de ouvido, nariz e garganta, teve maior frequência foram 29,9 %, em seguida destaca-se o grupo 2 de doenças relacionadas ao pré-natal 17,8 % e as pneumonias bacterianas com 12,7% do grupo 3.

Gráfico 4 - Frequência de diagnósticos obtidos nos grupos da Lista Brasileira de ICSAP, de pacientes internados do SIH, nos anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016



Analisando a tabela 3, os diagnósticos das Condições Sensíveis à Atenção Primária por Sexo por grupo de doença de pacientes internados, nos anos de 2012 a 2015, não foi encontrado uma associação significativa ($p > 0,05$) entre o sexo e as condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 3 - Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo grupo de causa e sexo, de pacientes internados no SIH, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	SEXO				TOTAL	
	FEMININO		MASCULINO			
	n	%	n	%	n	%
Infecções de ouvido, nariz e garganta.	681	30,6	796	29,4	1477	29,9
Doenças relacionadas ao pré-natal	387	17,4	491	18,2	878	17,8
Pneumonias bacterianas	271	12,2	354	13,1	625	12,7
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	153	6,9	204	7,5	357	7,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	141	6,3	167	6,2	308	6,2
Doenças pulmonares	118	5,3	171	6,3	289	5,9
Infecção no rim e trato urinário	101	4,5	147	5,4	248	5,0
Gastroenterites infecciosas e complicações	95	4,3	102	3,8	197	4,0
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	88	3,9	62	2,3	150	6,3
Anemia	36	1,6	39	1,4	75	1,5
Doenças cerebrovasculares	34	1,5	38	1,4	72	1,5
Asma	28	1,3	27	1,0	55	1,1
Deficiências nutricionais	26	1,2	28	1,0	54	1,1
Insuficiência cardíaca	19	0,9	26	1,0	45	0,9
Úlcera gastrointestinal	18	0,8	25	0,9	43	0,9
Diabetes mellitus	15	0,7	8	0,3	23	0,5
Não informado	11	0,5	6	0,2	17	0,3
Epilepsias	5	0,2	8	0,3	13	0,3
Hipertensão	2	0,1	4	0,1	6	0,1
Total	2229	45,2	2703	54,8	4932	100,0
$\chi^2 = 27,10$ $p = 0,0771,$						

Fonte: SIH

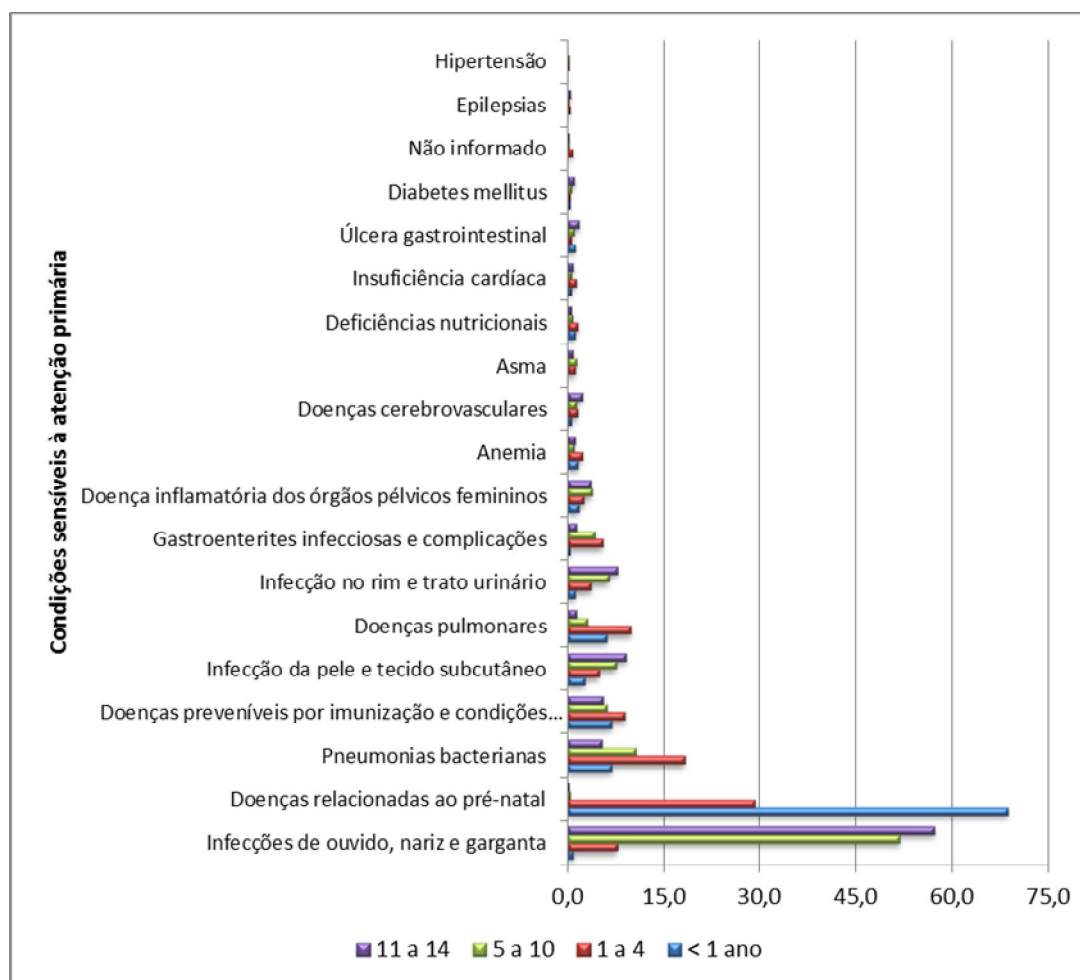
Verificou-se na tabela 4 que 51,8% dos pacientes com infecção de ouvido, nariz e garganta estão na faixa etária de 5 a 10 anos, cerca de 57,2% de 11 a 14 anos e 7,7% de 1 a 4 anos. Analisando os diagnósticos de maior ocorrência dentro dos grupos de CSAP, os mais frequentes foram infecções de ouvido, nariz e garganta com 29,9%, seguido de Doenças relacionadas ao pré-natal (17,8%) e Pneumonias bacterianas (12,7%). Foi encontrado uma associação significativa ($p < 0,05$) entre a faixa etária e as condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 4 - Número e proporção de internações hospitalares por ICSAP registradas por grupo etário selecionado, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	FAIXA ETÁRIA								TOTAL	
	< 1		1 a 4		5 a 10		11 a 14			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	0,8	161	7,7	894	51,8	419	57,2	1477	29,9
Doenças relacionadas ao pré-natal	261	68,7	611	29,2	5	0,3	1	0,1	878	17,8
Pneumonias bacterianas	26	6,8	381	18,2	179	10,6	39	5,3	625	12,7
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	26	6,8	186	8,9	105	6,1	40	5,5	357	7,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	10	2,6	102	4,9	129	7,5	67	9,1	308	6,2
Doenças pulmonares	23	6,1	205	9,8	51	3,0	10	1,4	289	5,9
Infecção no rim e trato urinário	4	1,1	76	3,6	111	6,4	57	7,8	248	5,0
Gastroenterites infecciosas e complicações	1	0,3	113	5,4	73	4,2	10	1,4	197	4,0
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	7	1,7	53	2,5	64	3,7	26	3,5	150	6,3
Anemia	6	1,6	46	2,2	15	0,9	8	1,1	75	1,5
Doenças cerebrovasculares	2	0,5	32	1,5	22	1,3	16	2,2	72	1,5
Asma	0	0,0	24	1,1	25	1,4	6	0,8	55	1,1
Deficiências nutricionais	4	1,1	34	1,6	12	0,7	4	0,5	54	1,1
Insuficiência cardíaca	2	0,5	28	1,3	9	0,5	6	0,8	45	0,9
Úlcera gastrointestinal	4	1,1	11	0,5	15	0,9	13	1,8	43	0,9
Diabetes mellitus	1	0,3	6	0,3	9	0,5	7	1,0	23	0,5
Não informado	0	0,0	14	0,7	2	0,1	1	0,1	17	0,3
Epilepsias	0	0,0	7	0,3	3	0,2	3	0,4	13	0,3
Hipertensão	0	0,0	3	0,1	3	0,2	0	0,0	6	0,1
Total	380	7,7	2093	42,4	1726	35,0	733	14,9	4932	100,0
$\chi^2 = 2442,46$		p = < 0,0001								

Fonte: SIH

Gráfico 5 - Frequência de Internações por grupo de causas por ICSAP de pacientes internados no SIH , entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016

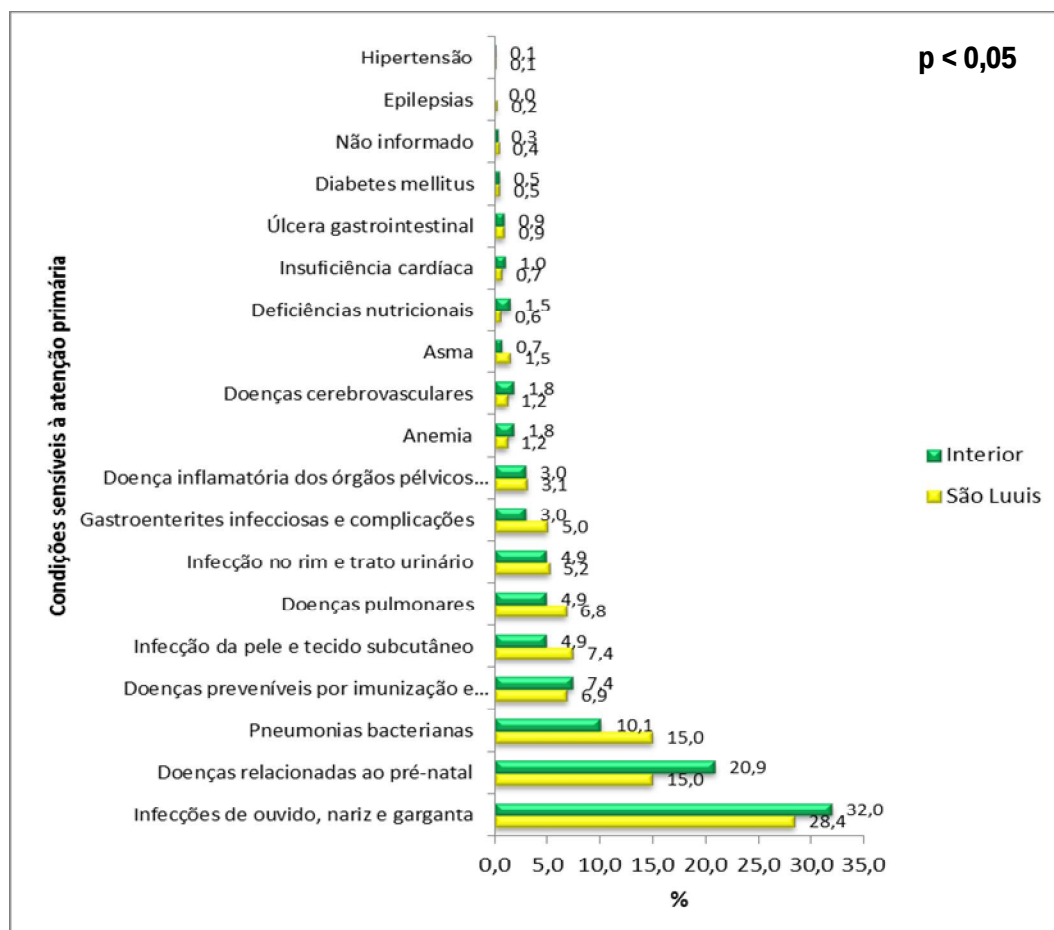


Em relação à procedência dos casos notificados por CSAP por infecções de ouvido, nariz e garganta 746 com uma frequência de 32% e afecções perinatais com 488 casos e 20,9% procedentes do interior do Maranhão, sendo da capital São Luís o grupo das pneumonias bacterianas com 385 e 15% e doenças preveníveis por imunização 177 e 6,9%, sendo, foi encontrado uma associação significativa ($p < 0,05$), como demonstrada na tabela 5, entre a procedência e as condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 5 - Número e proporção de ICSAP por grupo de causas, de pacientes internados, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016

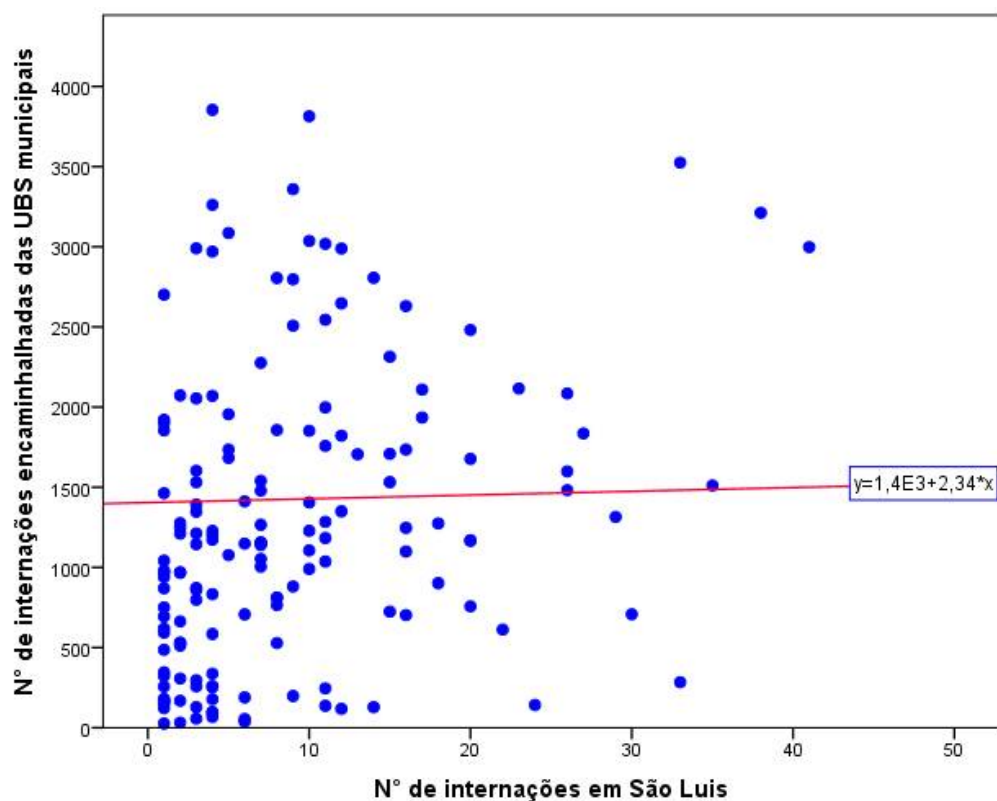
CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	PROCEDÊNCIA				Total	p
	SÃO LUÍS		INTERIOR DO MARANHÃO			
	n	%	n	%		
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	177	50,6	173	49,4	350	0,831
Gastroenterites infecciosas e complicações	128	65,0	69	35,0	197	< 0,001
Anemia	32	43,2	42	56,8	74	0,245
Deficiências nutricionais	16	30,8	36	69,2	52	0,005
Infecções de ouvido, nariz e garganta	730	49,5	746	50,5	1476	0,677
Pneumonias bacterianas	385	62,0	236	38,0	621	< 0,001
Asma	38	69,1	17	30,9	55	0,004
Doenças pulmonares	174	60,4	114	39,6	288	0,0004
Hipertensão	3	50,0	3	50,0	6	1,000
Insuficiência cardíaca	17	41,5	24	58,5	41	0,274
Doenças cerebrovasculares	31	43,1	41	56,9	72	0,238
Diabetes mellitus	12	52,2	11	47,8	23	0,835
Epilepsias	6	46,2	7	53,8	13	0,782
Infecção no rim e trato urinário	134	54,0	114	46,0	248	0,204
Infecção da pele e tecido subcutâneo	190	62,3	115	37,7	305	< 0,001
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	79	52,7	71	47,3	150	0,514
Úlcera gastrointestinal	22	51,2	21	48,8	43	0,878
Doenças relacionadas ao pré-natal	385	44,1	488	55,9	873	0,0005
Não informado	11	64,7	6	35,3	17	0,225
Total	2570	52,4	2334	47,6	4904	0,0008

Gráfico 6 - Distribuição de Grupos de causa por ICSAP por procedência de pacientes internados, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016



Para estabelecer uma reação estatística entre ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís foi realizada a correlação de Pearson (r) (gráfico 7).

Gráfico 7 - Coeficiente de correlação de Pearson para a relação entre os números de ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís no período de 2012 a 2015. São Luís/MA. 2016



Nota: Correlação de Pearson $r = 0,355$ $p < 0,01$
 Fonte: ICSAP através do SIH-SUS

O coeficiente da correlação das ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís foi igual a $r = 0,355$ ($p < 0,01$). Foi encontrado uma correlação pequena, positiva e significativa ($p < 0,01$) entre as internações notificadas pelos municípios e as internações realizadas em São Luís, ou seja, quanto maior a cobertura de ESF, maior o número de ICSAP

Tabela 6. As ICSAP notificadas de cada municípios dos anos de 2012 a 2015 e a ICSAP avaliadas em São Luis-MA.

Município	ICSAP notificadas 2012-2015	ICSAP avaliadas em São Luís
Açailândia	2970	4
Alcântara	284	33
Alto Alegre do Maranhão	757	20
Alto Alegre do Pindaré	2630	16
Amapá do Maranhão	92	4
Anajatuba	2109	17
Anapurus	1202	4
Apicum-Açu	765	8
Araguanã	260	4
Arame	3086	5
Arari	724	15
Axixá	1169	20
Bacabal	2998	41
Bacabeira	142	24
Bacurituba	55	6
Barra do Corda	3036	10
Barreirinhas	1003	94
Belágua	57	3
Bela Vista do Maranhão	198	9
Bequimão	1166	20
Bernardo do Mearim	593	1
Boa Vista do Gurupi	161	1
Bom Jardim	2806	14
Bom Jesus das Selvas	1857	8
Bom Lugar	129	3
Brejo	2797	9
Brejo de Areia	26	1
Buriti Bravo	3814	10
Buriticupu	3018	11
Cachoeira Grande	296	3
Cajapió	258	3
Cajari	967	2
Campestre do Maranhão	346	1
Cândido Mendes	585	4
Cantanhede	1708	15
Capinzal do Norte	1211	2
Carutapera	189	6
Caxias	2508	9
Cedral	1350	12
Central do Maranhão	663	2
Centro do Guilherme	137	11

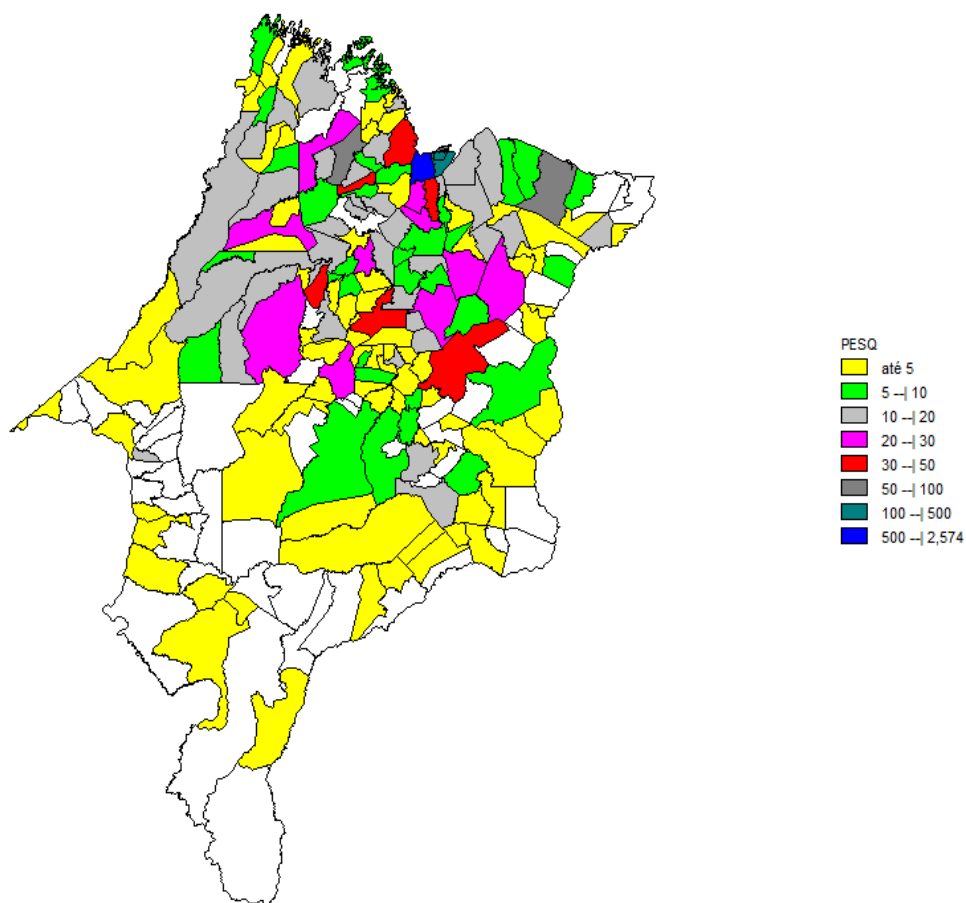
Centro Novo do Maranhão	246	11
Chapadinha	2116	23
Codó	3212	38
Coelho Neto	5258	1
Colinas	2314	15
Conceição do Lago-Açu	99	4
Coroatá	708	30
Cururupu	1228	10
Davinópolis	118	12
DomPedro	1140	7
DuqueBacelar	1228	4
Esperantinópolis	1900	1
Estreito	1855	1
Feira Nova do Maranhão	619	1
FernandoFalcão	154	1
Governador Archer	968	1
Governador Luiz Rocha	833	4
Governador Newton Bello	180	1
Governador Nunes Freire	1284	11
Graça Aranha	486	1
Grajaú	5902	5
Guimarães	1077	5
Humberto de Campos	2481	20
Icatu	1758	11
Igarapé do Meio	812	8
Igarapé Grande	1212	3
Imperatriz	3261	4
Itaipava do Grajaú	751	1
Itapecuru Mirim	1053	7
Itinga do Maranhão	2701	1
Joselândia	1463	1
Junco do Maranhão	178	4
Lago da Pedra	7955	22
Lago do Junco	970	2
Lago Verde	527	2
Lagoa do Mato	123	1
Lago dos Rodrigues	1154	7
Lagoa Grande do Maranhão	307	2
Lima Campos	860	3
Luís Domingues	32	2
Magalhães de Almeida	1042	1
Maracaçumé	707	6
Maranhãozinho	254	4
Mata Roma	1735	5
Matinha	902	18
Matões	1347	3

Matões do Norte	38	6
Mirador	2073	2
Miranda do Norte	1266	7
Mirinzal	1683	5
Monção	1677	20
Morros	1099	16
Nina Rodrigues	1276	2
Nova Colinas	512	2
Nova Olinda do Maranhão	1735	16
Olho d'Água das Cunhãs	1531	3
Olinda Nova do Maranhão	1037	11
Paço do Lumiar	987	230
Palmeirândia	1822	12
Paraibano	940	1
Parnarama	980	1
Passagem Franca	5822	2
Pastos Bons	1603	3
Paulino Neves	1106	10
Paulo Ramos	2054	3
Pedreiras	4727	13
Pedro do Rosário	2805	8
Penalva	1935	17
Peri Mirim	1005	7
Peritoró	703	16
Pindaré-Mirim	2545	11
Pinheiro	1474	87
Pio XII	1155	7
Pirapemas	1412	6
Poção de Pedras	1540	7
Porto Franco	1248	2
Porto Rico do Maranhão	68	4
Presidente Dutra	881	9
Presidente Juscelino	990	10
Presidente Médici	168	2
Presidente Sarney	129	14
Presidente Vargas	810	8
Primeira Cruz	1852	10
Raposa	894	66
Riachão	1921	1
Rosário	4715	45
Santa Helena	1599	26
Santa Inês	3525	33
Santa Luzia	1482	26
Santa Luzia do Paruá	3359	9
Santa Quitéria do Maranhão	2070	4
Santa Rita	2085	26

Santana do Maranhão	257	1
Santo Amaro do Maranhão	1479	7
Santo Antônio dos Lopes	1173	4
São Benedito do Rio Preto	1183	11
São Bento	1511	35
São Bernardo	2647	12
São Domingos do Azeitão	694	1
São Domingos do Maranhão	1247	16
São Félix de Balsas	532	2
São João Batista	1706	13
São João do Carú	1148	6
São João dos Patos	798	3
São José de Ribamar	1133	207
São José dos Basílios	1145	3
São Luís	7432	2574
São Luís Gonzaga do Maranhão	3854	4
São Mateus do Maranhão	1532	15
São Pedro da Água Branca	870	1
São Vicente Ferrer	2276	7
Satubinha	323	1
Senador Alexandre Costa	872	3
Sucupira do Norte	1393	3
Tasso Fragoso	169	1
Timbiras	528	8
Timon	2990	3
Trizidela do Vale	1955	5
Turilândia	337	4
Tuntum	1405	10
Turiação	2989	12
Urbano Santos	1998	11
Vargem Grande	1836	27
Vitória do Mearim	612	22
Vitorino Freire	1274	18
Zé Doca	1315	29

De modo geral, o que se visualiza no cenário dos 217 municípios maranhenses estudados é que, no período compreendido entre os anos 2012 a 2015, houve maior prevalência de casos notificados da microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís é uma das microrregiões do estado brasileiro do Maranhão pertencente à mesorregião Norte Maranhense (figura 3).

Figura 3 - Mapeamento da procedência das internações em São Luís por CSAP. São Luís-Ma, 2016.



Fonte: ICSAP através do SIH-SUS. Cobertura populacional de ESF através do SIAB

DISCUSSÃO

O presente estudo possibilitou conhecer as internações por condições sensíveis em crianças internadas ainda pouco apresentadas em publicações brasileiras, demonstrando que altos índices de internações por condições sensíveis a atenção primária em uma população podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos, dificuldades de oferta de recursos diagnósticos ou deficiências no manejo e no acompanhamento ambulatorial⁽¹⁶⁾.

Durante o período estudado, a proporção de ICSAP observada (21%), foi relativamente superior que a encontrada por outros autores nacionais, e discretamente maiores que a revelada em estudos internacionais. Estudos analisaram as ICSAP no Maranhão teve 17%⁽¹⁶⁾, um estudo no mesmo estado em crianças menores de cinco anos, teve 38,7% de ICSAP⁽¹⁷⁾, outro em 2014 com 16.61%⁽¹⁸⁾, nos Estados Unidos encontraram em 1990, 19% de ICSAP entre crianças até 15 anos de idade⁽¹⁹⁾; também o que demonstraram das regiões sanitárias de Catalunha, nos anos de 1998 a 1999 (18%)⁽²⁰⁾ e em Porto Alegre, RS no período de 2011 a 2004⁽²¹⁾ e em Montes Claros, MG em 2007 a 2008⁽²²⁾, em um estudo, em um único hospital, com 1200 pacientes internados pelo Sistema único de Saúde (SUS), relatam prevalência maiores de ICSAP entre crianças, de 35,6% , 41,4% e 42,6%⁽⁷⁾.

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 ICSAP⁽²³⁾. Portanto esses achados caracterizam a magnitude do problema investigado, se considerarmos que a hospitalização da criança, representa um problema complexo na estrutura familiar, além de significar um custo financeiro ao sistema de saúde, considerando que essas condições podem refletir dificuldades de acesso e na capacidade resolutiva da atenção primária.

O presente estudo identificou discreta diferença na ocorrência de ICSAP em relação ao sexo, pouco mais de 54.8% das crianças eram do sexo masculino – resultado semelhante ao estudo, que encontraram 58,1% para o sexo masculino em Montes Claros, MG⁽²²⁾ e ao encontrado com a proporção de 55.1% em todas as faixas etárias⁽²⁴⁾. Porém, enfatizou-se que o sexo masculino foi o mais acometido pelas internações sensíveis, porém com diferença de 3% em relação ao sexo masculino⁽²⁵⁾, resultados, observaram que os meninos se hospitalizaram-se mais que as meninas em todas as faixas etárias⁽²¹⁾.

A faixa etária menor é mais suscetível ao adoecimento e internação. O presente estudo mostrou maior percentual de internação pro CSAP na faixa etária de 1 a 4 anos (42.4%). Os

dados são condizentes, pois relatam que internam mais em idades menores⁽²¹⁾, autores referem 44.1% de ICSAP no período de 1999 a 2009 em menores de 5 anos, nessa linha⁽²⁶⁾, a taxa de ICSAP foi maior nos extremos das idades⁽¹⁸⁾.

Os achados do estudo em relação aos cinco diagnósticos mais frequentes nas ICSAP estão em concordância com os estudos⁽²⁷⁻²⁹⁾, poucas desacordes com os estudos, para quem as primeiras causas de ICSAP foram as pneumonias bacterianas, seguidas de gastroenterites infecciosas e complicações. Este fato pode significar que a atenção primária está menos organizada para atender esses diagnósticos?⁽³⁰⁾

Quanto às causas de internações transcorridas no período perinatal, dentre elas, transtornos respiratórios, retardo de crescimento fetal, prematuridade, asfixia, infecções congênitas, hipóxia intrauterina, essas são geralmente associadas à qualidade da atenção materno infantil, chama atenção o fato de apresentarem aumento de 17.8% na faixa etária de 1 a 4 anos com 29.2% e 611 casos ainda na análise de ICSAP segundo grupo de causas, sendo a sífilis congênita, a causa individual mais importante, o esperado seria uma redução ou alteração nessa taxa, tendo em vista que, com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é plausível pensar que haja também a melhoria na assistência à gestante e ao bebê.

Entretanto, estudos sobre prevalência de sífilis, como o desenvolvido em maternidades públicas de Fortaleza-Ce, apontam alta prevalência dessa doenças sexualmente transmissível em parturientes que impacta diretamente na transmissão vertical para os recém-nascidos⁽³¹⁾. Nesse cenário, é válido indicar a relação entre a alta incidência de sífilis congênita e indicadores de cuidado à saúde da gestante insatisfatórios, que sugere a necessidade de melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal⁽³²⁾. Esse fenômeno ainda parece não ter entrado na pauta de prioridades na agenda da saúde, que se cala e se mostra inoperante na construção de atividades de prevenção e controle da sífilis.

Considerando que são diagnósticos que fazem parte da abordagem e do cuidado da atenção primária e, portanto seria de se esperar que ocupassem outra posição neste panorama, os resultados sinalizam a necessidade de intensificações das ações preconizadas pelos programas voltados para saúde materno infantil, por se tratar de doenças que representam um conjunto de problema que uma efetiva ação da atenção primária diminuiria esses riscos de internações.

Estudo desenvolvido na Espanha sobre ICSAA aponta a relação inversa que existe entre o padrão etário e as hospitalizações, ou seja, entre as crianças, quanto menor a idade, maior o aumento na taxa de internação⁽³³⁾. Autores justificam essa relação no fato de que crianças de 0 a 2 anos são mais susceptíveis às doenças e, além disso, quando doentes, geram maiores preocupações para suas famílias e mesmo para os profissionais de saúde, que ficam mais predispostos a recomendarem a hospitalização⁽²²⁾. Por outro lado, taxas de internações mais elevadas podem apontar o acesso limitado aos cuidados de saúde, levando ao agravamento de situações inicialmente simples, ou a dificuldade do manejo clínico pelos profissionais de saúde em crianças menores.

Apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que geralmente levam à hospitalização de crianças é universal. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que as principais causas evitáveis de internação foram pneumonias, infecções da pele, gastroenterites e asma, corroborando com a pesquisa, alguns estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças já registraram que os principais diagnósticos foram às pneumonias e as gastroenterites, consideradas causas evitáveis de internações⁽³⁴⁾.

A análise dos coeficientes de hospitalização por CSAP mostra redução na faixa dos menores de um ano, a queda desses coeficientes também foi observada em outros estados, como na pesquisa que descreveu internações por CSAP no Espírito Santo, em Cuiabá, tal

redução pode estar associada à ampliação da cobertura da ESF no município nos anos estudados que passou de 32,41%, em 2002, para 76,03%, que pode significar o aumento da cobertura de pré-natal e acompanhamento e puericultura, suas ações importantes para redução de hospitalizações infantis. Embora a ampliação da cobertura no estado possa estar contribuindo para a melhoria da qualidade da Atenção Básica, talvez essa melhoria não esteja acontecendo de modo uniforme em todo território do estado e que também não esteja alcançando a qualidade necessária.

Outro estudo desenvolvido evidenciou que a manutenção do acompanhamento periódico da saúde de crianças pobres ou quase pobres dos estados da Califórnia, Geórgia, e Michigan de até dois anos provocou efeito positivo na saúde, diminuindo as taxas de hospitalização independentemente de raça, nível de pobreza ou estado de saúde⁽³⁵⁾. Um resultado análogo tiveram os pesquisadores, quando encontraram correlação entre a inscrição de crianças e adolescentes da Califórnia que não possuíam seguro de saúde em programa de saúde infantil e a diminuição das taxas de internação hospitalar⁽³⁶⁾.

Pode-se citar, ainda, o estudo que avaliou o acesso aos serviços de saúde e as hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial dos moradores do estado australiano de Victoria. Concluíram que, entre moradores da zona urbana, a autoavaliação de dificuldades de acesso aos serviços de saúde estava associada a taxas de hospitalização mais elevadas⁽³⁷⁾.

No que concerne às diferenças entre áreas analisadas, é importante reconhecer a existência de desigualdades, mesmo em municípios próximos, como é o caso dessa pesquisa, observaram-se coeficientes de internações bem superiores nos municípios da microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís é uma das microrregiões do estado brasileiro do Maranhão pertencente à mesorregião Norte Maranhense e também nos municípios que pertencem as

regionais de saúde , destacando as internações por infecções de vias aéreas superiores , perinatais e gastroenterites infecciosas e complicações^(18,29).

Ressaltamos aqui uma discussão sobre as barreiras de acesso , a insuficiência ou sobrecarga dos recursos humanos , a incapacidade organizacional para gerenciar os processos de trabalho, a falta de protocolos , de conduta clínica e o manejo clínico inadequado tem como consequência a baixa capacidade de resolução da APS que deixa de agir no campo da prevenção dos problemas de saúde , do diagnóstico e do tratamento precoce.

Apesar da análise dos efeitos dos determinantes sociais, como renda, urbanização, escolaridade e índice de desenvolvimento humano (IDH), não ser o foco deste estudo, os modelos de regressão mostraram que as hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Básica são maiores em municípios com piores indicadores socioeconômicos. Esse mesmos efeitos são encontrados em outros estudos com indivíduos menores de 5 anos⁽³⁸⁻³⁹⁾ e em outras populações, considerando adultos e idosos⁽⁴⁰⁻⁴²⁾.

Conclusão

Os resultados apresentados sinalizam a necessidade de intensificação das ações preconizadas pelos programas voltados à saúde da criança, por se tratar de doenças que possuem condições sensíveis à atenção primária, ou seja, que representam um conjunto de problemas de saúde para os quais uma efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações.

O sistema público de saúde brasileiro, instituído no SUS, é caracterizado pela hierarquização, segundo a qual a APS corresponde aos procedimentos básicos de atenção à saúde, enquanto a assistência hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade compõem os níveis superiores dessa atenção. Essa forma de organização, entretanto, não define níveis de ação isolados. Ao contrário, essa assistência é interligada, de forma que é interessante olhar para a base do sistema e sua relação com os demais níveis de atenção. Os

resultados do SUS e, especificamente, da APS são dependentes de sua conformação. No âmbito da APS, a diretriz norteadora dessa organização é a descentralização da gestão, a partir da qual os municípios foram responsabilizados pela gestão desse nível de atenção. A gestão da APS no nível municipal, associada às especificidades locais em termos de condições socioeconômicas e demográficas e de capacidade de governança, cria variados sistemas locais de saúde, nos quais os resultados da APS podem se diferenciar.

Destaca-se ainda como uma limitação que deve ser trazida para o bojo da discussão dessa temática, a unicidade da Lista de Brasileira de CSAP. Este documento, que considera todas as causas evitáveis para todas as faixas etárias, não leva em conta as peculiaridades na ocorrência de doenças em crianças, adultos e idosos. Esse debate também está presente no cenário nacional, haja vista a necessidade de ajustes adicionais na definição das condições evitáveis de hospitalização para o monitoramento da atenção primária⁽⁴⁴⁾.

Queremos destacar que a análise de informações geradas mediante dados secundários precisa ser vista com cuidado, principalmente dados produzidos a partir de diversas instâncias do sistema de saúde, cujas limitações, desde a origem até o processamento, devem ser levadas em consideração. Sabemos que houve uma melhora nos últimos anos tanto na qualidade da informação gerada quanto na ampliação geográfica de cobertura. No entanto, persiste o problema da subnotificação. Ainda assim, optamos por trabalhar com os dados oficiais dos sistemas, tanto pela facilidade de acesso quanto pela possibilidade de estarem disponíveis a todos e a qualquer momento, caso queiram contribuir para a discussão apresentada nos resultados deste estudo.

REFERÊNCIAS

AGHA, M. M. et al. Ambulatory care-sensitive hospitalizations persists for up to 9 years among children born in a major Canadian urban center. **Ambulatory Pediatrics**, New York, v. 7, n. 3, p. 258-62, 2007.

ALBUQUERQUE, M. G. A. **Análise das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no município de São Luís nos anos de 2002 e 2012**. 2014. 42 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

ALFRADIQUE, M. E. 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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Memorial Fund Quarterly Journal**, New York, v. 51, n. 1, p. 95-124, 1973.

ANSARI, Z. et al. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: reducing demand on hospital services in Victoria. **Australian Health Review**, Sydney, v. 25, n. 2, p. 71-77, 2002.

ANSARI, Z. et al. The Victorian Ambulatory Care Sensitive Conditions study: rural and urban perspectives. **Sozial- und Präventivmedizin**, Zürich, v. 48, n. 1, p. 33-43, 2003.

ANSARI, Z.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**, Los Angeles, v. 63, n. 6, p. 719-741, 2006.

ARAÚJO, M. A. L. et al. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. **BMC Public Health**, v. 13, 2013.

ATUN, R. **What are the advantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?** Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

BARROS, M. E.; PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. **Política de saúde no Brasil: diagnóstico e perspectivas**. Brasília, DF: IPEA, 1996. (Texto para Discussão, 40).

BERLIN, C. Avoidable hospitalization in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality. **BMC Health Services Research**, v. 14, n. 289, 2014.

BERMUDEZ, D.; BAKER, L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Baltimore, v. 16, p. 96-110, 2005.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. et al. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 33, n. 6, p. 305-311, 2004.

BERMUDEZ-TAMAYO, C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, p. 360-367, 2003.

BETTELONI, J. et al. O Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Curitiba. In: XVII SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA USP, 2009, Ribeirão Preto. **Anais...** São Paulo, 2009. Disponível em: <<https://sistemas.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=1712&numeroEdicao=17>>. Acesso em: 17 set. 2015.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, Millwood, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BILLINGS, J.; ANDERSON, G. M.; NEWMAN, L. S. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Affairs**, Millwood, v. 15, n. 3, p. 239-249, 1996.

BITTENCOURT, A. S.; CAMACHO, L. A. B.; LEAL, M. C. O. Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, 2006.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, abr./jun. 2003.

_____. Ministério da Saúde. 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). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 15 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html>. Acesso em: 10 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares**: orientações técnicas: Versão 01.2013.94. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <ftp://ftp2.datasus.gov.br/public/sistemas/dsweb/SIHD/Manuais/MANUAL_SIH_setembro_2013_29_08_13.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. (Legislação em Saúde, E).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 5. ed. Brasília, DF, 2005. (Textos Básicos de Saúde, B).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília, DF, 2009.

BUSS, P. M. Saúde e desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). **Sistemas de saúde**: continuidade e mudanças. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 61-101.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à Atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71 jan./mar. 2011.

CAMINAL HOMAR, J. et al. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 31, n. 1, p. 6-14, 2003.

CAMINAL HOMAR, J. et al. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. **La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña**, v. 201, n. 9, p. 501-507, 2001.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de La atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003.

CAMINAL, J. et al. Avances en España en la investigación con el indicador Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de atención primaria. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 76, n. 3, p. 189-196, 2002.

CAMINAL, J. et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. **Gaceta Sanitaria**, v. 15, n. 2, p. 128-141, 2001.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **European Journal of Public Health**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.

CASANOVA, C.; STARFIELD, B. Hospitalizations of children and access to primary health care: a cross-national comparison. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 25, n. 2, p. 283-294, 1995.

CASANOVA, C.; COLOMER, C.; STARFIELD, B. Pediatric hospitalization due to ambulatory caresensitive conditions in Valencia (Spain). **International Journal for Quality in Health Care**, Oxford, v. 8, n. 1, p. 51-59, 1996.

CASTRO, M. S. M. D.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 795-811, 2002.

CAVALCANTE, D. M. **Internações sensíveis à atenção primária**: estudo descritivo com foco em doenças infecciosas e validação do sistema de informações hospitalares, no hospital regional do Paranoá, Distrito Federal. 2014. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

CÉSAR, J. A. et al. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: Tendências e diferenciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 67-71, 1996. Suplemento 1.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAUREL, A. C. (Ed.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 225-244.

COUTTOLENC, B. F. Concentrar gastos em hospitais é um erro, diz professor. **Valor Econômico**, São Paulo, 4 jan. 2010. p. 4.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920**: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. Alma-Ata, 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2015.

DEININGER, L. S. C. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 9, n. 1, p. 228-236, jan. 2015.

DOURADO, I. et al. Trend in primary health care conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, Hagerstown, v. 49, n. 6, p. 577-584, June 2011.

EGGLI, Y. et al. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. **BMC Health Services Research**, v. 14, p. 25, 2014.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, dez. 2009.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014.

FLORES, G. et al. Keeping children out of hospitals: parents' and physicians' perspectives on how pediatric hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions can be avoided. **Pediatrics**, Springfield, v. 112, n. 5, p. 1021-1030, 2003.

FONTENELLE, L. F. **Estratégia Saúde da Família e internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática de literatura**. 2011. 44 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FOSU, G. B. Childhood morbidity and health services utilization: Cross-national comparisons of user-related factors from DHS data. **Social Science and Medicine**, New York, v. 38, n. 9, p. 1209-1220, 1994.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Saúde e nutrição das crianças nordestinas: pesquisas estaduais 1987-1992**. Brasília: UNICEF, 1995.

FYLKESNES, K. Determinants of health care utilization: visits and referrals. **Scandinavian Journal of Social Medicine**, Stockholm, v. 21, n. 1, p. 40-50, 1993.

GAO, J. et al. Predicting potentially avoidable hospitalizations. **Medical Care**, Hagerstown, v. 52, n. 2, p. 164-171, 2014.

GERVÁS, J. Cuidados Primários de Saúde na Europa: tendências atuais. In: SEMINÁRIO Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde: 25 Anos de Declaração de Alma-Ata. Brasília, DF, 2003.

GOMES, I. L. V. et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 703-409, 2012.

GOODMAN, D. C. et al. Why are children hospitalized? The role of non-clinical factors in pediatric hospitalizations. **Pediatrics**, Springfield, v. 93, p. 896-902, 1994.

GOTTLIEB, D.; BEISER, A. S.; O'CONNOR, G. T. Poverty, race, and medication use are correlates of asthma hospitalization rates: a small area analysis in Boston. **Chest**, Chicago, v. 108, n. 1, p. 28-35, 1995.

GOULART, F. A. A. Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília, DF, 2010.

GOULART, F. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and Avoidable Hospitalization: evidence from Brazil. **The Journal of Ambulatory Care Management**, Germantown, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

HAKIM, R. B.; BYE, B. V. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. **Pediatrics**, Springfield, v. 108, n. 1, p. 90-97, July 2001.

HEFFORD, M.; CRAMPTON, P.; FOLEY, J. Reducing health disparities through primary care reform: the New Zealand experiment. **Health Policy**, Limerick, v. 72, n. 1, p. 9-23, 2005.

HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1359-1365, 2009. Suplemento 1.

HODGE, M. J.; DOUGHERTY, G. E.; PLESS, I. B. Pediatric mortality and hospital use in Canada and the United States, 1971 through 1987. **American Journal of Public Health**, v. 85, p. 1276-1279, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**: Maranhão: São Luís: informações completas. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=211130>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

ISSLER, R. M. S. et al. Poverty levels and children's health status: Study of risk factors in an urban population of low socioeconomic level. **Revista de Saúde Pública**, São

LADITKA, J. M. et al. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcomes disparities associated with race and ethnicity. **Social Science and Medicine**, New York, v. 57, n. 8, p. 1429-41, 2003.

LAKHANI, A. et al. Creative use of existing clinical and health outcomes data to assess NHS performance in England: Part 1--performance indicators closely linked to clinical care. **BMJ**, v. 330, n. 7505, p. 1426-1431, 2005.

LENZ, M. L. M. et al. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 12, p. 271-281, jan./mar. 2008.

LIMA, R. C. D. S. M. **Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência terciária no Maranhão**. 2014. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

LOBATO, G.; REICHENHEIM, M. E.; COELI, C. M. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação preliminar do seu desempenho no monitoramento da doença hemolítica perinatal Rh(D). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 606-614, mar. 2008.

MACINKO, J. **Relatório de atividades**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2012.

MACHADO, E. M. et al. **Atenção básica à saúde em Minas Gerais: desigualdades na distribuição de recursos financeiros e na prestação de serviços básicos após a introdução do Piso da Atenção Básica (PAB)**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2011.

MÁRQUEZ-CALDERÓN, S. et al. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, p. 360-367, 2003.

MÉDICI, A. C. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de centralização**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/Universidade de São Paulo, 1994.

MELO, M. D. **Internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em Saúde Coletiva**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

MELO, M. M. **Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil**. 2015. 124 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

MELLO, G. A. Modelos assistenciais de saúde pública paulista: o centro de saúde ordenando a história. In: IBÁÑEZ, N. et al. **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: Hucitec/Cealag, 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan Americana da Saúde, 2012.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, Oxford, v. 27, n. 4, p. 348-355, 2012.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H. D. Estudo das condições de saúde das crianças no Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985. VI - Doença respiratória. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 5, 380-386, 1987.

MORALES, M.; CASTELLANO, Y.; CAMINAL, J. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditons. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). **Gaceta Sanitaria**, v. 15, p. 49-56, 2001. Suplemento 3.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. S83-S91, 2010. Suplemento 1.

MUÑIZ, J. A. G.; RUBI, A. Escolaridad de la madre y condiciones ambientales en la morbilidad, la mortalidad y el desarrollo del niño. **Revista Cubana de Pediatría**, v. 60, n. 6, p. 974-992, 1988.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, dez. 2008.

NICOLAU, L. S. **A Estratégia Saúde da Família no município de São Luís: avanços e desafios**. 2008. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

NITI, M.; NG, T. P. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. **Journal of Epidemiology and Community Health**, London, v. 57, n. 1, p. 17-22, 2003.

NOBRE, R. N. L. L. **Saúde da Família: uma utopia realizável**. 1999. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 1999.

NORONHA, J. C.; LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, R. (Orgs.). **Saúde e sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Abrasco/Instituto de Medicina Social, 1994. p. 103-111.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, June 2010.

OLIVEIRA, L. R. et al. Evaluation of preventive and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 47, n. 3, p. 334-340, 2014.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R. da; MATHIAS, T. A. de F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 1-8, jan./fev. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A charter for general practice**. Geneva, 1994.

ORGANIZAÇÃO PAM-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Atenção primária de saúde nas Américas: as lições aprendidas ao longo de 25 anos e**

- os desafios futuros. Washington, DC, 2003. Disponível em:
<<http://www1.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-09-p.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Londres, v. 12, p. 11-31, maio. 2011.
- PAIVA, M. A. S. et al. Pneumonias na criança. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 101-108, 1998.
- PAPPAS, G. et al. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 5, p. 811-816, 1997.
- PARCHMAN, M. L.; CULLER, S. Primary care physician and avoidable hospitalizations. **The Journal of Family Practice**, New York, v. 39, n. 2, p. 123-128, Aug. 1994.
- PAZO, R. G. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 21, n. 2, p. 275-282, jun. 2012.
- PEIXOTO, S. G. D.; ROCHA, F. F. **Impactos da política de atenção básica de saúde: uma análise a partir dos municípios da Região Sudeste**. São Paulo, 2008. Disponível em:
<http://www.sebh.ecn.br/seminario_6/sebh_artigo_Fabiana.pdf>. Acesso em: 26 nov. 2009.
- PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO SOBRE ECONOMIA MINEIRA, 12., 2006, Diamantina. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2006.
- PERRIN, J. M. Variations in pediatric hospitalization rates: Why do they occur? **Pediatric Annals**, New York, v. 23, n. 12, p. 676-683, 1994.
- PINTO JUNIOR, E. P. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da estratégia saúde da família na Bahia: um estudo ecológico com dados em painel**. 2014. 87 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.
- PORTO, S. M. **Eqüidade na distribuição geográfica de recursos em saúde: uma contribuição para o caso brasileiro**. 1997. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 884-890, 2013.
- REHEM, T. C. M. S. B. et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 882-887, 2013.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira diagnósticos**. 2011. 307 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

REHEM, T. C.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

RIBEIRO, E. J. C. **Análise das taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária no Maranhão**. 2010. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2010.

RICKETTS, T. C. et al. Hospitalizations rates as indicator of access to primary health care. **Health & Place**, Exford, v. 7, n. 1, p. 27-38, 2001.

SANTOS, I. L. F. dos. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 171-179, jan./mar. 2015.

SCHEID, S. **Estudo das causas de internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) na área de abrangência da Gerência Distrital de Saúde das regiões Leste e Nordeste em Porto Alegre no ano de 2010**. 2011. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 249-257, 1999.

SILVA, A. A. M. **Morbidade referida e utilização de serviços de atenção à saúde da criança em São Luís - MA**. 1997. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução de saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002**. 2003. 139 f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. 2002. Disponível em: <http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

_____. Is primary care essential? **The Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1112-1133, 1994.

TEIXEIRA, C. F. Transição epidemiológica: modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 841-843, 2004.

TEJADA DE RIVERO, D. Alma-Ata: 25 años después. **Revista Perspectivas en Salud**, v. 8, n. 1, p. 2-7, 2003.

TESTA, M. **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar, 1989.

TIAN, Y.; DIXON, A.; GAO, H. **Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions**: identifying the potential for reductions. 2012. Disponível em: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2015.

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1661-1666, dez. 2011. Número Especial.

TORRES, R. L. et al. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1661-1666, dez. 2011. Número Especial.

VICTORA, C. G. et al. Maternal education in relation to early and late child health outcomes: findings from a brazilian cohort study. **Social Science and Medicine**, Oxford, v. 34, n. 8, p. 899-905, 1992.

WHITE, K. L. et al. Health care: An international comparison of perceived morbidity, health services resources, and use. **International Journal of Health Services**, Westport, v. 6, n. 2, p. 199-218, 1976.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial da saúde 2008**: cuidados de saúde primários. Genebra, 2008.

_____. **WHO Conference on Europea Health Care Reforms**. Ljubljana, 1996.

ANEXO A - PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO B - LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37, A36, A33 a A35, B26, B06, B05, A95, B16, G00.0, A17.0, A19, A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9, A18, I00 a I02, A51 a A53, B50 a B54, B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	E86, A00 a A09
3	Anemia	D50
4	Deficiências nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00, J01, J02, J03, J06, J31
6	Pneumonias bacterianas	J13, J14, J15.3 a J15.4, J15.8 a J15.9, J18.1
7	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40, J41, J42, J43, J44, J47
9	Hipertensão	I10, I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50; J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63 a I67, I69, G45 a G46
13	Diabetes Mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17	Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.0

ANEXO C - PARECER AUTORIZANDO A PESQUISA



**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA**

Casa do Trabalhador – Bairro: Calhau/São Luís – Ma
Contatos: (98) 3236-9394, estagioses@yahoo.com.br

Ofício nº 372/2015/CEP-SES

Ao Comitê de Ética

São Luís, 10 de julho de 2015

Prezado Presidente,

O(A) pesquisador(a) responsável DAGOLBERTO CALAZANS A. PEREIRA do curso de(a) PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO RM GESTÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE do(a) Universidade Ceuma através da equipe executora formada por: PATRÍCIA GIULIANE DA SILVA BARROS, deu entrada nessa Coordenação solicitando autorização para realizar o estudo intitulado **“INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA ENTRE CRIANÇAS INTERNADAS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA NO MARANHÃO”** no(a) Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos (a) através do Processo SES nº 123569/2015, tendo como financiamento: Recursos Próprios do Pesquisador.

Desta forma, a **AUTORIZAÇÃO PARA O INÍCIO DA PESQUISA** nessa unidade de saúde ficará na dependência da **COMPROVAÇÃO DO PARECER CONSUBSTANCIADO COM APROVAÇÃO** emitido por esse CEP contendo respectivamente o número do CAAE, o número do parecer e data da aprovação.

TERMO DE COMPROMISSO

Declaramos para os devidos fins que a coleta de dados da pesquisa intitulada acima, somente será realizada no(a) Hospital Infantil Dr. Juvêncio Mattos após a **APROVAÇÃO** do Comitê de Ética em Pesquisa no qual será julgado e liberação da Coordenação de Estágio e Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão.

Código na base de dados de gerenciamento das pesquisas da Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão: 375

São Luís, 10 de julho de 2015

Jep 499.637.593-00
Nome completo e CPF

Atenciosamente,

graciela menezes dos santos

Coordenação de Estágio e Pesquisa da SES

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**UNIVERSIDADE CEUMA- UNICEUMA MESTRADO EM GESTÃO DE
PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

PACIENTE	CID 10	IDADE	SEXO	PROCEDÊNCIA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				

APENDICE B- PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO

1.Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1,A2,B1,B2 ou B3).

Revista Latino Americana de Enfermagem, classificação da WEBQUALIS da CAPES A1.

Revista Latino-Americana de Enfermagem



Crianças internadas por condições sensíveis a atenção primária em um estado do nordeste brasileiro.

Journal:	Revista Latino-Americana de Enfermagem
Manuscript ID	RLAE-2016-2017
Manuscript Type:	Original Article
Study Area:	Public Health Nursing < Nursing
Select the study type:	Quantitative Research
Select the research design/procedure:	Action Research
Keywords in English:	Hospitalization for sensitive conditions, Primary health care, Childhood hospitalization

SCHOLARONE™
Manuscripts

Crianças internadas por condições sensíveis a atenção primária em um estado do nordeste brasileiro.

BARROS, Patrícia Giulliane da Silva ¹

CALAZANS, Dagolberto A. Pereira ²

RESUMO

Objetivo: analisar as ICSAPs em crianças internadas, em São Luís, Maranhão no período de 2012 a 2015. Método: trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa de dados epidemiológicos de diagnósticos de pacientes com idade de 0 a 14 anos, coletados do hospital referência em pediatria da rede estadual, no período de 2012 a 2015, utilizou-se também como fonte de pesquisa dados secundários dos seguintes sistemas: Datasus-SIH/IBGE/MS-DAB.

Resultado: 4932 internações, com uma taxa de hospitalização de 21%, houve predomínio da faixa etária de 1 a 4 anos (42,4%), do sexo masculino (54,8%), a procedência dos pacientes foi 52,1% da Capital de São Luís e 47,3% do interior do Maranhão. Dentre os grupos de CSAP da Lista Brasileira, o mais frequente foi os das infecções de ouvido, nariz e garganta (29,9%), seguidos pelas doenças relacionadas ao pré-natal (17,8%) e pneumonias bacterianas com (12,7%). Conclusão: o aumento na taxa de ICSAP revela a fragilidade dos sistemas ambulatoriais, com ênfase na atenção primária, a consolidação das Redes de Atenção pode refletir sobre a maneira em que os serviços de saúde podem se organizar para implementar a integralidade na atenção à saúde para esse grupo etário, com foco na atenção primária.

Palavras chaves: internação por condições sensíveis; atenção primária à saúde; internação infantil.

¹ Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde Universidade CEUMA

² Doutor em Saúde Pública UFMG

Palavras-chave:

Introdução

Desde a Declaração de Alma-Ata⁽¹⁾, em 1978, a organização de Sistemas Nacionais de Saúde com base na Atenção Primária a Saúde (APS) tem sido a principal proposta para alcançar os princípios de equidade, proteção e promoção da saúde, atenção continuada, integralidade e universalidade. A APS deve servir de núcleo orientador do sistema e principal “porta de entrada” para o usuário, trabalhando com princípios de vigilância à saúde. Dela se espera o manejo de cerca de 80%⁽⁵⁾ das demandas de atenção e o encaminhamento aos demais níveis do sistema das situações que requerem outras tecnologias para seu cuidado⁽³⁻⁶⁾.

O modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a situação de saúde da população. Diante do padrão de adoecimento no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi adotada com objetivo de fortalecer a APS, priorizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e tem entre as áreas prioritárias a saúde da criança. Quando a Atenção Primária não garante acesso suficiente e adequado gera uma demanda excessiva para os níveis de media e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários. Essa demanda excessiva inclui um percentual de ICSAP, um indicador que vem sendo utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução por parte da atenção primária⁽⁶⁻⁷⁾.

Em diversos países, a avaliação de acesso e efetividade da APS vem se dando por meio de análise das ICSAP, é um indicador que teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) na década de 80, com um estudo denominado *Ambulatory Care Sensitive Conditions* e a partir daí, foram realizadas adaptações, contemplando as especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisados, estudos vem sendo desenvolvidos, utilizando dados de

internações potencialmente evitáveis, mostrando a estreita relação com a política de atenção primária. Aonde, identificaram a prevalência de maiores taxas de internações por causas evitáveis em áreas de pobreza, evidenciando, assim, as relações entre as barreiras de acesso e os determinantes sociais. Desde então, diversos países vêm desenvolvendo estudos nessa temática, destacando-se Espanha, Austrália, Inglaterra e Canadá ⁽⁷⁻⁸⁾.

No Brasil, a lista foi publicada pelo Ministério da Saúde, desenvolvida em 2008, por meio da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) nº 221, de 17 de abril de 2008, contemplando 19 grupos de diagnósticos e é resultado de um trabalho de validação por consenso entre diversos especialistas da área de Saúde Coletiva no Brasil, devendo ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e ou utilização hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar desempenho do sistema de saúde no âmbito nacional, estadual e municipal ⁽⁸⁻⁹⁾.

Partir da criação da lista brasileira notou-se uma rápida ampliação na pesquisa sobre as causas evitáveis de hospitalização em território nacional. O Brasil já conta com pesquisas em diversos estados da federação, que apesar de utilizarem o conceito das ICSAP vale-se de metodologias variadas quanto ao nível de agregação nos estudos ecológicos e às faixas etárias de interesse, sendo o grupo dos idosos e das crianças os mais presentes nas publicações ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Apesar de crescentes, os estudos na temática das hospitalizações evitáveis no Brasil, ainda vislumbram lacunas no conhecimento das relações entre tais hospitalizações, principalmente em estados da Região Nordeste. O monitoramento das ICSAPs contribui como um instrumento de gestão do cuidado na APS, desde que compreendido na realidade do território que a gerou (ou a influenciou), podendo ser empregada para pesquisas de políticas de saúde e financiamento do sistema ⁽¹²⁾.

O conhecimento sobre a mensuração por ICSAP poderá subsidiar decisões e investimentos, e ainda a reorientação e reorganização dos serviços do Maranhão. A partir do

exposto, tem-se como objetivo analisar as ICSAPs em crianças internadas, em São Luís, Maranhão. Inicialmente, a pesquisa teve como indagação: Atenção primária está eficaz para evitar as internações por condições sensíveis em crianças? Já a escolha pelo grupo etário composto por crianças se dá pelo fato desses indivíduos serem usuários frequentes da Atenção Primária, estarem mais suscetíveis ao adoecimento pelas doenças presentes na lista brasileira de ICSAP e por suas condições de saúde serem mais influenciadas pela oferta de serviços de saúde e pelos determinantes sociais.

Método

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo com abordagem quantitativa, realizado em um hospital de referência no atendimento materno-infantil, localizado no município de São Luís-MA, que atende exclusivamente crianças na faixa etária de 0 a 14 anos de idade pertencentes ao Sistema Único de Saúde, subordinado à administração direta da Secretaria Estadual de Saúde do Maranhão.

Ressalta-se que esse processo investigatório, foi desenvolvido a partir de dados secundários de domínio público, provenientes de bases informatizadas do sistema de informação disponibilizadas pelo Ministério da Saúde, no endereço eletrônico do DATASUS (www.datasus.gov.br). As informações referentes às internações hospitalares foram extraídas do banco de dados do referido hospital, os seguintes dados relativos aos aspectos epidemiológicos: idade, sexo e procedência (município), além de dados relacionados à internação tais como diagnósticos registrados na *Classificação Internacional de Doenças Classificação Internacional de Doenças* (CID 10).

Amostragem foi baseada na população internada nos anos de 2012 a 2015, totalizando 10.467 prontuários, e teve como parâmetros $p=0,50$ para sensibilidade e especificidade, alfa

5% e erro amostral de 0,05. Foram calculados intervalos de confiança (IC) a 95% para todas as estimativas, considerando que o estudo foi feito com base na CID 10, houve também a necessidade de verificar se os registros da CID 10 estavam compatíveis com o diagnóstico principal escrito por extenso nos prontuários. Dos 10467 diagnósticos, conforme a CID 10 coletado nos prontuários, após checagem, considerou-se os critérios definidos, sendo o universo amostral (n) de 4932 registros.

Para cálculo das taxas de internações hospitalares foram considerados os números totais de internações no ano de 2012 a 2015 dividido pelo numero de internações por CSAP e multiplicado por 100.

Os dados foram analisados através do programa estatística IBM SPSS Statistics 20 (2011). Inicialmente, foi feito a estatística descritiva, ou seja, gráficos e tabelas de frequência de todas as variáveis analisadas. Depois para se avaliar a associação entre as variáveis, fez-se o teste de quiquadrado de independência (χ^2). Para verificar a correlação entre o número das internações notificadas pelos municípios e encaminhadas para São Luis-MA (ICSAP) e as internações encaminhadas e avaliadas em São Luis fez o teste de correlação de Pearson. Depois utilizando-se o programa TabWin 3.2 fez o mapeamento da procedência das internações em São Luis. Em todos os testes aplicados, o nível de significância (α) de 5%, ou seja, considerou-se significativo quando $p < 0,05$.

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. O projeto foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Ceuma, sendo aprovado sob parecer nº 1.180.350 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 47714215.9.0000.5084 e da CEP-SES nº 372/2015.

Resultados

De 2012 a 2015 ocorreram, 4932 ICSAP, observando-se um percentual de 54,8% sexo masculino e 45,2% do sexo feminino, e ambos apresentaram comportamento similar. Dentre as internações, as CSAP representaram 21%, tendo como faixa etária predominante de 1 a 4 anos (42,4 %) e a procedência da maioria dos pacientes foi da capital São Luís-MA (52,1%). A maioria das internações ocorre na faixa etária de 1 a 4 anos com 42,4%, seguida de 5 a 10 anos com 35%, 11 a 14 anos com 14,9% e menores de 1 ano com 7,7% (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos números e percentuais de ICSAP, segundo variáveis de procedência entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, 2016.

VARIÁVEIS	n	%
Sexo		
Feminino	2229	45,2
Masculino	2703	54,8
Faixa etária		
< 1	380	7,7
1 a 4	2093	42,4
5 a 10	1726	35,0
11 a 14	733	14,9
Procedência		
São Luís	2570	52,1
Interior do Maranhão	2334	47,3
Não informado	28	0,6
Total	4932	100

Fonte: SIH/SUS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS

A tabela 2 ilustra os cinco grupos de agravos em saúde com taxas mais expressivas de internação por CSAP, foram: o grupo 5, das infecções de ouvido, nariz e garganta , teve maior frequência foram 29,9 % , em seguida destaca-se o grupo 19 com doenças relacionadas ao pré-natal 17,8 % , em seguida o grupo 6 das pneumonias bacterianas com 12,7% , o grupo 1 com as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis com 7,2% e por fim o grupo 16 com a infecção da pele e tecido subcutâneo tendo 6,2%. Na análise por faixa etária,

observou-se as mesmas causas com mais representatividade, sendo encontrada uma associação significativa ($p < 0,05$) entre a faixa etária e as condições sensíveis à atenção primária.

Tabela 2 - Número e proporção de internações hospitalares por ICSAP registradas por grupo etário selecionado, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, Brasil, 2016.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	FAIXA ETÁRIA								TOTAL	
	< 1		1 a 4		5 a 10		11 a 14			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	3	0,8	161	7,7	894	51,8	419	57,2	1477	29,9
Doenças relacionadas ao pré-natal	261	68,7	611	29,2	5	0,3	1	0,1	878	17,8
Pneumonias bacterianas	26	6,8	381	18,2	179	10,6	39	5,3	625	12,7
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	26	6,8	186	8,9	105	6,1	40	5,5	357	7,2
Infecção da pele e tecido subcutâneo	10	2,6	102	4,9	129	7,5	67	9,1	308	6,2
Doenças pulmonares	23	6,1	205	9,8	51	3,0	10	1,4	289	5,9
Infecção no rim e trato urinário	4	1,1	76	3,6	111	6,4	57	7,8	248	5,0
Gastroenterites infecciosas e complicações	1	0,3	113	5,4	73	4,2	10	1,4	197	4,0
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	7	1,7	53	2,5	64	3,7	26	3,5	150	6,3
Anemia	6	1,6	46	2,2	15	0,9	8	1,1	75	1,5
Doenças cerebrovasculares	2	0,5	32	1,5	22	1,3	16	2,2	72	1,5
Asma	0	0,0	24	1,1	25	1,4	6	0,8	55	1,1
Deficiências nutricionais	4	1,1	34	1,6	12	0,7	4	0,5	54	1,1
Insuficiência cardíaca	2	0,5	28	1,3	9	0,5	6	0,8	45	0,9
Úlcera gastrointestinal	4	1,1	11	0,5	15	0,9	13	1,8	43	0,9
Diabetes mellitus	1	0,3	6	0,3	9	0,5	7	1,0	23	0,5
Não informado	0	0,0	14	0,7	2	0,1	1	0,1	17	0,3
Epilepsias	0	0,0	7	0,3	3	0,2	3	0,4	13	0,3
Hipertensão	0	0,0	3	0,1	3	0,2	0	0,0	6	0,1
Total	380	7,7	2093	42,4	1726	35,0	733	14,9	4932	100,0
$\chi^2 = 2442,46$ $p = < 0,0001$										

Fonte: SIH-SUS

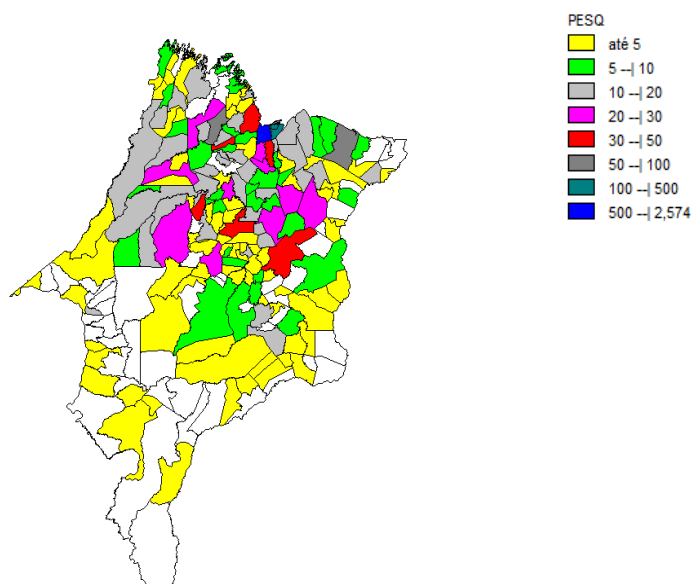
Ressalta-se ainda que de acordo com os grupos de causas de CSAP e procedência, há uma associação em relação aos casos notificados por CSAP por infecções de ouvido, nariz e garganta com 746 tendo como frequência 32%, as afecções perinatais com 488 casos sendo 20,9% procedentes do interior do Maranhão, provenientes da capital São Luís temos como diagnósticos, o grupo das pneumonias bacterianas com 385 e 15% e doenças preveníveis por

imunização 177 e 6,9%, sendo encontrado, portanto uma associação significativa ($p < 0,05$), como demonstrada na tabela 3, entre a procedência e as condições sensíveis à atenção primária (Tabela 3 e Figura 3).

Tabela 3 - Número e proporção de ICSAP por grupo de causas, de pacientes internados, entre os anos de 2012 a 2015. São Luís-Ma, Brasil, 2016.

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	PROCEDÊNCIA				Total	p
	SÃO LUÍS		INTERIOR DO MARANHÃO			
	n	%	n	%		
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	177	50,6	173	49,4	350	0,831
Gastroenterites infecciosas e complicações	128	65,0	69	35,0	197	< 0,001
Anemia	32	43,2	42	56,8	74	0,245
Deficiências nutricionais	16	30,8	36	69,2	52	0,005
Infecções de ouvido, nariz e garganta	730	49,5	746	50,5	1476	0,677
Pneumonias bacterianas	385	62,0	236	38,0	621	< 0,001
Asma	38	69,1	17	30,9	55	0,004
Doenças pulmonares	174	60,4	114	39,6	288	0,0004
Hipertensão	3	50,0	3	50,0	6	1,000
Insuficiência cardíaca	17	41,5	24	58,5	41	0,274
Doenças cerebrovasculares	31	43,1	41	56,9	72	0,238
Diabetes mellitus	12	52,2	11	47,8	23	0,835
Epilepsias	6	46,2	7	53,8	13	0,782
Infecção no rim e trato urinário	134	54,0	114	46,0	248	0,204
Infecção da pele e tecido subcutâneo	190	62,3	115	37,7	305	< 0,001
Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	79	52,7	71	47,3	150	0,514
Úlcera gastrointestinal	22	51,2	21	48,8	43	0,878
Doenças relacionadas ao pré-natal	385	44,1	488	55,9	873	0,0005
Não informado	11	64,7	6	35,3	17	0,225
Total	2570	52,4	2334	47,6	4904	0,0008

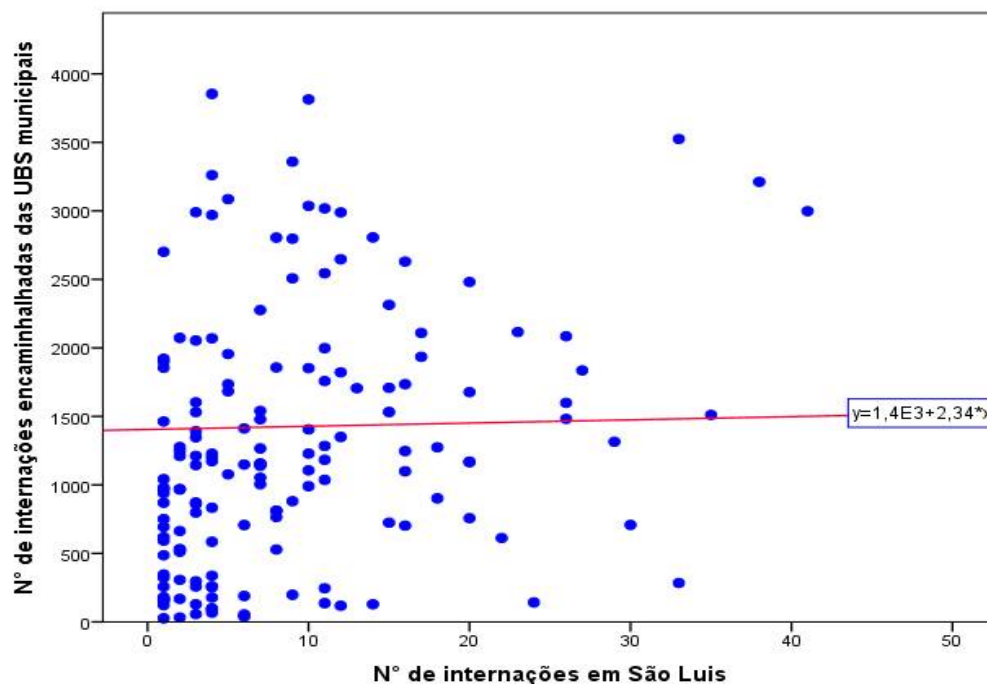
Figura 3 - Mapeamento da procedência das internações em São Luís por CSAP. São Luís-Ma, Brasil, 2016.



Fonte: ICSAP através do SIH-SUS. Cobertura populacional de ESF através do SIAB

O coeficiente da correlação das ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís foi igual a $r = 0,355$ ($p < 0,01$). Foi encontrado uma correlação pequena, positiva e significativa ($p < 0,01$) entre as internações notificadas pelos municípios e as internações realizadas em São Luís (Figura 1 e Figura 3).

Figura 1 - Coeficiente de correlação de Pearson para a relação entre os números de ICSAP notificadas pelos municípios e as ICSAP avaliadas em São Luís no período de 2012 a 2015. São Luís/MA, Brasil, 2016.



Nota: Correlação de Pearson $r = 0,355$ $p < 0,01$
 Fonte: ICSAP através do SIH-SUS

Discussão

O presente estudo possibilitou conhecer as internações por condições sensíveis em crianças internadas, ainda pouco apresentadas em publicações brasileiras, demonstrando que altos índices de internações por condições sensíveis a atenção primária em uma população podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde seja na gestão, na quantidade insuficiente de serviços, na falta de medicamentos, dificuldades de oferta de recursos diagnósticos ou deficiências no manejo e no acompanhamento ambulatorial⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que geralmente levam à hospitalização de crianças é universal. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que as principais causas evitáveis de internação foram pneumonias, infecções da pele, gastroenterites e asma, corroborando com a pesquisa, alguns estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças já registraram que os

principais diagnósticos foram às pneumonias e as gastroenterites, consideradas causas evitáveis de internações⁽²³⁻²⁵⁾.

A procedência de ICSAP em estudo brasileiro variou de 16 a 38%, e cerca de 19%, este estudo mostra incidência de 21% que está dentro da variável normal, menor que estudos do Sul e Sudeste, relatam prevalência maiores de ICSAP entre crianças, de 35,6% , 41,4% e 42,6%^(7,16-17).

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 ICSAP⁽²³⁻²⁵⁾. Portanto esses achados caracterizam a magnitude do problema investigado, se considerarmos que a hospitalização da criança, representa um problema complexo na estrutura familiar, além de significar um custo financeiro ao sistema de saúde, considerando que essas condições podem refletir dificuldades de acesso e na capacidade resolutiva da atenção primária.

A faixa etária menor é mais suscetível ao adoecimento e internação. O presente estudo mostrou maior percentual de internação pro CSAP na faixa etária de 1 a 4 anos (42.4%). Os dados são condizentes, pois relatam que internam mais em idades menores⁽¹⁵⁻¹⁹⁾, autores referem 44.1% de ICSAP no período de 1999 a 2009 em menores de 5 anos, nessa linha⁽¹⁹⁾, a taxa de ICSAP foi maior nos extremos das idades⁽¹⁴⁾.

Estudo desenvolvido na Espanha sobre ICSAA aponta a relação inversa que existe entre o padrão etário e as hospitalizações, ou seja, entre as crianças, quanto menor a idade, maior o aumento na taxa de internação⁽²³⁾. Autores justificam essa relação no fato de que crianças de 0 a 2 anos são mais susceptíveis às doenças e, além disso, quando doentes, geram maiores preocupações para suas famílias e mesmo para os profissionais de saúde, que ficam mais predispostos a recomendarem a hospitalização⁽¹⁶⁾. Por outro lado, taxas de internações mais elevadas podem apontar o acesso limitado aos cuidados de saúde, levando ao

agravamento de situações inicialmente simples, ou a dificuldade do manejo clínico pelos profissionais de saúde em crianças menores.

Os achados do estudo em relação aos cinco diagnósticos mais frequentes nas ICSAP estão em concordância com os estudos ⁽¹⁸⁻²⁰⁾, poucas desacordes com os estudos, para quem as primeiras causas de ICSAP foram às pneumonias bacterianas, seguidas de gastroenterites infecciosas e complicações.

As doenças por infecções respiratórias, principalmente via aérea superior, foram as principais causas de hospitalizações por CSAP, correspondendo 51.8% das internações na faixa etária de 5 a 10 anos, as doenças do aparelho respiratório são as principais causas de internação e mortalidade na infância, são responsáveis por 40 a 50 % das consultas médicas, tanto ambulatoriais como na emergência. São suscetíveis devido a fatores individuais, como imaturidade imunológica, as características anatômicas da árvore respiratória e aos fatores ambientais, como exposição a agentes infecciosos irritantes de vias aéreas. Frequência em creches, à paridade e as aglomerações domiciliares são importantes fatores de risco para transmissão da doença⁽¹⁷⁾.

Quanto às causas de internações transcorridas no período perinatal, dentre elas, transtornos respiratórios, retardo de crescimento fetal, prematuridade, asfixia, infecções congênitas, hipóxia intrauterina, essas são geralmente associadas à qualidade da atenção materno infantil, chama atenção o fato de apresentarem aumento de 17.8% na faixa etária de 1 a 4 anos com 29.2% e 611 casos ainda na análise de ICSAP segundo grupo de causas, sendo a sífilis congênita, a causa individual mais importante, o esperado seria uma redução ou alteração nessa taxa, tendo em vista que, com a expansão da ESF, é plausível pensar que haja também a melhoria na assistência à gestante e ao bebê.

Porém, existe uma clara relação entre a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde da criança e os diferentes contextos locorregionais. No Maranhão, a ESF possui uma

cobertura de 82,78% e, no entanto na capital São Luís-MA possui uma cobertura de 36,50%, possuindo uma alta taxa de mortalidade infantil com 21,9% em relação à média brasileira (16%). Os percentuais de crianças maranhenses com esquema vacinal básico, aleitamento materno exclusivo e de cobertura de consultas pré-natal são inferiores tanto a média nacional como à da região Nordeste.⁽²⁻³⁾

Entretanto, estudos sobre prevalência de sífilis, como o desenvolvido em maternidades públicas de Fortaleza-Ce, apontam alta prevalência dessa doenças sexualmente transmissível em parturientes que impacta diretamente na transmissão vertical para os recém-nascidos⁽³¹⁾. Nesse cenário, é válido indicar a relação entre a alta incidência de sífilis congênita e indicadores de cuidado à saúde da gestante insatisfatórios, que sugere a necessidade de melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal⁽²¹⁻²²⁾.

Porém, a realidade socioeconômica encontrada no Maranhão, deve ser considerada como fator determinante de sua situação de saúde e de acesso aos serviços preventivos ou assistenciais, o que tem colocado o estado em uma posição desfavorável em relação aos indicadores de saúde. A renda familiar e baixa escolaridade inegavelmente interferem no acesso a serviços de saúde. A grande quantidade de filhos e o curto espaço interpatal também podem influenciar no acompanhamento de saúde durante o primeiro ano de vida dessas crianças, pois em famílias com muitas crianças, as mães tendem a considerar como prioridade apenas o adoecimento⁽²⁻³⁾.

Outro estudo desenvolvido evidenciou que a manutenção do acompanhamento periódico da saúde de crianças pobres ou quase pobres dos estados da Califórnia, Geórgia, e Michigan de até dois anos provocou efeito positivo na saúde, diminuindo as taxas de hospitalização independentemente de raça, nível de pobreza ou estado de saúde⁽²⁴⁻²⁵⁾. Um resultado análogo tiveram os pesquisadores, quando encontraram correlação entre a inscrição

de crianças e adolescentes da Califórnia que não possuíam seguro de saúde em programa de saúde infantil e a diminuição das taxas de internação hospitalar.

Pode-se citar, ainda, o estudo que avaliou o acesso aos serviços de saúde e as hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial dos moradores do estado australiano de Victoria. Concluíram que, entre moradores da zona urbana, a autoavaliação de dificuldades de acesso aos serviços de saúde estava associada a taxas de hospitalização mais elevadas⁽²⁵⁾.

No que concerne às diferenças entre áreas analisadas, é importante reconhecer a existência de desigualdades, mesmo em municípios próximos, como é o caso dessa pesquisa, observaram-se coeficientes de internações bem superiores nos municípios da microrregião da Aglomeração Urbana de São Luís é uma das microrregiões do estado brasileiro do Maranhão pertencente à mesorregião Norte Maranhense e também nos municípios que pertencem as regionais de saúde , destacando as internações por infecções de vias aéreas superiores, perinatais e gastroenterites infecciosas e complicações⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Ao longo das últimas décadas, o Brasil vivenciou progressivas mudanças em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população⁽²⁾. Transformou-se de um país de baixa renda, de larga parcela de população rural, elevadas taxas de natalidade e com um sistema de saúde múltiplo a um país de renda média, urbanizado, famílias nucleares e de cobertura universal de saúde. Todavia, essas transformações não foram uniformes nos vários contextos sociais do país, pois se mantém desigualdades sociais, econômicas e regionais no Brasil. Essas contradições típicas da sociedade brasileira podem se estendidas para as cidades maranhenses em estudo⁽³⁾.

Ressaltamos aqui uma discussão sobre as barreiras de acesso , a insuficiência ou sobrecarga dos recursos humanos , a incapacidade organizacional para gerenciar os processos de trabalho, a falta de protocolos , de conduta clínica e o manejo clínico inadequado tem

como consequência a baixa capacidade de resolução da APS que deixa de agir no campo da prevenção dos problemas de saúde, do diagnóstico e do tratamento precoce.

Apesar da análise dos efeitos dos determinantes sociais, como renda, urbanização, escolaridade e índice de desenvolvimento humano (IDH), não ser o foco deste estudo, os modelos de regressão mostraram que as hospitalizações por condições sensíveis à Atenção Básica são maiores em municípios com piores indicadores socioeconômicos. Esse mesmos efeitos são encontrados em outros estudos com indivíduos menores de 5 anos e em outras populações, considerando adultos e idosos⁽²⁶⁾.

Conclusão

Os resultados apresentados sinalizam a necessidade de intensificação das ações preconizadas pelos programas voltados à saúde da criança, por se tratar de doenças que possuem condições sensíveis à atenção primária, ou seja, que representam um conjunto de problemas de saúde para os quais uma efetiva ação da atenção primária diminuiria o risco de internações.

Destaca-se ainda como uma limitação que deve ser trazida para o bojo da discussão dessa temática, a unicidade da Lista de Brasileira de CSAP. Este documento, que considera todas as causas evitáveis para todas as faixas etárias, não leva em conta as peculiaridades na ocorrência de doenças em crianças, adultos e idosos. Esse debate também está presente no cenário nacional, haja vista a necessidade de ajustes adicionais na definição das condições evitáveis de hospitalização para o monitoramento da atenção primária.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Atención primaria de salud. Informe dela Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO; 1978 [internet]. Available from:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Banco de Dados Sistema Único de Saúde. Cadernos de Informações de Saúde: informações gerais. Brasília; 2011 [internet]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/brasil.htm>.
3. Cunha CLF, Silva RA, Gama MEA, Costa GRS, Costa A S V, Tonial SR. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. Cad. Saúde Colet. [Internet]. 2013;21(2):115-20 [Acesso 30 ago 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000200003.
4. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
5. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de saúde, servicios e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
6. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev. Saúde Pública. [Internet]. 2008;42(6):1041-52 [Acesso 25 set 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010.
7. 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 de

- literatura. Epidemiol. Serv. Saúde. [Internet]. 2010;19(1):61-75 [Acesso 2 set 2016]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008.
8. 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;25(6):1337-49 [Acesso 8 ago 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016.
 9. Aquino R, Barreto ML. Programa de saúde da família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2008;24(4):905-14 [Acesso 4 set 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/22.pdf>.
 10. Lima RCDSM. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência terciária no Maranhão [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2014 [Acesso 29 ago 2016]. 97p. Disponível em: http://www.tedebr.ufma.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1053.
 11. Pinto Junior EP. Internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da estratégia saúde da família na Bahia: um estudo ecológico com dados em painel [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014 [Acesso 18 set 2016]. 87p. Disponível em: <http://www.uece.br/cmasp/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Elzo%20Junior%201709.pdf>.
 12. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2011 [Acesso 18 set 2016]. 131p. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/16349703.pdf>.

13. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2010;13(2):268-77 [Acesso 4 ago 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/09.pdf>.
14. Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev. Esc. Enferm. USP.* [Internet]. 2011;45:1661-66 [Acesso 8 ago 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/04.pdf>.
15. Lenz MLM, Flores R, Pires NV, Stein AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade. Infant.* [Internet]. 2008;3(12):271-81 [Acesso 3 set 2016]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/363>.
16. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à Atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerias, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet]. 2011;11(1):61-71 [Acesso 3 set 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007.
17. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LLS, Forst AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúd.* [Internet]. 2014;23(1):45-56 [Acesso 19 set 2016]. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005.
18. Rehem TC, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. Saúde Coletiva.* [Internet]. 2011;16(12):4755-66 [Acesso 14 ago 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024.
19. Melo MM. Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil [dissertação]. Juiz

- de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015 [Acesso 28 set 2016]. 124 p.
Disponível em:
<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/388/1/marcelamelquiadesdemelo.pdf>.
20. Perpétuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do 12º Seminário sobre Economia Mineira;2006; Diamantina;2006.
 21. Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondim APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. BMC Public. Health. [Internet] 2013 [Access ago 5 2016];13. Available from: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-206>.
 22. Oliveira LR, Costa MC, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. et al. Evaluation of preventive and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. Rev Soc Bras Med Trop. [Internet] 2014 [Access ago 25 2016]; 47(3):334-40. Available from: [file:///C:/Users/Regina/Downloads/S0213911101715324_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Regina/Downloads/S0213911101715324_S300_es%20(1).pdf).
 23. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sánchez E, Casanova C. et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: seleccion del listado de codigos de diagnostico validos para Espana. Gaceta Sanitaria. [Internet] 2001 [Access sep 23 2016];15(2):128-41. Available from:[file:///C:/Users/Regina/Downloads/S0213911101715324_S300_es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Regina/Downloads/S0213911101715324_S300_es%20(1).pdf).
 24. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. J. Health Care for the Poor and Underserved. [Internet] 2005 [Access ago 19 2016];16:96-110. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741712>.

25. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med. Care Res. Rev.* [Internet] 2006 [Access ago 15 2016];63(6):719-41. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17099123>.
26. Eggli Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Services Research.* [Internet] 2014 [Access sep 20 2016];14:25. Available from:<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-25>.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Atención primaria de salud. Informe dela Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO; 1978.
2. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344(8930):1112-33.
3. Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña en 1920 por el Consejo Consultivo de Servicios Médicos y Afines. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1964.
4. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
5. Starfield B. Atención primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.
6. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev Saúde Pública. 2008 Dez;42(6):1041-52, dez. 2008.
7. 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 de literatura. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010;19(1):61-75.
8. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive condions. Marco conceptual. Atención Primaria. 2003;31(1): 61-65.
9. 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. 2009 Jun;25(6):1337- 49.

10. Aquino R, Barreto ML. Programa de saúde da família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. Cad Saúde Pública. 2008;24(4):905-914.

11. Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998 – 2009. Rev Saúde Pública. 2012;46(2):359-66.

12. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad Saude Publica. 2012 Maio;28(5):845-55.

13. Lima RCDSM. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência terciária no Maranhão [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 2014.

14. Pinto Junior EP. Internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da estratégia saúde da família na Bahia: um estudo ecológico com dados em painel [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2014.

15. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2011.

16. Oliveira BRG, Vieira CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010;13(2).

17. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. Saúde Debate. 2014 Out;38(Número Especial):331-42.

18. Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP*. 2011 Dez;45(N. Especial):1661-66.
19. Pappas G, Hadden WC, Kozak LJ, Fisher GF. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. *Am J Public Health*. 1997;87(5):811-816.
20. Morales M, Castellano Y, Caminal J. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditons. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). *Gaceta Sanitaria*. 2001;15:49-56.
21. Lenz MLM, Flores R, Pires NV, Stein AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. 2008 Jan/Mar;3(12):271-81.
22. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à Atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerias, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2011 Jan/Mar;11(1):61-71.
23. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LLS, Forst AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúd*. 2014 Mar;23(1):45-56.
24. Santos ILF, Gaíva MAM, Abud SM, Ferreira SMB. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. *Cogitare Enferm*. 2015 Jan/Mar;20(1):171-79.
25. Melo DF. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. *Rev Bras Enferm*. 2012 Aug;65(4).
26. Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina MG. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2015 Apr;31(4).

27. Rehem TC, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12):4755-66.
28. Oliveira RR, Costa JR; Mathias TAF. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 Jan/Fev;20(1):1-8.
29. Melo MM. Avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil [dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2015.
30. Perpétuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: *Anais do 12º Seminário sobre Economia Mineira*;2006; Diamantina;2006.
31. Araújo MAL, Freitas SCR, Moura HJ, Gondim APS, Silva RM. Prevalence and factors associated with syphilis in parturient women in Northeast, Brazil. *BMC Public Health*. 2013;13.
32. Oliveira LR, Costa MC, Barreto FR, Pereira SM, Dourado I, Teixeira MG. et al. Evaluation of preventive and control measures for congenital syphilis in State of Mato Grosso. Rev Soc Bras Med Trop. 2014; 47(3):334-40.
33. Caminal J, Mundet X, Ponsa JA, Sánchez E, Casanova C. et al. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: seleccion del listado de codigos de diagnostico validos para Espana. *Gaceta Sanitaria*. 2001;15(2):128-41.
34. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory caresensitive conditions in Valencia (Spain). *Inter J Quality in Health Care*. 1996;8(1): 51-59.
35. Hakim RB, Bye BV. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. *Pediatrics*. 2001 Jul;108(1):90-97.

36. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care for the Poor and Underserved*. 2005;16:96-110.
37. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev*. 2006;63(6):719-41.
38. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalizations rates as indicator of access to primary health care. *Health & Place*. 2001;7:27-38.
39. Agha MM, Glazier RH, Guttman A. Ambulatory care-sensitive hospitalizations persists for up to 9 years among children born in a major Canadian urban center. *Ambulatory Pediatrics*. 2007;7(3):258-62.
41. Laditka JM, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcomes disparities associated with race and ethnicity. Soc Sci Med. 2003;57(8):1429-41.
40. Berlin C. Avoidable hospitalization in Switzerland: a small area analysis on regional variation, density of physicians, hospital supply and rurality. *BMC Health Services Research*. 2014;14(289).
41. Gao J. Predicting potentially avoidable hospitalizations. *Medical Care*. 2014;52(2): 164-71.
42. Egli Y, Desquins B, Seker E, Halfon P. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. *BMC Health Services Research*. 2014;14: 25.

