

PREVALÊNCIA E ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS ÀS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÃO SENSÍVEL À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Thatiane Lopes Oliveira

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Cláudio Medeiros Santos

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Leonardo de Paula Miranda

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

Antônio Prates Caldeira

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros
Montes Claros-MG, Brasil

RESUMO: Este estudo teve por objetivo estimar a prevalência e avaliar os fatores associados às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Trata-se de um estudo transversal, analítico. A coleta de dados foi conduzida por meio de entrevistas e análise de

prontuários conduzida ao longo de dois anos em amostras aleatórias de pacientes hospitalizados. Avaliaram-se características demográficas, socioeconômicas, nosológicas e relacionadas à assistência e acessibilidade. As variáveis associadas às ICSAP foram identificadas após análise múltipla, por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta. Foram analisadas 1208 hospitalizações. A proporção de ICSAP foi de 44%, ligeiramente maior do que o estudo prévio realizado há 10 anos. As principais causas das hospitalizações foram insuficiência cardíaca, pneumonia bacteriana não especificada e as doenças cerebrovasculares, com perfil similar ao estudo anterior. Os fatores associados foram idade, raça, escolaridade e presença de patologia crônica. Não foram identificados fatores relacionados à assistência por equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), como no estudo anterior. Apesar do aumento da cobertura da ESF, não foi observado redução da proporção de internações sensíveis à atenção primária. Os dados sugerem a necessidade de mudanças estruturais e organizacionais, em toda a rede de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Estratégia Saúde da Família; Qualidade da assistência à Saúde.

PREVALENCE AND ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITH HOSPITALIZATIONS DUE TO PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS

ABSTRACT: This study aimed to estimate the prevalence and factors associated with hospitalizations due to Primary Care Sensitive Conditions (HPCSC). It is a cross-sectional, analytical study. Data collection was conducted through interviews and analysis of medical records conducted over two years on random samples of hospitalized patients. Demographic, socioeconomic, nosological, care-related and accessibility characteristics were evaluated. The variables associated with HPCSC were identified after multiple analysis using Poisson Regression with robust variance. A total of 1208 hospitalizations were analyzed. The proportion of HPCSC was 44%, slightly more than 10 years ago. The main causes of hospitalizations were heart failure, unspecified bacterial pneumonia and cerebrovascular diseases, with a similar profile to the previous study. The associated factors were age, race, education and presence of chronic pathology. No factors related to assistance from Family Health Strategy (FHS) teams were identified, as in the previous study. Despite the increase in FHS coverage, there was no reduction in the proportion of hospitalizations sensitive to primary care. The data suggest the need for structural and organizational changes throughout the health network.

KEYWORDS: Primary Health Care; Hospitalization; Family Health Strategy; Quality of Health Care.

PREVALENCIA Y ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS CON LAS HOSPITALIZACIONES DEBIDO A AFECCIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo estimar la prevalencia y los factores asociados con las hospitalizaciones por afecciones sensibles a la atención primaria (HASAP). Es un estudio analítico transversal. La recolección de datos se realizó mediante entrevistas y análisis de registros médicos realizados durante dos años en muestras aleatorias de pacientes hospitalizados. Se evaluaron las características demográficas, socioeconómicas, nosológicas y relacionadas con la atención a salud y con la accesibilidad. Las variables asociadas con HASAP se identificaron después de un análisis múltiple utilizando la regresión de Poisson con una varianza robusta. Se analizaron un total de 1208 hospitalizaciones. La proporción de HASAP fue del 44%, ligeramente mayor que el estudio realizado por 10 años. Las principales causas de hospitalización fueron insuficiencia cardíaca, neumonía bacteriana no especificada y enfermedades cerebrovasculares, con un perfil similar al estudio anterior. Los factores asociados fueron edad, raza, educación y presencia de patología crónica. No se identificaron factores relacionados con la asistencia de los equipos de la Estrategia de salud familiar (ESF), como en el estudio anterior. A pesar del aumento en la cobertura de ESF, no hubo reducción en la proporción de hospitalizaciones sensibles a la atención primaria. Los datos sugieren la necesidad de cambios estructurales y organizativos en toda la red de salud.

PALABRAS-CLAVE: Atención Primaria de Salud; Hospitalización; Estrategia de Salud Familiar; Calidad de la Atención de Salud.

* Resultado da Tese “Análise do perfil e dos custos de internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em Montes Claros (MG): um estudo transversal”

Autora: Thatiane Lopes Oliveira. Universidade Estadual de Montes Claros. Ano de defesa: 2019.

INTRODUÇÃO

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é considerada a organização do conjunto de serviços de saúde, que tem por objetivo superar a fragmentação da atenção e garantir ao usuário continuidade da atenção à saúde, com efetividade e eficiência¹. Inserida nesta RAS, espera-se que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja o centro de comunicação e se constitua como porta de entrada preferencial de entrada².

Na prática, a APS no Brasil ainda encontra muitas dificuldades para efetivar essa comunicação. Para vencer essa barreira, o (re)conhecimento das reais necessidades da população e a oferta de ações que as contemplem são pontos cruciais³. A operacionalização da APS em todo país ocorre por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) que é responsável pela melhoria de vários indicadores, entre eles a redução das taxas de hospitalização por condições sensíveis à atenção primária (CSAP)⁴.

A apreciação das taxas de hospitalização por essas CSAP permite a avaliação do impacto das ações da ESF, uma vez que se espera que uma maior capacidade de resolução dos serviços de atenção primária resulte na diminuição das internações hospitalares. Um importante instrumento para essa avaliação é o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que contempla os problemas de saúde que não deveriam chegar em grande quantidade à rede hospitalar, pois deveriam ser solucionados na atenção primária⁵.

No contexto avaliativo do cuidado primário, espera-se que os pacientes assistidos pela ESF sejam menos propensos à hospitalização por causas evitáveis. Alguns estudos registram que a ampliação da cobertura assistencial pela ESF tem impacto sobre redução das ICSAP, mas são estudos de natureza ecológica⁶⁻⁷. Há cerca de 10 anos, um estudo conduzido de forma prospectiva ao longo de um ano em uma cidade no norte de Minas Gerais registrou que, para uma cobertura da ESF de aproximadamente 50%, o percentual de ICSAP em uma amostra das hospitalizações locais foi de 38,8%⁸. Atualmente, o município tem cobertura plena da ESF, considerando o parâmetro de 3.000 habitantes/equipe⁹. Porém, nenhuma outra pesquisa local voltou-se a verificar o impacto desse crescimento sobre as ICSAP. O presente estudo teve por objetivo estimar a prevalência e os fatores associados às ICSAP por condições sensíveis à atenção primária na rede de atenção hospitalar de Montes Claros-MG.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um inquérito de morbidade hospitalar, com coleta de dados ao longo de 24 meses. O estudo teve como alvo os pacientes e as respectivas internações hospitalares registradas nos quatro principais hospitais do município. A cidade conta com uma população de aproximadamente 405 mil habitantes e é o principal polo urbano da região. Em relação à rede hospitalar, além dos hospitais alocados para estudo, a cidade conta com quatro hospitais de menor porte, sendo três deles específicos para alguma especialidade⁹.

A amostra foi por amostragem aleatória simples. Para a definição do total de elementos amostrais foi considerado como universo amostral 76.096 possíveis internações hospitalares ao longo de doze meses nos hospitais selecionados para o estudo, o que representa a média aritmética das saídas hospitalares registradas pelas instituições avaliadas nos últimos dois anos que antecederam a coleta de dados. A margem de erro foi de 4%, o nível de confiança de 95% e a prevalência estimada de 35%, considerando as taxas de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em outros estudos nacionais^{8,10}. O valor encontrado foi multiplicado por fator de correção para o efeito do desenho (*deff*) de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. Assim, o número mínimo de internações hospitalares a serem avaliadas foi de 976.

Um estudo piloto foi realizado nas quatro instituições hospitalares, para testar o instrumento de coleta de dados e para calibração da equipe de trabalho. As entrevistas foram realizadas por estudantes da graduação do curso de enfermagem, especialmente treinadas para os procedimentos.

Para a pesquisa, foram considerados elegíveis todos os pacientes internados nas últimas 24 horas que antecederiam à coleta, com idade acima de 18 anos, e que pudessem responder à entrevista ou estivessem acompanhados de algum familiar que pudesse fazê-lo. Foram excluídas todas as internações decorrentes de gestação, parto e puerpério.

A coleta ocorreu ao longo de uma semana em cada unidade hospitalar e com uma semana de intervalo entre eles, durante 24 meses. Uma vez considerado para o estudo e obtido o consentimento formal, o questionário semiestruturado elaborado pelos autores era aplicado e o prontuário era avaliado, a fim de identificar o diagnóstico do paciente, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Todas as internações foram monitoradas até o seu desfecho.

O questionário aplicado incluiu, além de dados demográficos e socioeconômicos, informações sobre condições de saúde e assistência, incluindo parte do instrumento PCATool – Brasil versão adulto, a fim de avaliar o atributo “acesso de primeiro contato”. Esse atributo é dividido em dois componentes: “Acesso de Primeiro Contato - Utilização” (com três itens) e “Acesso de Primeiro Contato - Acessibilidade” (com doze itens). Os escores aferidos para as questões foram transformados em escala com valores entre 0 e 10, conforme preconiza o instrumento e apresentados em duas categorias, representando Baixo Escore (< 6,6) e Alto Escore (≥ 6,6)¹¹.

Para a identificação dos fatores associados a maior ocorrência de ICSAP, procedeu-se análise bivariada, seguida de análise múltipla de regressão múltipla de Poisson, com variância robusta, com abordagem hierarquizada. O modelo teórico foi formado por três blocos de variáveis. O primeiro nível (Bloco Distal) foi constituído pelas variáveis demográficas: estado civil, idade, raça/cor da pele. O segundo nível (Bloco Intermediário) foi constituído pelas variáveis referentes às condições de vida: escolaridade, número de moradores/cômodo, tempo que reside na mesma casa, renda e plano de saúde. O terceiro nível (Bloco proximal) continha as variáveis referentes à internação hospitalar: forma de internação, período de internação e presença de patologia crônica (Figura 1).

Os dados obtidos foram lançados e organizados em planilha eletrônica. Para o tratamento estatístico destes dados, foi utilizado o *software* IBM SPSS versão 22 para *Windows*. Para inserção nessa análise múltipla foram consideradas as associações com nível de significância de até 20% ($p < 0,20$) e para o modelo final permaneceram apenas as associações estatisticamente significantes até o nível de 5% ($p < 0,05$).

O projeto do estudo foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa devidamente reconhecido (Parecer nº 2.112.273) e pelos Centros de Ensino e Pesquisa dos hospitais envolvidos. Todos os participantes foram entrevistados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e todos os preceitos éticos referentes à condução de pesquisa envolvendo seres humanos foram respeitados.

RESULTADOS

Durante o período estudado, foram identificadas 1368 internações elegíveis, com 11,7% de perdas, totalizando dados de 1208 pacientes. Dessas, 531 (44,0%) foram classificadas como ICSAP. As principais patologias encontradas foram a insuficiência cardíaca (29,9%), pneumonia bacteriana não especificada (13,3%) e as doenças cerebrovasculares (10,2%).

Em relação às características dos pacientes, houve predomínio do sexo masculino (52,9%) e faixa etária igual ou acima de 40 anos (80,1%), sendo 49,2% idosos. Os autodeclarados negros e pardos representaram a maioria da amostra e os não-casados 52,6%. Pouco mais da metade dos entrevistados (52,1%) se declarou aposentada e cerca de um quinto da amostra (22,1%) não chegou a concluir o primário.

A maioria dos entrevistados (96,6%) possuía renda, sendo que 83,4% recebiam entre um e três salários mínimos. Quase a totalidade dos participantes (77,3%) informou residir na zona urbana, com 85,2% residindo na mesma casa há pelo menos cinco anos.

A maior parte dos participantes da pesquisa não possuía plano de saúde (73,5%). A principal porta de entrada para a internação hospitalar foi o pronto socorro (87,2%), com internação pelo Sistema Único de Saúde - SUS (76,3%). Pouco menos da metade dos pacientes teve um período de internação superior a sete dias (46,2%), e 39,8% dos

entrevistados possuía alguma patologia crônica. Entre essas patologias a hipertensão e o *diabetes mellitus* foram os mais encontrados, com prevalência de (30,9%) e (14,9%), respectivamente.

A Tabela 1 apresenta os resultados das análises bivariadas, com destaque para as variáveis aptas para a análise múltipla, por meio de regressão de Poisson.

Após a análise final, permaneceram como variáveis estatisticamente associadas às internações por condições sensíveis à atenção primária a idade (com maiores magnitudes de associação para idades mais elevadas a partir dos 40 anos), raça/cor da pele, escolaridade e presença de patologia crônica (Tabela 2).

Para os pacientes que foram identificados como ICSAP foi aplicado a avaliação do atributo “acesso de primeiro contato” do PCATool- Brasil versão adulto. Na Tabela 3 constata-se que 67,8% dos entrevistados avaliaram o atributo “acesso de primeiro contato – utilização” como de boa qualidade ($\geq 6,6$), enquanto 78,2 % avaliaram o “acesso de primeiro contato – acessibilidade” como de baixa qualidade ($< 6,6$).

DISCUSSÃO

O presente trabalho identificou uma elevada proporção de ICSAP entre as internações hospitalares avaliadas (44%). Em princípio, a ampliação do número de equipes da ESF, embora possa ter contribuído para a reorganização do sistema de saúde como um todo, não parece ter influenciado na redução do percentual de internações hospitalares, quando comparado à estudo similar realizado há 10 anos, com uma cobertura de 50%, quando se registrou uma prevalência de ICSAP de 38,8%⁸.

Importante salientar que o trabalho realizado há 10 anos, incluiu na pesquisa somente pacientes internados pelo SUS em três hospitais, enquanto essa análise se refere a pacientes internados tanto pelo SUS, quanto por convênios/particular, nos quatro principais hospitais da cidade. É essencial acentuar ainda que a maioria das investigações nacionais sobre o tema estabelece apenas correlações ecológicas, dificultando a discussão e generalização dos resultados⁶⁻⁷.

Ainda que a ampliação das equipes de ESF possa aumentar a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, reduzir o número de internações, muitos estudos não encontraram evidências de que um melhor acesso aos serviços de atenção primária seja um fator-chave para a redução das ICSAP^{12,13}. O Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS calcula que a ampliação das equipes de ESF pode contribuir para a redução das internações por algumas condições sensíveis, mas também pode aumentar o diagnóstico de condições que necessitam eventualmente de internação, principalmente nas populações que não possuíam acesso aos serviços de saúde¹². Muitas outras questões ainda podem interferir nesse indicador estudado. As características estruturais das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho das equipes são algumas delas¹³.

Outra importante explicação é a oferta de leitos hospitalares. Estudos mostram que mesmo após ajuste para outros fatores importantes para a ICSAP, a oferta de leitos hospitalares ainda é um fator importante para essas hospitalizações¹⁴⁻¹⁵. Complementarmente, a concepção hospitalocêntrica, ainda vigente, pode ter uma parcela contributiva para esse cenário. É necessário então, mais cautela na interpretação das ICSAP, pois esse indicador pode estar relacionado a um conjunto de ações e determinantes sociais, sendo necessários mais estudos que avaliem o impacto dessas outras variáveis¹⁴⁻¹⁵.

A insuficiência cardíaca foi o diagnóstico mais prevalente entre as hospitalizações. O mesmo resultado foi encontrado em outros estudos, chegando até 49,5% das internações de idosos por CSAP, no estado de Santa Catarina⁶. As altas taxas de internação por insuficiência cardíaca podem ser justificadas pela falta da estratificação de risco do paciente e superestimação da gravidade, ratificando a importância dos profissionais da APS com ações individuais e coletivas para seu controle⁷. Há dificuldades na comparação dessas condições com outros países, uma vez que muitos deles apresentam classificações diferentes das CSAP. Ainda assim, o padrão de grupos de diagnósticos nas internações evitáveis coincide com outros estudos, especialmente para insuficiência cardíaca¹⁶.

Ao identificar os fatores associados à internação por condição sensível à APS, o modelo hierarquizado proposto avaliou a influência dos fatores sociais na internação hospitalar, a fim de compreender os fatores determinantes do adoecimento por CSAP, na tentativa evitá-los pelo máximo possível de tempo. Em relação às variáveis que se mostraram associadas com maior proporção de ICSAP, a idade, a presença de patologia crônica, a raça e a escolaridade permaneceram no modelo final.

Uma das associações mais consistentemente observadas com a ocorrência de internações hospitalares é a idade¹⁷. Especificidades da população idosa como a limitação no acesso aos serviços de saúde, em decorrência da dificuldade de locomoção; a maior fragilidade e a alta prevalência de doenças crônicas já demonstraram forte associação com a ocorrência das ICSAP¹⁷.

O Brasil tem experimentado profundas transformações no seu perfil demográfico, ocasionando mudanças no perfil de adoecimento e morte. Estima-se que em 2020 haverá 13 milhões de idosos no país. Em 2060 eles representarão um terço da população brasileira. Esse novo perfil pode levar ao aumento do consumo dos serviços de saúde, sobrecarregando o sistema caso não tenha programas específicos que atendam às necessidades sociais e de saúde desses indivíduos¹⁸. Mudanças nos aspectos assistenciais, como os atendimentos domiciliares e capacitação de cuidadores e familiares, serão de suma importância no fortalecimento desse sistema de saúde¹⁹. Outros recursos já apontados são as estratégias de telessaúde e a supervisão técnica a distância para todos os profissionais de saúde. Esses recursos permitiriam um melhor acompanhamento e monitoramento das condições de saúde dos pacientes²⁰.

A presença de doenças crônicas no modelo final da análise múltipla reitera o fato das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representarem uma importante causa de morbidade e mortalidade. A heterogeneidade dessas patologias impõe novos desafios aos sistemas de saúde e levantam a necessidade do estabelecimento de metas específicas. Atualmente, está sob vigência o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022, que visa priorizar ações para controle e prevenção das doenças crônicas e seus fatores de risco, além de ações de fortalecimento dos serviços de assistência²¹. O resultado deste estudo reforça a necessidade de um acompanhamento sistemático dessas condições por equipes multiprofissionais e da implementação de educação permanente. Essa qualificação, apoiada por protocolos e estratégias de busca ativa e rastreamento podem melhorar a gestão dos casos, evitando internações desnecessárias²⁰.

Em relação à raça, os negros apresentaram maior chance de internarem por CSAP. Apesar da cor da pele autorreferida ter apresentado essa associação, não se pode concluir que existe um determinismo provocado por essa variável. É sabido que certas doenças surgem com mais frequência em determinados grupos étnicos em razão de predisposições biológicas, porém na maioria das condições não há, do ponto de vista biológico, diferenças biológicas intrínsecas²². Ao contrário, a noção de raça pode ser considerada um marcador das condições socioeconômicas e do acesso aos bens e serviços, gerando padrões patológicos particulares, derivados dessas condições de vida²². Estudo ecológico que avaliou os efeitos da implementação da ESF ao longo das duas últimas décadas no Brasil concluiu que a vulnerabilidade socioeconômica está fortemente associada ao comportamento das taxas de ICSAB, robustecendo o papel da APS na redução das iniquidades sociais²³. Mais estudos, principalmente os prospectivos, são necessários para melhor avaliação dessa variável.

Outra importante variável que determina essa vulnerabilidade socioeconômica é a educação. A escolaridade inferior a quatro anos de estudos mostrou-se estatisticamente associada a maior ocorrência de ICSAP, demonstrando coerência com outros estudos^{26,27}. A baixa escolaridade, como um importante determinante social, aumenta a exposição aos fatores de risco e eleva o risco de internação hospitalar²⁶. Além disso, dificulta uma maior adesão ao tratamento ambulatorial de algumas patologias²⁷.

As condições sociais influenciam decisivamente nas condições de saúde. Uma forma de minimizar esses efeitos é a educação em saúde. Uma abordagem educacional adequada na APS pode minimizar o risco extra de demandas evitáveis de assistência médica associadas a pacientes com baixa escolaridade²⁸.

Diferentemente do estudo similar realizado na mesma cidade, há 10 anos, este estudo não registrou associação entre ICSAP e variáveis relacionadas aos cuidados de saúde⁸, mas é importante registrar a limitação da análise de acessibilidade ter sido restrita aos pacientes com ICSAP. Na investigação da qualidade da APS, o atributo “acesso de primeiro contato - utilização” foi avaliado como de boa qualidade pela maior parte dos

pacientes hospitalizados por CSAP, evidenciando que os usuários reconhecem a APS como principal porta de entrada para os serviços de saúde, achado similar com o resultado de outros autores²⁹. Entretanto, a maioria dos participantes avaliou o “acesso de primeiro contato - acessibilidade” como de baixa qualidade, semelhante ao resultado de outro estudo³⁰. Os dados sugerem que apesar do usuário priorizarem a APS, eles se deparam com barreiras para que o cuidado seja oportunizado. Observa-se que as piores avaliações dizem respeito à falta de atendimento e orientação aos finais de semana e no período noturno. Isso se dá pelo fato de a maioria das equipes da ESF trabalharem somente em dias úteis e em horário comercial, restando apenas a atenção secundária e/ou terciária no período noturno e nos finais de semana³¹. Essa lacuna no sistema impede que o usuário seja atendido em tempo hábil e contribui para o aumento das taxas de internações, além de ferir o princípio da universalidade.

A acessibilidade adequada e o tempo de espera aceitável são importantes características de uma APS eficiente³². Entre todos os modelos de atendimentos na APS, que buscam alcançar essa eficiência máxima, o Acesso Avançado (AA) parece ser a melhor opção por conseguir equilibrar capacidade de atendimento e demanda, a partir de uma agenda aberta para os atendimentos, sem agendamentos prévios de consultas³³.

A ampliação do número de ESF é um grande ganho, mas é preciso uma política integrada para melhorar os equipamentos clínicos, capacitar os profissionais e fornecer apoio em áreas estratégicas, por exemplo, na área de tecnologia de informação e comunicação. As equipes de saúde devem estar completas, com os fluxos dos usuários organizados. O agendamento e acolhimento precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal²⁰.

Algumas limitações desse estudo podem ser destacadas, como o fato de a coleta dos dados ter sido realizada em apenas quatro hospitais da cidade. Além disso, seria importante também utilizar o PCATool para todo o grupo de pacientes hospitalizados (ICSAP e não-ICSAP) e mesmo a versão profissional de saúde do instrumento, a fim de verificar se a equipe de saúde está orientada segundo os atributos da APS. A não utilização das outras versões do instrumento pode levar a alguma restrição na generalização dos resultados de desempenho dos serviços avaliados. É relevante destacar ainda que não foram avaliadas ou comparadas as taxas de hospitalizações, o que permitiria outras análises, em termos de impactos da ampliação da cobertura.

CONCLUSÃO

Apesar do aumento da cobertura pelas equipes de ESF nos últimos 10 anos não foi observado redução do percentual de ICSAP. Existem determinantes demográficos (idade e cor da pele) e sociais (escolaridade) que devem ser alvo de políticas especiais por parte dos gestores de saúde, no sentido de reduzir a proporção das ICSAP. Outros determinantes podem estar melhores associados à ICSAP, sendo necessários estudos que avaliem toda a organização do serviço e o impacto sobre a gestão das condições crônicas, por exemplo.

A ampliação da cobertura não representou uma melhor qualidade nos serviços prestados e a precariedade na acessibilidade evidenciou que os usuários ainda não obtêm respostas para as suas demandas. Logo, são necessárias mudanças no sentido de melhorar os serviços. Alterações na forma de agendamento e no horário de atendimento podem contribuir nesse sentido, mas é necessário pensar, sobretudo, no acolhimento adequado desse usuário. Também é necessário pensar na rede de forma integral, com políticas que enfoquem as reais necessidades da população e estratégias de cooperação horizontal entre equipes, gestores de saúde e comunidade.

COLABORADORES

Oliveira TL, Santos CM, Caldeira AP participaram da concepção e delineamento do estudo, análise e interpretação dos dados; da redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; da aprovação final da versão a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade. Miranda LP, participou da redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do manuscrito; da aprovação final da versão a ser publicada e é responsável por todos os aspectos do trabalho, incluindo a garantia de sua precisão e integridade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2010, 31 dez.
2. Mendes, EV. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: CONASS; 2015.
3. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cad Saúde Pública. 2018; 34(8): e00029818.
4. Santos LPR, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. Cad Saúde Colet. 2018; 26(2): 178-183.
5. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Costa MFL, 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 ICSAPBrasil). Cad Saude Publica. 2009; 25(6): 1337-49.

6. Rodrigues MM, Alvarez AM, Rauch KC. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev Bras Epidemiol.* 2019; 22:e190010.
7. Lentsck MH, Saito AC, Mathias TAF. Tendência de declínio das hospitalizações por doenças cardiovasculares sensíveis à atenção primária. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(2): e03170015.
8. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(6): 928-936.
9. Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros -MG. Prefeitura Municipal de Montes Claros – MG. Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021. 2017.
10. Rosalva Grobério Pazóa, Diana de Oliveira Frauchesb, Maria del Carmen Bisi Molinaa, Nágela Valadão Cadea. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* Rio de Janeiro. 2017; 12(39):1-12
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool - PCATool. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 80 p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde - PROADESS - Boletim Informativo do PROADESS. 2019.
13. Araújo WRM, Queiroz RCS, Rocha TAH, Silva NC, Thumé E, Tomasi E, Facchini LA, Thomaz EBAB. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. *Rev Saude Publica.* 2017;51:75.
14. Souza LA, Rafael RMR, Moura ATMS, Neto M. Relações entre a atenção primária e as internações por condições sensíveis em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm.* 2018; 39: e2017-0067.
15. Kim AM, Park JH, Yonn TH, Kim Y. Hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions as an indicator of access to primary care and excess of bed supply. *BMC Health Serv Res.* 2019; 19: 259.
16. Gonzalez-Velez A, Mejía CCC, Padilla EL, Marín SYM, Bobadilla PARengifo, Sánchez JPR, et al. Ambulatory care sensitive conditions hospitalization for emergencies rates in Colombia. *Rev. Saúde Pública.* 2019; 53(36).
17. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010*. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília.* 2014; 23(1):45-56.
18. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira : 2018 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
19. Silva Júnior JB. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas / Jarbas Barbosa da Silva Júnior ; Walter Massa Ramalho. – Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 2015.

20. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*. 2018; 42: 208-223.
21. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
22. Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA orgs. O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003.
23. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(6):1903-1913.
24. Shimizu HE, Ramos MC. Avaliação da qualidade da estratégia saúde da família no Distrito Federal. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2019; 72(2):385-92.
25. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(2):441-448.
26. Tavares LR, Victor H, Linhares JM, Barros CM, Oliveira MV, Pacheco LC, Viana CH, Pereira SB, Silva GP, Mesquita ET. Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA - Niterói. *Arq Bras Cardiol*. 2004.
27. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2017; 20(1): 116-127
28. Buja A, Fonzo M, Sperotto M, De Battisti E, Baldovin T, Cocchio S et al. Education level and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions: an education approach is required. *Eur J Public Health*. 2019.
29. Ferreira VD, Oliveira JM, Maia MAC, Santos JS, Andrade RD, Machado JAB. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em um Município Mineiro. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(4): e20160104.
30. Silva CSO, Fonseca AD G, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGSilva, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(11): 4407-15.
31. Silva e Nadabe A, Silva SA, Silva ARV, Araújo TME, Rebouças CBA, Nogueira LT. A avaliação da atenção primária a saúde na perspectiva da população masculina. *Rev Bras Enferm*. 2018; 71(2):255-63.
32. Fournier J, Heale R, Rietze L. "I can't wait": advance access decreases wait times in primary health care. *Healthc. Q*. 2012; 15(10): 64-68.
33. Rocha SA, Bocchi SCM, Godoy MF. Acesso aos cuidados primários de saúde: revisão integrativa. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2016; 26(1): 87-111.

FIGURA E TABELAS:

Figura 1: Modelo hierarquizado para análise múltipla de fatores associadas às ICSAP



Tabela 1 - Associação entre “Internações por condições sensíveis à atenção primária” e as variáveis investigadas em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

Variável	Sensível		Não		p-valor	RP (IC 95%)
	Sim (n)	(%)	(n)	(%)		
Sexo					0,633	
Masculino	285	44,6	354	55,4		1,03 (0,91 – 1,17)
Feminino	246	43,2	323	56,7		1,00
Idade (anos)					< 0,001	
≥ 80	115	68,0	54	32,0		3,63 (2,73-4,82)
60-79	229	53,8	197	46,2		2,86 (2,17-3,78)
40-59	142	38,1	231	61,9		2,03 (1,51-2,72)
< 40	45	18,8	195	81,3		1,00
Raça/Cor da Pele					< 0,001	
Negros (Pretos/pardos)	370	37,9	606	62,1		1,83 (1,64 – 2,07)
Não negros	161	69,7	70	30,3		1,00
Estado civil					< 0,001	
Casado ou união estável	289	50,5	283	49,5		1,33 (1,17 – 1,51)
Não casado	242	38,1	394	61,9		1,00
Escolaridade (anos de estudo)					< 0,001	
< 4	200	77,9	67	25,1		2,13 (1,91 - 2,38)
≥ 4	331	35,2	610	64,8		1,00
Renda própria					< 0,001	
Sem renda	29	72,5	11	27,5		1,69 (1,38 – 2,06)
Com renda	501	42,9	666	57,1		1,00
Área de procedência					0,026	
Urbana	427	45,7	507	54,3		1,20 (1,02 - 1,42)
Rural	104	38,1	169	61,9		1,00
Tempo que reside na mesma casa					< 0,001	
< 5 anos	128	71,5	51	28,5		1,83 (1,62- 2,58)
≥ 5 anos	403	39,2	626	60,8		1,00
Moradores/cômodo					0,169	
≤ 1	489	43,4	637	56,6		0,85(0,67- 1,06)
> 1	42	51,2	40	48,8		1,00
Plano de Saúde					0,129	
Não	405	45,6	483	54,4		0,89 (0,76-1,04)
Sim	126	40,7	184	59,3		1,00
Presença de patologia crônica					0,001	
Sim	239	49,7	242	50,3		1,23 (1,09-1,40)
Não	292	40,2	435	59,8		1,00
Via de internação					0,162	

SUS	405	42,9	539	57,1	0,89 (0,78-1,04)
Convênios/Particular	126	47,3	138	52,3	1,00
Indicou internação					0,947
Outros	341	43,9	436	56,1	0,99 (0,87-1,14)
Médico da ESF	190	44,1	241	55,9	1,00
Tempo de internação					0,001
> 7 dias	278	49,8	280	50,2	1,28 (1,13-1,45)
≤ 7 dias	253	38,9	397	61,1	1,00

Tabela 2: Análise multivariada de Poisson - Associação entre as variáveis e internações por condições sensíveis à atenção primária em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

Variável	p-valor	RP (IC 95%)
Idade (anos)	<0,001	
≥ 80		3,03 (2,53-4,12)
60-79		2,29 (1,71-3,18)
40-59		1,56 (1,14-2,22)
< 40		1,00
Raça	< 0,001	
Negros (Pretos/Pardos)		1,25 (1,18 – 1,41)
Não negros		1,00
Escolaridade (anos)	0,019	
< 4 anos		2,13 (1,91 - 2,38)
≥ 4 anos		1,00
Presença de patologia crônica	0,028	
Sim		1,12 (1,03-1,33)
Não		1,00

Tabela 3: Avaliação do atributo “acesso de primeiro contato”, a partir do instrumento PCATool- Brasil, em um município do Norte de Minas Gerais, 2017/2019.

Componente do atributo	Escore < 6,6		Escore ≥ 6,6	
	(n)	(%)	(n)	(%)
B- Acesso de primeiro contato - Utilização	171	32,5	360	67,8
B1- Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, de check up), você vai ao seu Posto antes de ir a outro serviço de saúde?	169	31,8	362	68,2
B2- Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu Posto antes de ir a outro serviço de saúde?	172	32	361	68
B3- Quando você tem que consultar um especialista, o Posto tem que encaminhar você obrigatoriamente?	170	32	361	68
C- Acesso de primeiro contato - Acessibilidade	415	78,2	116	21,8
C1- O seu Posto fica aberto no sábado ou no domingo?	503	94,7	28	5,3
C2- O Posto fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20h?	501	94,4	30	5,6
C3- Quando o seu Posto está aberto e você adoecer você é atendido no mesmo dia?	447	84,2	84	15,8
C4- Quando o seu Posto está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	481	90,6	50	9,4
C5- Quando o seu Posto está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente?	493	92,8	38	7,2
C6- Quando o seu Posto está fechado no sábado e domingo, e você fica doente, alguém desse serviço atende você no mesmo dia?	525	98,9	6	1,1
C7- Quando o seu Posto está fechado e você fica doente durante a noite, alguém desse serviço atende você naquela noite?	516	97,2	15	2,8
C8- É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, check up), nesse Posto?	311	58,6	220	41,4
C9- Quando você chega no seu Posto, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro? (Sem contar triagem ou acolhimento)	430	81	101	19
C10- Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu Posto?	403	75,9	128	24,1
C11- É difícil para você conseguir atendimento médico no seu Posto, quando pensa que é necessário?	207	39	324	61
C12- Quando você tem que ir ao Posto, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde?	163	30,7	368	69,3