

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Escola Nacional  
de Saúde Pública  
Sérgio Arouca

*“Internações por condições sensíveis à atenção primária e fatores associados em Itaboraí, RJ.”*

por

*Janaína Furtado Botelho*

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde na área de Saúde Pública.*

ORIENTADORA: PROF.<sup>a</sup> DR.<sup>a</sup> MARGARETH CRISÓSTOMO PORTELA

*Rio de Janeiro, julho de 2013.*

*Esta dissertação, intitulada*

***“Interações por condições sensíveis à atenção primária e fatores associados em Itaboraí, RJ.”***

*apresentada por*

***Janaína Furtado Botelho***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mônica Silva Martins  
ENSP/FIOCRUZ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rejane Sobrino Pinheiro  
IESC/UFRJ

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margareth Crisóstomo Portela – Orientadora  
ENSP/FIOCRUZ

*Dissertação defendida e aprovada em 15 de julho de 2013.*

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me permitido pais como Paulo Rogério e Maria Filomena, que primaram acima de tudo pela educação das filhas, mesmo com todas as dificuldades financeiras...

À minha família construída com muito amor, meu marido Leonardo e minhas filhas Ana Clara e Marina, por entenderem muitas das vezes a ausência da companheira e mãe nos passeios, compreensão das noites viradas e, principalmente, pela felicidade do legado que estamos deixando da educação.

À Margareth Portela, na qualidade de amiga e orientadora, pela oportunidade que me foi dada de escuta, liberdade de escolha e aceite de minhas ideias iniciais para a dissertação, compreensão das alterações ocorridas durante o processo de construção, apoio emocional e transmissão tão generosa de conhecimentos.

Aos Profs. Drs. André Reinaldo Perissé, Luciano Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza, na qualidade de coordenadores do Mestrado Profissional, agradeço a preocupação com a qualificação dos servidores dos municípios que já sofrem os impactos da instalação de um complexo petroquímico, onde me incluo.

Às Professoras Maria de Fátima M Martins e Rosely Magalhães pelo suporte na revisão bibliográfica e ensinamento teórico de metodologia de pesquisa, sem elas o processo de construção da dissertação seria muito mais penoso!

Aos amigos Pedro, Lidia e “Tia” Maria, pela preocupação constante com seus “pupilos”, amizade, torcida, telefonemas, cobranças tão amorosas de prazos, pelos cafezinhos, biscoitinhos, limpeza e organização de nosso espacinho em Cachoeiras de Macacu ...

Aos amigos da turma do Mestrado, pelos momentos felizes de estudo, troca de conhecimentos, festinhas, ideias para a dissertação; especialmente aos amigos Érika, Wanderson e Queli Lorena, que se tornaram de vida e que sempre me deram apoio, carinho e incentivo durante os diversos momentos desta jornada.

Finalmente, à minha pequena Luísa, grata “surpresa” de Deus no meio do curso, que hoje me presentia com a oportunidade de ser mãe novamente.

---

## RESUMO

**Objetivos:** estimar a prevalência de hospitalizações por CSAP cobertas pelo SUS de residentes do município de Itaboraí, RJ, identificar fatores associados à ocorrência destas e compará-las com as encontradas em outros municípios da zona de abrangência do COMPERJ e o Estado.

**Métodos:** trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa, a partir de dados secundários provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Tais internações foram classificadas conforme a lista brasileira de ICSAP, e avaliadas em triênios (2006-2008 e 2009-2011). Associações entre variáveis socioeconômicas e de saúde e ICSAP foram analisadas através de análises bivariadas e de regressão logística.

**Resultados:** foram encontrados altos índices de ICSAP em Itaboraí e nos demais municípios COMPERJ em comparação ao Estado, com grande contribuição das afecções respiratórias. Percebeu-se declínio das ICSAP ao longo dos dois triênios estudados; que, em Itaboraí pode estar associado ao fechamento de unidades conveniadas ao SUS. As ICSAP mais frequentes por grupos de causas foram: insuficiência cardíaca, asma, gastroenterites, outras DPOC e diabetes mellitus, com incremento na frequência relativa da asma entre os dois triênios estudados. As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas com ICSAP foram: sexo masculino, extremos de idade, declarar-se de cor parda, internação em unidades contratadas, permanência hospitalar de mais de cinco dias e não ter feito uso de UTI.

**Conclusões:** As taxas de ICSAP diminuíram nos municípios estudados entre 2006-2011, porém o declínio encontrado em Itaboraí não pôde ser associado à melhoria da qualidade oferecida pelos serviços de saúde primários municipais neste estudo. A análise por grupos de causa das ICSAP demonstraram que as patologias crônicas devem ser objeto de preocupação das políticas de saúde no município, particularmente no tocante aos serviços primários.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, indicadores de qualidade em assistência à saúde, hospitalização, serviços de saúde, utilização.

---

## ABSTRACT

**Objectives:** To assess the prevalence of hospitalization for ACSC covered by SUS residents Itaboraí, RJ, identify factors associated with these and compare them with those found in other municipalities in the area covered by the COMPERJ and state.

**Methods:** This is a descriptive exploratory study with a quantitative approach, based on secondary data from the Hospital Information System (SIH / SUS). These admissions were classified according to the Brazilian list of ICSAP, and evaluated in terms of three years (2006-2008 and 2009-2011). Associations between socioeconomic variables and health ICSAP were analyzed using bivariate and logistic regression.

**Results:** The study found high rates of ICSAP in Itaboraí and other cities COMPERJ compared to the state, with major contribution of respiratory diseases. It was perceived decline ICSAP over the two periods studied, whereas in Itaboraí may be associated with the closure of units by the SUS. The ICSAP frequently by groups of causes were heart failure, asthma, gastroenteritis, other COPD and diabetes mellitus, with an increase in the relative frequency of asthma between the two periods studied. The variables that remained statistically associated with ICSAP were: male gender, age extremes, accept mixed color, inpatient units contracted hospital stay of more than five days and have not made use of the ICU.

**Conclusions:** The rates of the cities studied ICSAP decreased between 2006-2011, but the decline found in Itaboraí could not be associated with improved quality of services offered by municipal primary health in this study. Analysis by groups because of ICSAP demonstrated that chronic diseases should be the object of concern of health policies in the county, particularly in relation to primary services.

**Key-words:** primary health care, quality indicators, hospitalization, health services, utilization.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	pág 01
2. ASPECTOS CONCEITUAIS.....	pág 04
2.1.A situação de saúde em Itaboraí.....	pág 04
2.2.Bases conceituais de qualidade da atenção à saúde.....	pág 10
2.3. O indicador ICSAP - Internações por condições sensíveis.....	pág 14
à atenção primária ou Internações por causas evitáveis e sua relação com a atenção primária à saúde	
3.OBJETIVOS.....	pág 18
4. MÉTODOS.....	pág 19
4.1. Caracterização da ocorrência de internações por CSAP.....	pág 21
cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí	
4.2. Comparação das internações por condições sensíveis à atenção.....	pág 21
primária (ICSAP) em Itaboraí, outros municípios de influência do COMPERJ e o Estado do Rio de Janeiro como um todo.	
4.3. Identificação de fatores associados à ocorrência de.....	pág 22
internações por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.	
4.4. Considerações Éticas.....	pág23
5.RESULTADOS.....	pág 24
5.1. Caracterização da ocorrência de internações.....	pág 24
por CSAP cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí	
5.2. Comparação das internações por condições sensíveis.....	pág 29
à atenção primária (ICSAem Itaboraí, outros municípios de influência do COMPERJ e o Estado do Rio de Janeiro como um todo.	
5.3. Identificação de fatores associados à ocorrência de internações.....	pág 33

por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.

6. DISCUSSÃO.....	pág 40
7.CONCLUSÃO.....	pág 50
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág 52
9.ANEXOS.....	pág 61

## Lista de Siglas

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CEPERJ** - Centro Estadual de Estatísticas Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro

**CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

**COMPERJ** – Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro

**CSAP** – Condições sensíveis à atenção primária

**DPOC** – Doenças pulmonares obstrutivas crônicas

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**HMDLJ** – Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior

**IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IDH–M** - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

**IOM** - *Institute of Medicine*

**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

**PROADESS** - Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

**SIAB** - Sistema de Informações da Atenção Básica

**SIDRA** - Sistema IBGE de Recuperação Automática

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Estabelecimentos de saúde no município de Itaboraí, .....pág 05 Rio de Janeiro, por tipo, 2010	
Figura 1. Distribuição dos estabelecimentos de saúde pertencentes.....pág 06 e/ou conveniados ao SUS municipal, Itaboraí, Rio de Janeiro, 2010	
Figura 2. Distribuição de leitos por especialidades no município.....pág 07 de Itaboraí, Rio de Janeiro, 2010.	
Tabela 2. Frequência de internações por causa. Itaboraí,.....pág 24 Rio de Janeiro, 2006 a 2011.	
Figura 3. Percentuais de ocorrência de internações por.....pág 25 CSAP de residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, por natureza jurídica do hospital, por ano.	
Figura 4. Evolução das taxas de internações no SUS .....pág 25 por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e por outras causas entre residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006 a 2011.	
Figura 5. Evolução das taxas de internações no SUS por.....pág 26 condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) de residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006-2011.	
Figura 6. Distribuição das internações cobertas pelo SUS.....pág 27 de residentes em Itaboraí por hospitais, Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006-2011.	
Tabela 3. Distribuição de internações por condições sensíveis.....pág 27 à atenção primária (ICSAP), de residentes em Itaboraí, entre os cinco hospitais do SUS, no estado do Rio de Janeiro, onde mais ocorreram, 2006-2011.	
Figura 7. Taxas de internação por CSAP no SUS em Itaboraí,.....pág 28 outros municípios COMPERJ e estado do Rio de Janeiro, 2006-2011.	
Figura 8. Percentuais de ocorrência de internações por CSAP em Itaboraí,.....pág 29 outros municípios de influência do COMPERJ e estado do Rio de Janeiro, entre 2006 e 2011.	
Tabela 4. Frequência, proporções e taxas das cinco principais.....pág 31	

causas de internações por CSAP, comparativamente entre os três grandes grupos de estudo. 2006 a 2011.

Tabela 5. Distribuição de variáveis categóricas sociodemográficas.....pág 34  
e assistenciais, por internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e outras causas cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.

Tabela 6. Distribuição de variáveis contínuas sociodemográficas.....pág 36  
e assistenciais, por internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e outras causas cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.

Tabela 7. Regressão logística – fatores associados à ocorrência.....pág 37  
de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.

## INTRODUÇÃO

Itaboraí está situada na Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro, do lado leste da Baía de Guanabara, fazendo divisa com os municípios de São Gonçalo, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim, Tanguá e Maricá, com extensão territorial de 429 Km<sup>2</sup> e população, em 2010, de 218.008 habitantes (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística\_ IBGE, 2010).

O município apresentou em 2000 uma taxa de urbanização de 98%, segundo dados da Fundação Centro Estadual de Estatísticas Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ). Porém, esta urbanização acelerada, principalmente pela pavimentação da RJ-104 e construção da Ponte Rio-Niterói e BR-101, na década de 1970, não se mostrou acompanhada de políticas de ampliação de serviços públicos municipais (Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Prefeitura Municipal de Itaboraí, 2007).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios de 2010 (IBGE) revelaram que neste ano somente 30% dos domicílios municipais eram conectados à rede geral de distribuição de água, 40,8% tinham esgotamento sanitário via rede geral ou pluvial e 95,9% possuíam coleta regular de lixo (IBGE, 2010).

Segundo o Anuário Estatístico (Fundação CEPERJ) Itaboraí possuía, em 2006, aproximadamente 25% das famílias em condição de pobreza, todas beneficiárias do Programa Bolsa Família. Adicionalmente, 49% das famílias eram classificadas como de baixa renda e, entre elas, 51,9% eram beneficiárias do mesmo Programa Federal (Fundação CEPERJ).

Neste contexto, em 2006, a PETROBRAS anuncia a instalação do Comperj no município, maior projeto individual da história da empresa, ocupando uma área de 45 milhões de metros quadrados, investimento da ordem de US\$ 8,4 bilhões, previsão de início de operações em 2014 e processamento diário de 150 mil barris de petróleo e derivados. O Comperj será ligado

à siderúrgica CSA em Itaguaí através do Arco Rodoviário Metropolitano, com previsão de geração de 200 mil empregos diretos, indiretos e por “efeito renda” (Moysés, 2010).

Os impactos positivos trazidos pelo empreendimento seriam a reafirmação do potencial industrial histórico do município, atração de diversas empresas, ampliando a carga tributária municipal e dinamizando a economia, fortalecendo igualmente os setores de comércio e serviços (Pandeff *et al*, 2008).

Por outro lado, pode provocar fortes impactos negativos, como os danos ambientais (desmatamento, assoreamento de rios, contaminação de águas subterrâneas e solo, contaminação do ar), aumento da atração de pessoas para a região, ocupação irregular do solo e favelização, falta de capacidade de suprimento de serviços públicos para esta população atraída, especulação imobiliária, marginalização da população residente, fortalecimento da economia informal, concentração de renda no município, realçando as desigualdades (Pandeff *et al*, 2008; Lima, 2011). Tais impactos devem ser monitorados, para minimização dos danos ambientais e sociais à cidade e população residente.

O sistema de saúde de Itaboraí, por sua vez, passou por grande instabilidade política no último governo (2009-2012), com trocas constantes de gestores, o que prejudicou a continuidade das políticas municipais de saúde em todas as suas instâncias administrativas. Segundo registros de Mudjalieb (2011), na Atenção Básica houve falta de médicos e insumos (materiais médicos, medicamentos, aparelhos como nebulizador, entre outros).

Dados epidemiológicos revelaram um aumento expressivo de internações por afecções respiratórias e por doenças infecto-parasitárias em Itaboraí, no período compreendido entre 2006-2010, sugerindo que o padrão epidemiológico do município se encontrava em profundas modificações, assim como a qualidade do ar e água (Toledo e Sabroza, 2011).

A atenção primária à saúde é base de um novo modelo de atenção focado no indivíduo e na comunidade, com a finalidade de manutenção da saúde e prevenção de agravos comuns; representando, portanto, uma atenção ambulatorial de primeiro nível (Giovanella *et al*, 2009). A atenção especializada deveria se restringir a condições de saúde que exigem complexidade tecnológica fora do alcance da APS, como agravamentos, traumas severos e urgências.

Sabe-se que este fluxo de atendimento não é prática na maioria dos municípios brasileiros. A atenção básica não consegue vencer o modelo médico-hegemônico e curativo, pois existem barreiras estruturais impostas para própria organização dos serviços, sobrecarregados de clientela por equipe e por profissional médico. Os pacientes acessam com mais frequência os ambulatórios (consultas especializadas) e os serviços de emergência, através dos pronto-socorros; refletindo números elevados de internações por complicações advindas de doenças crônicas não controladas e condições relacionadas à ausência de serviços preventivos e de rotina, patologias estas consideradas como sensíveis aos cuidados primários.

As internações por condições sensíveis à atenção primária são internações por doenças pelas quais a atenção básica acessível e efetiva, através da prevenção e continuidade do cuidado evitaria e/ou minimizaria sua frequência. São, portanto, indicadores indiretas da qualidade dos serviços de atenção básica, identificando possíveis barreiras de acesso aos serviços (geográficas, culturais, financeiras ou organizacionais) e monitorando a efetividade e desempenho do sistema de atenção básica (Macinko, 2008). Segundo informações da Secretaria de Saúde e Defesa Civil (2009) o município de Itaboraí apresentava no ano de 2008, índice de internações por condições sensíveis à atenção primária de 41,6% do total de internações realizadas no município, número este maior que a média dos municípios da Região Metropolitana II (34,12%) e bem mais elevado que as frequências encontradas em países com sistema universal de saúde, como a Espanha e Austrália (7 a 13% das internações totais) (Viacava *et al*, 2011).

Vale ressaltar que, no Brasil, há vasta literatura sobre as internações sensíveis à atenção primária, porém, especificamente em Itaboraí e na Região administrativa onde este se encontra não foram encontrados trabalhos abordando a qualidade da assistência à saúde prestada aos munícipes.

Esta dissertação de mestrado profissional pretende ainda colaborar com informações sobre o tema para o Plano de Monitoramento Epidemiológico do Processo de Implantação do COMPERJ, já que a temática ainda não havia sido abordada nas sínteses anuais publicadas anteriormente.

## ASPECTOS CONCEITUAIS

Esta seção apresenta os elementos conceituais e contextuais que justificam e sedimentam a proposta aqui desenvolvida, considerados: 1) a situação de saúde em Itaboraí; 2) bases conceituais de qualidade da atenção à saúde; 3) o indicador ICSAP – internações por condições sensíveis à atenção primária.

### 2.1. A situação de saúde em Itaboraí

O município já fez sua transição epidemiológica, sendo as quatro principais causas de óbito: doenças do aparelho circulatório (23%), causas externas (13%), doenças do aparelho respiratório (principalmente gripe, pneumonia e DPOC) e doenças endócrinas (11% cada). O número de óbitos por doenças cardiovasculares em maiores de 60 anos foi crescendo gradativamente de 2006 até 2010, sendo neste último ano maior que o estimado para o Leste Fluminense (Toledo e Sabroza, 2011).

É marcante o aumento de internações por afecções respiratórias, sendo as taxas de internação por asma (Itaboraí, 459,7/100 mil habitantes; Região Leste Fluminense, 278,3/100 mil habitantes) e por pneumonia (536,1/100 mil habitantes; Região Leste Fluminense, 477/100 mil habitantes) no ano de 2010 superiores às estimadas para a Região Leste Fluminense. São também preocupantes as altas taxas de internações por diarreias infecciosas em 2010 (Itaboraí, 252,6/100 mil habitantes; Região Leste Fluminense, 88,4/100 mil habitantes) e a elevada incidência de doenças transmissíveis como a dengue, leptospirose, hanseníase (nesta última a taxa de detecção para o ano de 2010 em Itaboraí foi de 22,9/100 mil habitantes e Região Leste Fluminense, 12,1/100 mil habitantes), sífilis congênita (incidência em 2009, 3,3/100 mil habitantes; em 2010, 9,2/100 mil habitantes) e tuberculose (68,8/100 mil habitantes) (Toledo e Sabroza, 2011).

Dentro do universo das causas externas, destacam-se os óbitos por agressão e acidentes de transporte, óbitos em homens por acidente de transporte na faixa etária de 15 a 49 anos (taxa 2010 de Itaboraí: 33,7/100 mil habitantes e Região Leste Fluminense: 13,5/ 100 mil habitantes) e óbitos em homens por acidente de transporte na faixa etária de 60 anos ou mais (Itaboraí no mesmo ano: 66,5/100 mil habitantes e Região Leste Fluminense: 25,7/ 100 mil habitantes) (Toledo e Sabroza, 2011).

A atual estrutura de serviços de saúde do município, segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), inclui 146 estabelecimentos, distribuídos segundo a Tabela 1 (Secretaria de Atenção à Saúde, CNES/DATASUS,2010).

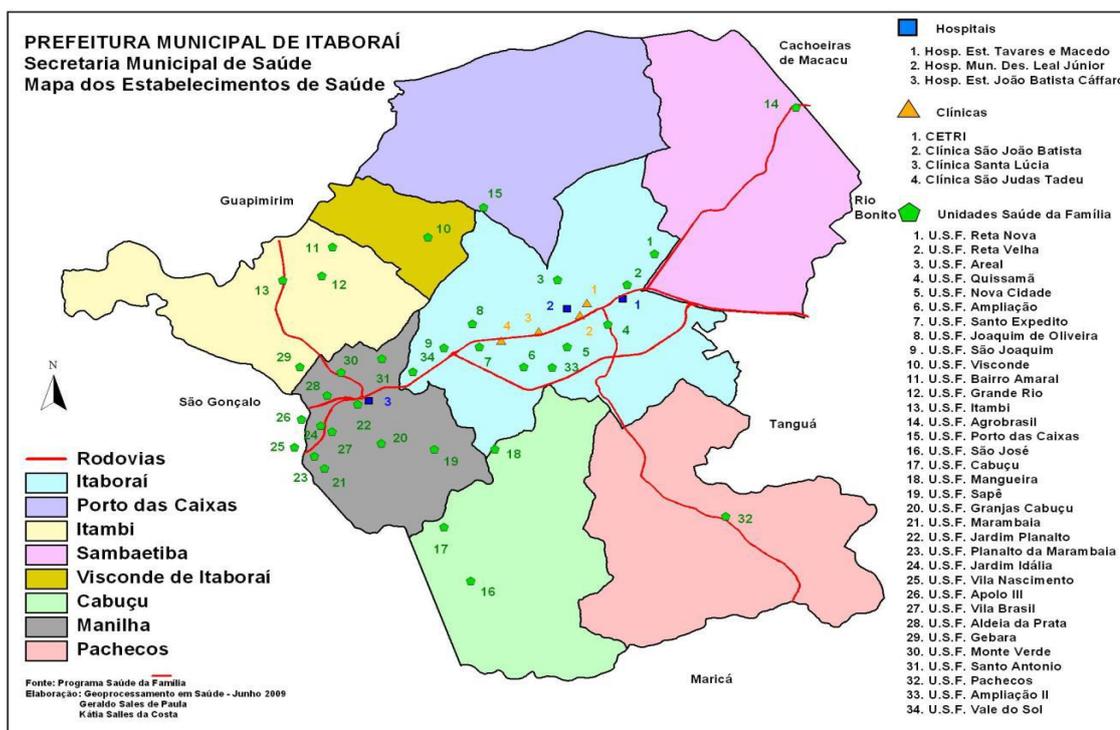
A Figura 1, por sua vez, dispõe geograficamente os estabelecimentos públicos de saúde no município.

**Tabela 1. Estabelecimentos de saúde no município de Itaboraí, Rio de Janeiro, por tipo, 2010.**

<b>Tipo</b>	<b>Quantidade</b>
Centro de Saúde (UBS)	47
Clínica especializada	16
Consultório isolado	38
Hospital especializado	2
Hospital geral	4
Policlínica	2
Posto de saúde	5
Unidade de serviço de apoio à diagnose e terapia	23
Outras unidades	9

**Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde.CNES/DATASUS,2010.**

**Figura 1. Distribuição dos estabelecimentos de saúde pertencentes e/ou conveniados ao SUS municipal, Itaboraí, Rio de Janeiro, 2010.**



**Fonte: Mudjalieb, 2011.**

O Sistema de Saúde municipal como um todo passou por grande período de instabilidade política, no período compreendido entre 2009-2012, favorecendo a descontinuidade da política em saúde, provocando demissões voluntárias e políticas, além do desgaste dos servidores públicos municipais.

No período compreendido entre 2004 e 2010, o Sistema de Saúde municipal sofreu com o fechamento da Casa Mater (2005), Clínica São João Batista (2005) e Casa de Saúde São Judas Tadeu (2010), unidades conveniadas ao SUS.

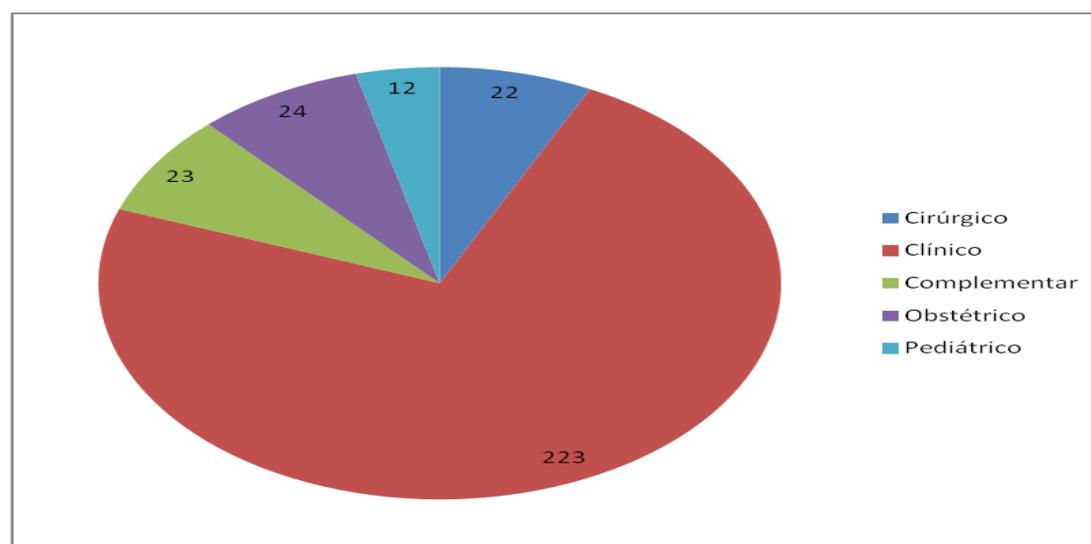
O Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior (HMDLJ) registrou, desde então, aumento de atendimentos em suas emergências adulta e pediátrica. Os aumentos registrados são de 10.000 atendimentos/mês na emergência adulta em 2009 para 18.000 em 2011. Na pediatria, onde em 2009 havia atendimento médio de 30 crianças por dia no setor de

nebulização, este número em 2011 pulou para 150 crianças acometidas diariamente por problemas respiratórios (Jornal *O São Gonçalo*, publicado em 11/02/2012 e 16/05/2012).

Segundo dados do Anuário Estatístico (Fundação CEPERJ), os indicadores hospitalares em Itaboraí (2010) foram: tempo médio de permanência de 5,3 dias, valor médio das internações de R\$ 506,56 reais, 511 óbitos, taxa de mortalidade de 5,3% e 2,7 leitos por 1000 habitantes. Estes números são correspondentes aos leitos municipais e aos particulares conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A distribuição de leitos no município segue a Figura 2:

**Figura 2. Distribuição de leitos por especialidades no município de Itaboraí, Rio de Janeiro, 2010.**



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde.CNES/DATASUS, 2010.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município foi estruturada inicialmente na década de 90, se consolidando até o ano de 2008, quando atinge a cobertura máxima de 77% do território. Porém, desde 2009, passa por ausência de supervisão e de referência às equipes de agentes comunitários de saúde da estratégia saúde da família (ACS/ESF), dificuldade de

comunicação entre Secretaria Municipal de Saúde (SMS), equipes ESF e população, assim como entre outras instâncias (Mudjalieb,2011).

Atualmente a APS em Itaboraí é constituída por 45 equipes distribuídas em 34 unidades, sendo as equipes compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Segundo dados dos Cadernos de Informação em Saúde relativos ao SIAB em 2009, o modelo predominante de atenção primária foi o PSF/ESF, cobrindo 78,1% da população, com média mensal de 0,07 visitas por família, 95,6% de crianças com esquema vacinal básico em dia, 73,8% de crianças com aleitamento materno exclusivo, 94,8% de cobertura de consultas de pré-natal, taxa de mortalidade infantil por diarreia de 3,4/1000 nascidos vivos, prevalência de desnutrição em menores de dois anos de 1,2/1000 nascidos vivos e taxa de hospitalização por pneumonia em menores de cinco anos de 10,4/1000 nascidos vivos (DATASUS, 2009).

Para que se possa englobar todas as características componentes do conceito ampliado de saúde, se faz necessário falar em determinantes sociais da saúde. Segundo Buss e Pellegrini: *“são fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”* (2007, pag.78).

Considerando a importância destes determinantes sobre a situação de saúde, informações que reflitam as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham se fazem necessárias para que se possa definir o quadro de saúde.

Itaboraí está situada na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, do lado leste da Baía de Guanabara, fazendo divisa com os municípios de São Gonçalo, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim, Tanguá e Maricá. Possui extensão territorial de 429 Km<sup>2</sup>, 218.008 habitantes em 2010 (IBGE, 2010) e taxa de ocupação média de 3,2 habitantes por domicílio. É dividida politicamente em 79 bairros e oito distritos: Itaboraí, Visconde de Itaboraí, Manilha, Itambi, Porto das Caixas, Sambaetiba, Cabuçu e Pachecos (Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Prefeitura Municipal de Itaboraí, 2007).

No contexto histórico, o município foi importante no escoamento das produções de açúcar e café de muitas regiões fluminenses, além de ter sido grande produtor destes gêneros alimentícios. A citricultura marcou a história da cidade, que foi a maior exportadora do Brasil em 1960. A citricultura foi perdendo espaço em todo Estado do Rio de Janeiro devido aos loteamentos na Região Metropolitana a partir da década de 50, que afetaram fortemente Itaboraí após a pavimentação da RJ-104 e construção da Ponte Rio-Niterói e BR-101 na década de 70. O município passa a constituir-se em uma área de expansão urbana da cidade do Rio de Janeiro, com características de *cidade-dormitório* (Lima, 2011; Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Prefeitura Municipal de Itaboraí, 2007).

Segundo o Anuário Estatístico (Fundação CEPERJ), a taxa de urbanização em 2000 foi de 98,8%, isto é, o município apresenta um perfil urbano desde então, com densidade demográfica média de 506,6 habitantes/km<sup>2</sup>. Nos distritos de Manilha e Itaboraí, esta densidade ultrapassou os 1000 habitantes por km<sup>2</sup> (Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação, Prefeitura Municipal de Itaboraí, 2007).

Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o IDH-M<sup>1</sup> do município, em 2000 foi de 0,737, o que o fez ocupar a 67<sup>o</sup> posição no *ranking* estadual, e segundo município com IDH-M mais baixo na Região Metropolitana (Portal do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2000).

Considerando a situação de abastecimento de água, dados da Pesquisa Nacional de Amostra de domicílios de 2010 (IBGE,2010) apontaram que, neste ano, somente 30% dos domicílios tinham pelo menos um cômodo conectado à rede geral de distribuição de água canalizada, e 70% eram abastecidos com água de poços artesianos. Em relação ao esgotamento sanitário, 40,8% dos domicílios estavam ligados à rede geral ou pluvial e 25,5% tinham fossa séptica. Quanto à coleta regular de lixo, 95,8% dos domicílios eram

---

<sup>1</sup> O IDH é composto por dados de longevidade (expectativa de vida ao nascer), educação (taxa de analfabetismo e número de anos de estudo) e renda (renda familiar per capita). O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano pleno). Itaboraí é considerado segundo este como de médio desenvolvimento humano.

contemplados. Segundo dados de Toledo e Sabroza (2011) em relação a estes três indicadores de condições de instalações urbanas, os números encontrados foram ainda menores nos distritos de Visconde de Itaboraí, Itambi, Sambaetiba, Pachecos e Cabuçu.

Considerando os chefes de domicílios em Itaboraí, no ano de 2000, 59,7% possuíam rendimento de até um salário mínimo, e 34,7% tinham menos de quatro anos de estudo. Em 2010 foi constatada a presença de 356 aglomerados subnormais no município (IBGE,2010).

Em suma, no que diz respeito à estrutura e organização dos serviços de saúde municipais, Itaboraí perdeu muitos leitos nos últimos 10 anos, fechamento de 03 (três) unidades hospitalares conveniadas ao SUS, manteve uma cobertura de PSF/ESF em torno de 70% do território, apesar do conhecimento das condições negativas de funcionamento da atenção primária, como a falta de recursos humanos e insumos. Acrescido a isto, o fato da grande instabilidade política na Secretaria de Saúde nos últimos quatro anos; fato este que prejudicou a continuidade de políticas em saúde.

Em relação aos determinantes sociais, o município sofreu uma recente urbanização mal planejada, que se reflete em grande densidade demográfica nos distritos mais centrais, condições deficientes de instalações urbanas, perfil socioeconômico da população ainda característico de um município pobre e índices cada vez mais preocupantes de violência e favelização.

## **2.2. Bases conceituais de qualidade da atenção à saúde**

*A Qualidade da Assistência à Saúde é o grau em que serviços de saúde para indivíduos e populações melhoram a probabilidade de ocorrência de resultados desejados e consistentes com o conhecimento profissional corrente (IOM, 1990).*

*A melhoria da qualidade pode ser definida como uma abordagem para avaliar e melhorar continuamente o processo de produção de serviços de saúde para responder as necessidades dos pacientes (Donabedian, 2003).*

Inicialmente, o foco de discussão sobre o desempenho de serviços de saúde era na eficácia e efetividade, contrapondo o cuidado que idealmente deveria ser oferecido e o

cuidado real (Long, 1985). No decorrer do tempo, também ganharam grande importância, e, muitas vezes, até centralidade, a segurança das práticas do paciente, incluindo a preocupação com eventos adversos, e o respeito ao direito dos pacientes.

São vários os modelos de abordagem de qualidade de atenção à saúde, havendo consenso em relação ao seu caráter complexo e multidimensional.

Donabedian, um dos autores mais importantes na área de avaliação da qualidade do cuidado, sintetizou em 1968:

*“O processo do cuidado em saúde pode ser visto como um conjunto de comportamentos, atitudes, decisões dos pacientes e outras do provedor dos cuidados, com complexas interações entre eles. Os produtos destas interações são dois: um intermediário, que é o uso do serviço, e um final, que seria a saúde e bem-estar do paciente.”* (Donabedian, 1968)

Ele propôs a estruturação da avaliação de serviços de saúde baseada em três componentes, estrutura, processo e resultados (Donabedian, 1988), sendo chave o estabelecimento de relações de causalidade entre processo e resultados. A estrutura consiste nos componentes básicos para provimento dos cuidados em saúde, como estrutura física, humana, institucional, material, financeira e organizacional dos serviços. O processo resume as ações profissionais da equipe, utilizando-se do suporte tecnológico existente, bem como a relação interpessoal profissional-paciente. Os resultados seriam os últimos objetivos a serem alcançados, ou seja, os efeitos produzidos sobre estado de saúde dos pacientes e a sua satisfação.

Donabedian (1990) ainda definiu sete pilares da qualidade:

**Eficácia:** diz respeito à capacidade de uma dada intervenção (através do uso da ciência e tecnologia do cuidado) produzir um impacto potencial em uma situação ideal;

**Efetividade:** grau de melhoria na saúde que são de fato alcançadas. É a relação entre o impacto real (prática cotidiana) de um serviço ou programa e o impacto potencial em uma situação ideal (estudos de eficácia);

**Eficiência:** capacidade de diminuir os custos sem diminuir o nível de melhoria para a saúde alcançável. É a relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento e o custo deste;

**Otimização:** balanço entre melhorias na saúde e custos envolvidos para o alcance destas melhorias (sendo, portanto, potencialmente ligado à eficiência);

**Aceitabilidade:** conformidade com desejos, expectativas e valores dos pacientes e membros de suas famílias;

**Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais expressadas nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulação;

**Equidade:** conformidade a princípios que determinam o que é justo e legítimo na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da população.

Dimensões muito similares foram relacionadas à qualidade dos serviços de saúde pelo *Institute of Medicine* (IOM), considerando que a atenção à saúde deve ser (IOM, 2001):

**Segura** – evitando danos relacionados aos serviços, tratamentos e terapias em saúde oferecidas aos pacientes;

**Efetiva** – provendo serviços baseados no conhecimento científico vigente a todos que necessitam e evitando o provimento de serviços desnecessários;

**Centrada no paciente** – prover cuidados que respeitem as características individuais dos pacientes, como preferências, necessidades e valores, assegurando que estas sejam respeitadas nas decisões clínicas;

**Capaz de oferecer resposta em tempo adequado** – reduzindo esperas, eventuais atrasos prejudiciais para quem recebe e quem provê o cuidado;

**Eficiente** – evitando perdas, em particular, perdas de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

**Equitativa** – provendo cuidados que não variem na qualidade quanto às diferenças de gênero, etnia, local de moradia e condições socioeconômicas.

No Brasil, a Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS) foi elaborada por uma rede de pesquisadores brasileiros vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva. Segundo esta proposta, a avaliação seria realizada através das subdimensões do desempenho dos serviços de saúde, que dependem da estrutura do sistema de saúde (composta por financiamento e recursos), cuja provisão de serviços deveria garantir o atendimento das necessidades de saúde, reconhecendo que estas são influenciadas por determinantes sociais, políticos e econômicos (Viacava *et al*, 2011).

As subdimensões para avaliação da qualidade do desempenho de serviços relacionadas da matriz do PROADESS são assim definidas (Viacava *et al*, 2011):

**Acesso** – capacidade do sistema de saúde em prover o cuidado e o serviço necessários, no momento certo e no lugar adequado;

**Aceitabilidade** – grau com que os serviços prestados estão de acordo com os valores e as expectativas dos usuários e da população;

**Respeito aos direitos das pessoas** – capacidade do sistema de assegurar que os serviços respeitem os indivíduos e a comunidade e estejam orientados às pessoas;

**Continuidade** – capacidade do serviço de prestar cuidados ao paciente de forma ininterrupta e coordenada;

**Adequação** – grau com que os cuidados e intervenções setoriais estão baseados no conhecimento técnico-científico existente;

**Segurança** – capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais dos cuidados ou intervenções em saúde ou ambientais;

**Eficiência** – relação entre os produtos da intervenção de saúde e os recursos utilizados;

**Efetividade** – grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados (Eficácia).

### **2.3. O indicador ICSAP - Internações por condições sensíveis à atenção primária ou Internações por causas evitáveis e sua relação com a atenção primária à saúde**

No contexto internacional, no período compreendido entre o final da década de 1980 e início da década de 1990, as temáticas sobre cobertura universal de serviços de saúde e reforma sanitária eram grandes preocupações presentes nas discussões de políticas públicas; pois havia registros de iniquidades de acesso a serviços de saúde (Billings *et al*, 1993).

A partir destas discussões, foi desenvolvido por Billings *et al* (1993) o conceito do internações sensíveis por condições sensíveis à atenção ambulatorial ou internações evitáveis, sendo utilizado naquele momento para análise de acesso e efetividade dos cuidados primários (Starfield, 2002).

Através das pesquisas do *Institute of Medicine* (IOM) na década de 1990, houve um grande direcionamento de investigações acerca de indicadores de qualidade dos serviços de saúde. O indicador ICSAP foi categorizado como um indicador de natureza hospitalar sensível à efetividade da atenção primária à saúde (Alfradique *et al*, 2009).

As internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) ou internações potencialmente evitáveis constituem-se em complicações advindas de agravos que a atenção básica deveria dar conta através de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde, prevalecendo a ideia de que quanto maior for a capacidade de resolubilidade da atenção primária à saúde (APS), menores serão as taxas de internações por estas causas (Nedel *et al*, 2008).

Internacionalmente, estudos americanos empregam as ICSAP como medida de efetividade de seus sistemas de saúde públicos, o *Medicaid* (para famílias de baixa renda) e *Medicare* (programa público para idosos acima de 65 anos). Na literatura há referências apontando associação inversa entre estas hospitalizações por estas causas e pacientes

provenientes de um destes programas (Tang *et al*, 2010, Bindman *et al*, 2008; Cousineau *et al*, 2008). Na Espanha, país que possui um sistema universal de saúde como o brasileiro, o indicador é utilizado como medida da efetividade do sistema de saúde no nível primário (Casanova e Starfield, 2005; Casanova *et al*, 1996; Casanova *et al*, 1998).

Seguindo a iniciativa de muitos países na década anterior, o Brasil teve a sua primeira *Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária* publicada em 2008, após iniciativas independentes nos estados do Ceará (2001), Minas Gerais (2007) e Paraná (2006), não comparáveis, nem passíveis de uso nacional pelas suas especificidades regionais (Alfradique *et al*, 2009). O objetivo da lista brasileira foi criar um instrumento que pudesse ser utilizado para avaliação da atenção primária no país, contribuindo para o planejamento e gestão dos serviços de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Portaria 221 MS/SAS, 2008). A lista é composta por 19 grupos de causas, e dentro destas 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Os diagnósticos contemplados na lista abrangem patologias as quais a atenção básica poderia ser efetiva através de ações de promoção à saúde, diagnóstico precoce e controle e acompanhamento, como as imunopreveníveis, patologias agudas e crônicas.

Muitos estudos internacionais já associaram a ocorrência de ICSAP com alguns fatores como o sexo (Magan *et al*, 2008), idade (Carter *et al*, 2006), raça (Ladikta *et al*, 2003), local de residência (Nayar *et al*, 2012), escolaridade e renda (Billings *et al*, 1993, Blustein *et al*, 1998).

No Brasil alguns estudos envolvendo ICSAP encontraram associações positivas com variações de gênero e condições socioeconômicas (Nedel *et al*, 2008, Junqueira e Duarte, 2011; Dias da Costa *et al*, 2008), extremos de idade e local de moradia (Moura *et al*, 2010; Caldeira *et al*, 2011; Oliveira *et al*, 2010; Boing *et al*, 2011; Pazó *et al*, 2012) e utilização prévia de serviços de saúde (Dias da Costa *et al*, 2010; Fernandes *et al*, 2009; Nedel *et al*, 2008).

Viacava *et al* publicam em 2011 uma avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro no período compreendido entre 1998 e 2007 por regiões geográficas. O indicador ICSAP apresenta tendência à estabilidade até 2003 e um pequeno declínio, a partir de 2004,

em todas as regiões, exceto o Norte do país. Os seus valores mais elevados, no período estudado, foram observados no Centro-Oeste e Sul, sendo a região Sudeste associada ao melhor desempenho em saúde do país.

O indicador também é muito utilizado para comparar a efetividade de diferentes modelos de atenção primária (Paramore *et al*, 1999; Fernandes *et al*, 2008), e para medir resultados em saúde a partir da implantação de um novo modelo de atenção (Barreto *et al*, 2012). Muitos estudos ecológicos brasileiros têm testado a relação entre redução de internações por CSAP e melhoria e expansão do PSF/ESF na localidade (Elias e Magajewski, 2008; Veloso e Araújo, 2009; Rehem e Egly, 2010; Barreto *et al*, 2012; Batista *et al*, 2011).

Recente revisão procurou características da atenção primária associadas ao risco de internação por CSAP, encontrando que a continuidade da atenção, equipe multidisciplinar e a população adscrita ao profissional médico mostraram-se associadas à menor probabilidade destas hospitalizações (Nedel *et al*, 2010).

Segundo informações do Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro (SESDEC, 2009) em 2008, o município de Itaboraí apresentava índice de internações por condições sensíveis à atenção primária de 41,6 % do total de internações realizadas no município, número este maior que a média dos municípios da Região Metropolitana II (34,1%) e muito superior às frequências encontradas em países com sistema universal de saúde, como a Espanha e Austrália, que é 7 a 13% das internações totais (Viacava *et al*, 2011).

## OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo foi estudar as internações por condições sensíveis à atenção primária ocorridas no período compreendido entre 2006-2011 em residentes de Itaboraí (RJ) usuários do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos específicos contemplados foram:

- Caracterização da ocorrência de internações por CSAP cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí;
- Comparação do nível de ocorrência e principais causas de internações por CSAP entre residentes de Itaboraí, outros municípios COMPERJ e estado do Rio de Janeiro;
- Identificação de fatores associados à ocorrência de internações por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.

## MÉTODOS

O estudo desenvolvido baseou-se em dados secundários oriundos do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS, contemplando o conjunto de internações cobertas pelo SUS no estado do Rio de Janeiro entre 2006 e 2011, mas focalizando, em especial, internações de indivíduos residentes no município de Itaboraí.

No sentido do cumprimento dos objetivos colocados, constituiu-se um banco de dados a partir da junção dos arquivos das autorizações de Internação hospitalar (AIH) reduzidas, relativos ao estado do Rio de Janeiro, disponibilizados, mês a mês, no *site* do DATASUS ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)). Os arquivos eletrônicos foram originalmente obtidos em formato comprimido “dbc”, correspondendo ao período entre janeiro de 2006 e dezembro de 2011 – arquivos RDRJ0601.dbc a RDRJ1112.dbc. Usando o aplicativo TabWin do DATASUS, tais arquivos foram unidos e descompactados em formato “dbf”, sendo então importados pelo pacote estatístico SAS®, versão 9.2.

Na composição do banco, foram selecionadas as variáveis: CNPJ\_HOSP, CNPJ do hospital; CNES, número de identificação do hospital no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); NATUREZA, natureza jurídica do hospital; MUNIC\_MOV, código IBGE do município do hospital; NASC, data de nascimento do paciente; SEXO, sexo do paciente; RACA\_COR, raça/cor do paciente; MUNIC\_RES, município de residência do paciente, DT\_INTER, data da internação; DT\_SAIDA, data de finalização da internação; DIAG\_PRINC, código do diagnóstico principal da internação, segundo a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 – CID10; COBRANCA, desfecho da internação; MORTE, variável dicotômica identificadora da ocorrência de óbito na internação; VAL\_TOT, valor total da internação para o SUS; VAL\_UTI, valor pago pelo uso de UTI; ANO, ano da internação. Adicionalmente, a variável TIPO foi considerada para filtrar somente observações referentes a internações agudas (AIH tipo 1) sendo então descartada.

Considerando a variável DIAG\_PRINC, foram excluídas todas as internações para parto (CID O80 a O85), que pela própria natureza, não são pertinentes ao estudo.

A partir das variáveis originalmente selecionadas, foram geradas algumas outras de interesse. A variável indicadora de internação por condição sensível à atenção primária (CSAP), que pode ser identificada como variável dependente neste estudo, foi criada considerando o diagnóstico principal da internação, seguindo critério definido pela Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que agrupa códigos da CID-10, conforme apresentado no Anexo 1 (Brasil, 2008). A variável IDADE foi obtida através da subtração da data de internação (DT\_INTER) pela data de nascimento (NASC), que resulta em dias, e dividida por 365,25, no sentido de se ter a medida em anos. A variável “tempo de permanência hospitalar” (PERM\_HOSP) foi obtida pela subtração da data de finalização da internação pela data de internação e medida em “dias”. A variável dicotômica indicadora de uso de UTI (UTI) foi gerada a partir de VAL\_UTI, assumindo valor “1”, quando VAL\_UTI > 0, e valor “0”, quando VAL\_UTI=0.

O ano de 2006 foi tomado como ano inicial de interesse por ter sido o ano de anúncio da implantação do COMPERJ e, majoritariamente, análises aqui apresentadas consideram dois triênios, 2006-2008 e 2009-2011, divididos desta forma na tentativa de comparar resultados obtidos em administrações públicas diferentes.

Três eixos são destacados neste trabalho: (1) uma caracterização geral da ocorrência de internações por CSAP entre residentes de Itaboraí hospitalizados pelo SUS no estado do Rio de Janeiro; (2) a comparação de taxas e principais causas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) entre residentes no município de Itaboraí, com residentes em outros municípios na área de influência do COMPERJ – Cachoeiras de Macacu, São Gonçalo, Niterói, Guapimirim, Rio Bonito, Tanguá, Magé, Maricá – e no estado do Rio de Janeiro como um todo; e (3) a identificação de fatores associados à ocorrência de ICSAP entre residentes de Itaboraí.

#### **4.1. Caracterização da ocorrência de internações por CSAP cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí**

As análises descritivas no escopo da caracterização das ICSAP entre internações cobertas pelo SUS de residentes no município de Itaboraí (MUNIC\_RES=330190) consideraram as suas frequências relativas e taxas, no decorrer do período, também identificando os hospitais onde tiveram maior ocorrência.

Ainda que parte das internações de residentes de Itaboraí se dê em outros municípios, vale aqui sublinhar a composição da rede hospitalar do SUS no município, no período estudado, incluindo 01 hospital estadual (Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro), 01 hospital municipal (Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior) e 02 hospitais privados contratados (Casa de Saúde São Judas Tadeu e Casa de Saúde São João Batista).

Para os diversos anos contemplados no estudo, as taxas de hospitalização por CSAP foram calculadas através da fórmula abaixo, destacando-se que a população do município foi obtida do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE):

*(nº de pacientes internados por procedimentos classificados pelo MS (Portaria 221 do MS/SAS de 17/04/2008) como CSAP no município/ população total no município) x 10.000*

#### **4.2. Comparação das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Itaboraí, outros municípios de influência do COMPERJ e o Estado do Rio de Janeiro como um todo.**

Também aqui a variável MUNIC\_RES foi utilizada para a identificação de internações de residentes em Itaboraí (código IBGE 330190) e de residentes em outros municípios da área de influência do COMPERJ (Cachoeiras de Macacu, 330080; São Gonçalo, 330490; Niterói,

330330; Guapimirim, 330185; Rio Bonito, 330430; Tanguá, 330575; Magé, 330250; Maricá, 330270). Como parâmetro mais geral, foram consideradas todas as internações cobertas pelo SUS no estado do Rio Janeiro, pressupondo-se baixa relevância do número de internações no estado de residentes de fora.

As comparações entre internações de residentes em Itaboraí, residentes em outros municípios da área de influência do COMPERJ e internações do estado como um todo centraram nas taxas de ICASP observadas no decorrer do período e nas principais causas (agrupadas) de ICASP observadas.

#### **4.3. Identificação de fatores associados à ocorrência de internações por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.**

Análises bivariadas foram realizadas no sentido de explorar associações entre ocorrência de internações por CSAP (vs. outras causas) e variáveis potencialmente explicativas de suas ocorrências, ainda que limitadas à disponibilidade no banco de dados utilizado. Foram contempladas variáveis demográficas (idade, sexo e raça), variáveis relativas ao local da internação (município, natureza jurídica do hospital e variáveis referentes à internação em si (desfecho, uso de UTI, duração e valor total pago pelo SUS) e o período. No caso das variáveis independentes categóricas, utilizou-se o teste estatístico do *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), verificando-se a hipótese nula de não associação. No caso das variáveis independentes contínuas, aplicou-se o *teste-t de Student* no sentido de testar a hipótese nula de nenhuma diferença entre as médias para os o grupos de internações por CSAP e por outras causas.

Um modelo de regressão logística foi utilizado no sentido de identificar o efeito independente das variáveis explicativas na ocorrência de internações por CSAP, optando-se por se considerar possíveis diferenças nas suas chances ano a ano, tomando o ano de pico como ano de referência.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com o pacote estatístico SAS®, versão 9.2.

#### **4.4. Considerações Éticas**

Esta dissertação foi baseada em dados secundários, obtidos a partir das informações contidas no sistema de informação SIH/DATASUS. Foram adotadas todas as medidas para assegurar a não-identificação dos pacientes constantes nos bancos de dados analisados, em todas as etapas desta dissertação. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz, sob o número 09410712.7.0000.5240.

## RESULTADOS

Este capítulo está organizado em termos dos seguintes eixos: (1) caracterização da ocorrência de internações por CSAP cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí; (2) comparação do nível de ocorrência e principais causas de internações por CSAP entre residentes de Itaboraí, outros municípios COMPERJ e estado do Rio de Janeiro; e (3) identificação de fatores associados à ocorrência de internações por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.

### 5.1. Caracterização da ocorrência de internações por CSAP cobertas pelo SUS entre residentes de Itaboraí

Considerando as internações cobertas pelo SUS, entre 2006 e 2011, excluídas aquelas de longa permanência ou por parto, de indivíduos residentes em Itaboraí, a Tabela 2 indica que 39,2% e 32,4% foram por CSAP, no primeiro e segundo triênio do período, respectivamente.

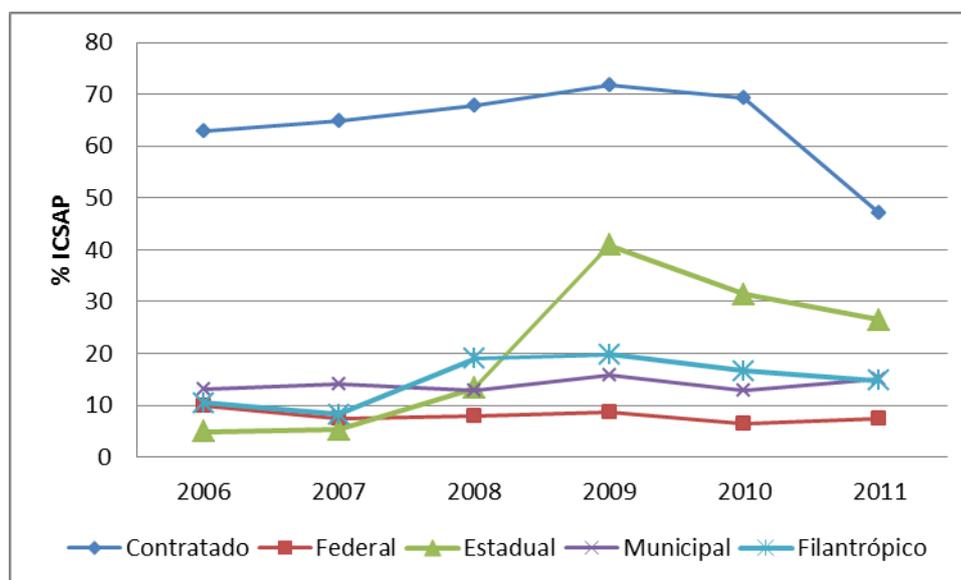
**Tabela 2. Frequência de internações por causa. Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006 a 2011.**

Causa de internação	2006-2008		2009-2011	
	N	%	N	%
CSAP	15.158	39,2	10.009	32,4
<i>Outras causas</i>	23.544	60,8	20.901	67,6
TOTAL	38.702	100,0	30.910	100,0

A Figura 3 detalha os percentuais de ICSAP entre as internações no SUS de residentes de Itaboraí, por natureza jurídica do hospital, por ano. De modo geral, revela picos nas frequências relativas das ICSAP em 2009 e um padrão destacado de ICSAP nos hospitais

privados contratados – com queda acentuada de 2010 para 2011 –, seguidos pelos hospitais estaduais, que chegam a cerca de 40,0% das suas internações por CSAP.

**Figura 3. Percentuais de ocorrência de internações por CSAP de residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, por natureza jurídica do hospital, por ano.**



A Figura 4, por sua vez, mostra a evolução das taxas, por 10.000 habitantes, de internações por CSAP, em contraste com as de internações por outras causas, ao longo dos seis anos de estudo, indicando tendência de queda de ambas, entre 2006 e 2009, com 2010 apresentando um pico de aumento na taxa de internações por outras causas e uma inflexão, no sentido de queda mais abrupta na taxa de internações por CSAP. No período, a taxa de internações por CSAP caiu gradativamente de 234,7 para 179,8/10.000 hab., entre 2006 e 2010, e, entre 2010 e 2011, sofreu queda acentuada, atingindo o nível de 60 internações por 10.000 hab. A taxa de internações por outras causas manteve um padrão de queda mais suave, variando, no período entre cerca de 360 e 300 internações/10.000 hab.

Na Figura 5, dá-se de destaque à curva de evolução das taxas de internações por CSAP, evidenciando-se a descontinuidade do padrão de linearidade, em sua queda, no ano de 2010.

Figura 4. Evolução das taxas de internações no SUS por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) e por outras causas entre residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006 a 2011.

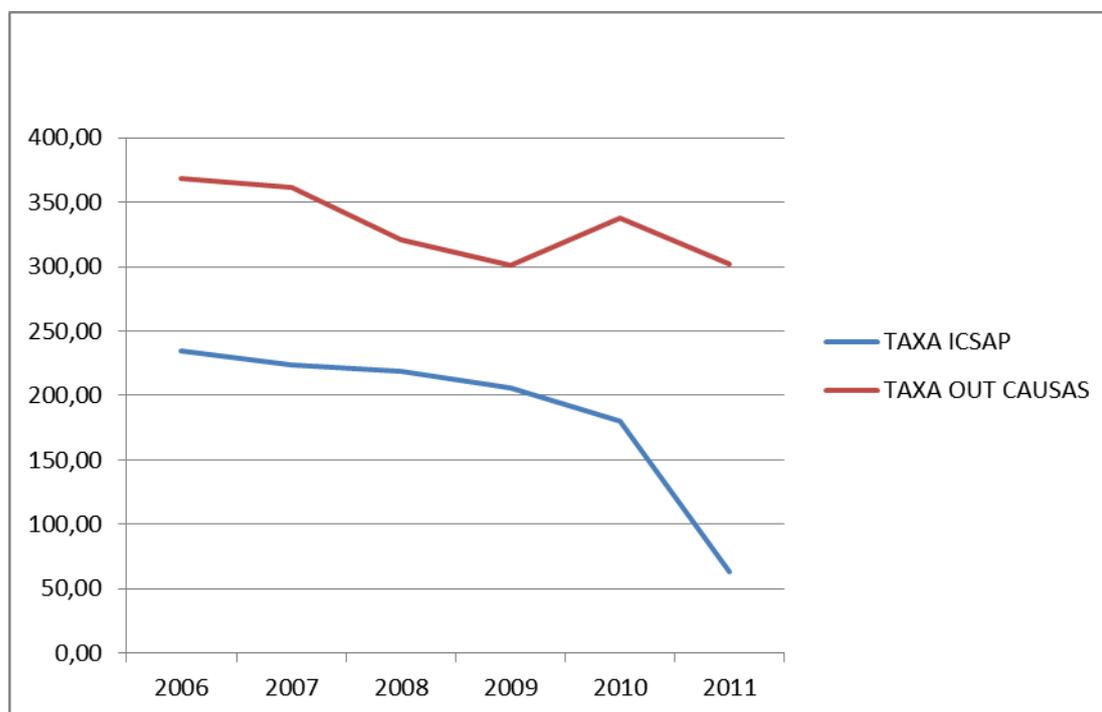
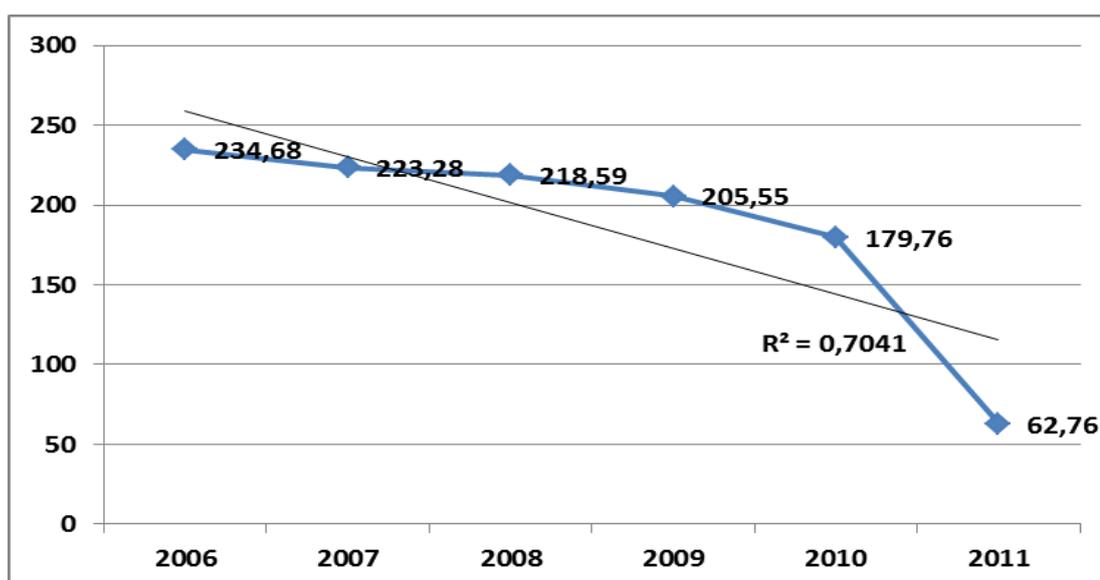
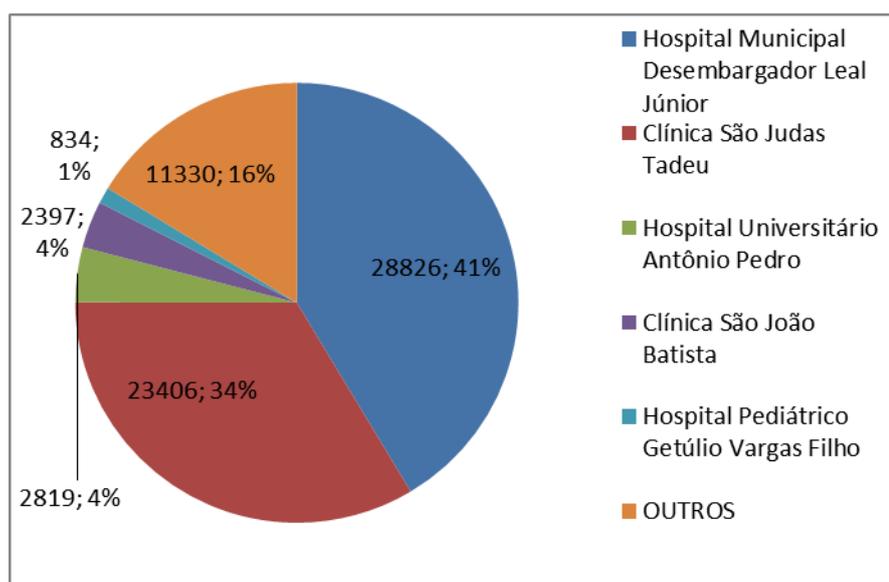


Figura 5. Evolução das taxas de internações no SUS por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) de residentes em Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006-2011.



A distribuição do conjunto de internações cobertas pelo SUS entre 2006 e 2011, de residentes em Itaboraí, por hospitais, está apresentada na Figura 6, que mostra que cerca de 75,0% das mesmas ocorreram no Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior (HMDLJ), único hospital de gestão municipal de Itaboraí, e na Clínica São Judas Tadeu, clínica privada também localizada em Itaboraí. Em seguida, ainda tiveram participações expressivas na internação de residentes de Itaboraí pelo SUS, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), hospital federal localizado em Niterói, a Clínica São João Batista, clínica privada localizado em Itaboraí, e o Hospital Getúlio Vargas Filho, hospital pediátrico da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

**Figura 6. Distribuição das internações cobertas pelo SUS de residentes em Itaboraí por hospitais, Itaboraí, Rio de Janeiro, 2006-2011.**



Restringindo-se a análise às internações por CSAP, entretanto, observa-se, na Tabela 3, que a Clínica São Judas Tadeu respondeu, até o ano de 2010, por cerca de 70% ou mais das ocorrências, seguido pelo HMDLJ e pela Clínica São João Batista. Entre 2010 e 2011, há uma diminuição abrupta da ICSAP, que caem a cerca de 1/3, com 55,1% delas se dando no HMDLJ.

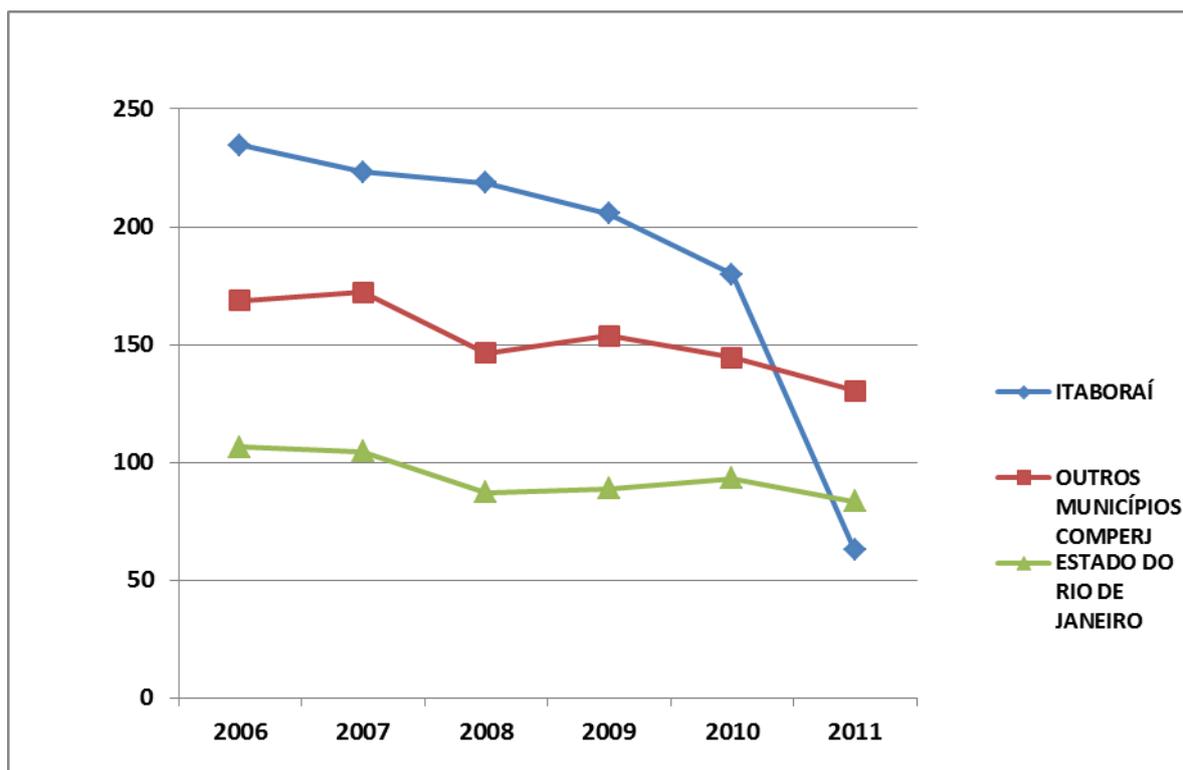
**Tabela 3. Distribuição de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), de residentes em Itaboraí, entre os cinco hospitais do SUS, no estado do Rio de Janeiro, onde mais ocorreram, 2006-2011.**

	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Casa de Saúde Menino Deus (CLIMEP)</b>							59	1,3	75	1,9	81	5,9
<b>Clínica São Judas Tadeu Ltda</b>	3400	65,6	3528	69,9	3693	75,0	3634	77,2	2959	75,5	175	12,6
<b>Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior (HMDLJ)</b>	530	10,2	615	12,2	520	10,6	687	14,6	604	15,4	762	55,1
<b>Clínica São João Batista Ltda</b>	937	18,1	557	11,0	409	8,3						
<b>Hospital Estadual Prefeito João Batista Cáffaro (HEPJBC)</b>											112	8,1
<b>Hospital Pediátrico Getúlio Vargas Filho</b>	81	1,6	82	1,6	92	1,9	115	2,4	88	2,3		
<b>Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP)</b>	79	1,5	64	1,3	57	1,2	57	1,2	49	1,3	46	3,3
<b>Total</b>	5186	100	5047	100	4925	100	4707	100	3919	100	1383	100

## 5.2. Comparação das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Itaboraí, outros municípios de influência do COMPERJ e o Estado do Rio de Janeiro como um todo.

Comparando-se as taxas de ICSAP entre os três grandes grupos de estudo (Itaboraí, outros municípios COMPERJ e Estado do Rio de Janeiro), chama a atenção o padrão diferenciado de Itaboraí, que apresentou taxas bem mais elevadas até 2010 (Figura 7). Os demais municípios do COMPERJ tiveram um padrão de ocorrência de ICSAP também elevado, em nível intermediário entre Itaboraí e o estado do Rio de Janeiro como um todo.

**Figura 7. Taxas de internação por CSAP no SUS em Itaboraí, outros municípios COMPERJ e estado do Rio de Janeiro, 2006-2011.**

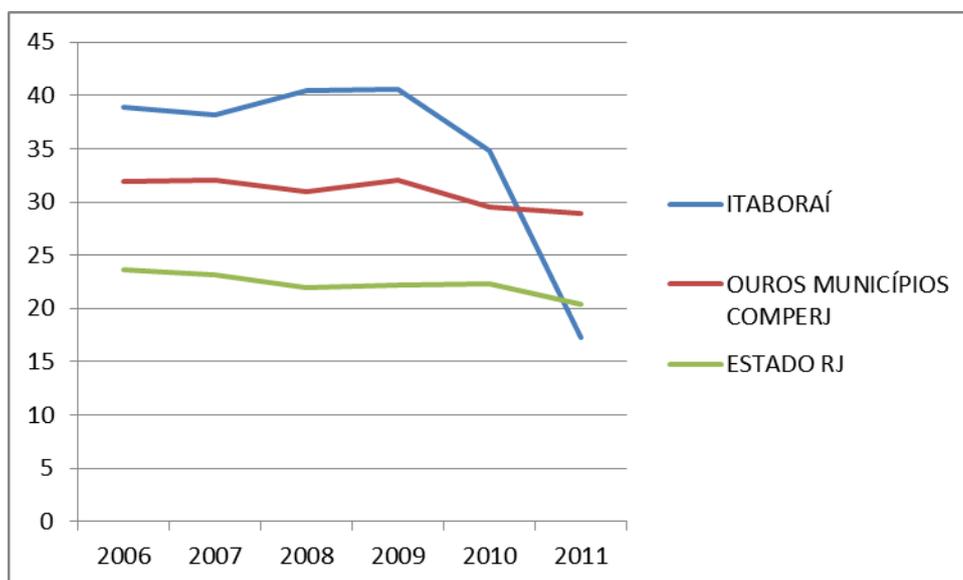


Ano a ano, observa-se um padrão de diminuição gradual nas taxas de ICSAP nos outros municípios COMPERJ e no estado como um todo, enquanto que em Itaboraí a tendência de queda, desde 2006, é mais consistente, acentuando-se em 2009 e, especialmente, 2010,

quando passa a ter caráter abrupto, sugerindo a presença de algum evento explicativo significativo.

A Figura 8, apesar de muito semelhante à anterior, evidencia um padrão mais estável das ICSAP no período estudado, pelo menos no que diz respeito à sua frequência relativa entre internações realizadas. As ICSAP entre residentes de Itaboraí, que entre 2006 e 2009 ficam em um patamar de aproximadamente 40% das internações caem para um patamar de 35% em 2010 e cerca de 17% em 2011, de modo muito abrupto e atípico. Entre residentes de outros municípios de influência do COMPERJ, as ICSAP correspondem a aproximadamente 32% das internações no SUS até 2009 e caem para pouco menos de 30% a partir de 2010. No estado como um todo, as ICCSAP variam entre cerca de 24% a 20% no período, numa tendência decrescente suave.

**Figura 8. Percentuais de ocorrência de internações por CSAP em Itaboraí, outros municípios de influência do COMPERJ e estado do Rio de Janeiro, entre 2006 e 2011.**



Ao se investigar as cinco principais causas de internação por CSAP nas três áreas aqui comparadas, evidencia-se, conforme mostrado na Tabela 4, a predominância de alguns agravos comuns, com algumas especificidades.

A insuficiência cardíaca é a primeira causa de ICSAP nas três áreas, nos dois triênios considerados. A asma aparece como segunda causa de ICSAP tanto em Itaboraí como nos outros municípios COMPERJ, não configurando entre as cinco principais causas de ICSAP no estado como um todo, onde as pneumonias sucedem a insuficiência cardíaca tanto entre 2006 e 2008, como entre 2009 e 2011. As pneumonias, por sua vez, também estão como quarta e terceira causa nos outros municípios COMPERJ, no primeiro e segundo triênio do estudo, respectivamente, mas não aparecem entre as cinco principais causas de ICSAP em Itaboraí. As gastroenterites constituem-se em terceira causa de ICSAP em Itaboraí no dois triênios e quarta e quinta causa no estado, entre 2006 e 2008 e 2009 e 2011, respectivamente. Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) mostram-se relevantes em Itaboraí – quarta causa de ICSAP nos dois triênios, e aparecem como terceira causa de ICSAP nos outros municípios COMPERJ entre 2006 e 2008. As doenças cerebrovasculares assumem destaque como terceira causa de ICSAP no estado como um todo, estando também entre as mais importantes nos outros municípios COMPERJ, mas não aparecem na lista das cinco principais causas em Itaboraí, onde o diabetes mellitus ganha importante expressão em ambos os triênios.

**Tabela 4. Frequência, proporções e taxas das cinco principais causas de internações por CSAP, comparativamente entre os três grandes grupos de estudo. 2006 a 2011.**

Área	Grupo de causas CID 10	Internações 2006-2008				Grupo de causas CID 10	Internações 2009-2011			
		N	% internações por CSAP	% total de internações	Taxa por 10.000 hab.		N	% internações por CSAP	% total de internações	Taxa por 10.000 hab.
<b>Itaboraí</b>	1. Insuficiência cardíaca	4184	27,6	10,8	186,7	1. Insuficiência cardíaca	2085	20,8	6,8	93,73
	2. Asma	2151	14,2	5,6	96,0	2. Asma	1897	18,9	6,1	85,28
	3. Gastroenterites	1638	10,8	4,2	73,1	3. Gastroenterites	1125	11,2	3,6	50,57
	4. Outras DPOC	1399	9,2	3,6	62,4	4. Outras DPOC	611	6,1	2,0	27,47
	5. Diabetes mellitus	1196	7,9	3,1	53,4	5. Diabetes mellitus	574	5,7	1,9	25,8
<b>Outros municípios COMPERJ</b>	1. Insuficiência cardíaca	20634	21,3	6,7	103,6	1. Insuficiência cardíaca	16129	18,5	5,6	79,09
	2. Asma	9512	9,8	3,1	47,8	2. Asma	10078	11,5	3,5	49,42
	3. Outras DPOC	9005	9,3	2,9	45,2	3. Pneumonia	4658	5,3	1,6	22,84
	4. Pneumonia	5400	5,6	1,8	27,1	4. Doenças cerebrovasculares	4223	4,8	1,5	20,71
	5. Doenças cerebrovasculares	4579	4,7	1,5	23,0	5. Bronquite não especificada se aguda ou crônica	3831	4,4	1,3	18,79
<b>Estado RJ</b>	1. Insuficiência cardíaca	50162	14,1	2,5	31,9	1. Insuficiência cardíaca	42588	13,0	2,2	26,55
	2. Pneumonia	30242	8,5	1,5	19,2	2. Pneumonia	40253	12,3	2,1	25,1
	3. Doenças cerebrovasculares	20977	5,9	1,0	13,3	3. Doenças cerebrovasculares	18880	5,8	1,0	11,77
	4. Gastroenterites	20446	5,7	1,0	13,0	4. Infecção do trato urinário de localização não especificada	16119	4,9	0,8	10,05
	5. Hipertensão essencial	19352	5,4	1,0	12,31	5. Gastroenterites	14668	4,5	0,8	9,15

Itaboraí apresenta um padrão de distribuição das ICSAP por causas bem concentrado, com as cinco primeiras correspondendo a 69,7 e 62,7 do total, entre 2006 e 2008 e 2009 e 2011, respectivamente. Chama também a atenção o fato dessas primeiras cinco causas manterem-se exatamente as mesmas, na mesma ordem, nos dois triênios, havendo, de modo mais expressivo, uma queda na frequência relativa da insuficiência cardíaca e aumento na frequência relativa da asma. No que diz respeito às taxas de ocorrência por 10.000 habitantes, sublinha-se, mais uma vez, a significativa queda de ICSAP em Itaboraí de um triênio para o outro, registrando-se decréscimos de cerca de 50,0% nas ICSAP por insuficiência cardíaca, outras DPOC e diabetes, de aproximadamente 30,0% nas ICSAP por gastroenterites e 10,0% nas ICSAP por asma.

Nos outros municípios da zona de abrangência do COMPERJ, observa-se um padrão intermediário de concentração de causas de ICSAP, entre Itaboraí e o estado do Rio de Janeiro, com as cinco principais causas agregando 50,7 do total dessas internações, entre 2006 e 2008, e 44,5%, entre 2009 e 2011. Outras DPOC, que aparecem como terceira causa de ICSAP no primeiro triênio, deixa de configurar como uma das cinco principais causas no segundo trimestre contemplado no estudo. Há ainda, entre os dois triênios, uma pequena queda na participação relativa de ICSAP por insuficiência cardíaca e a manutenção, no mesmo patamar, na frequência relativa de ICSAP por pneumonias e doenças cerebrovasculares. Exceto pela asma, registram-se, como em Itaboraí, significativas quedas, entre os dois triênios no estudo, nas taxas de ocorrência de ICSAP pelos diagnósticos indicados.

No estado do Rio como um todo, as cinco primeiras causas de ICSAP agregam, nos dois triênios, cerca de 40,0% do total, sugerindo um padrão de distribuição mais disperso por diferentes causas. Contrasta, com Itaboraí e outros municípios COMPERJ, com taxas muito mais baixas de ICSAP. A taxa de ICSAP por insuficiência cardíaca, por exemplo, chega a ser, em Itaboraí, no triênio 2006-2008, aproximadamente seis vezes aquela observada no estado do Rio de Janeiro como um todo. Também a ocorrência de ICSAP por doenças respiratórias é significativamente maior em Itaboraí e outros municípios COMPERJ do que no estado do Rio sublinhando-se, no estado, o crescimento da taxa de ICSAP por pneumonia, apesar da redução global das taxas de ICSAP.

### 5.3. Identificação de fatores associados à ocorrência de internações por CSAP entre residentes do município de Itaboraí.

As análises apresentadas nesta seção restringem-se às internações de residentes de Itaboraí, considerando estritamente dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS.

A Tabela 5 explora possíveis associações entre a ocorrência de internações por CSAP (vs. internações por outras causas) e variáveis categóricas sociodemográficas e relativas à internação, sublinhando-se, com base no teste do *qui-quadrado* ( $\chi^2$ ), a rejeição da hipótese de ocorrência de ICSAP de modo aleatório entre as categorias das variáveis contempladas.

Em termos médios, entre as internações de residentes de Itaboraí no SUS, as ICSAP perfizeram 39,2% do total entre 2006 e 2008, e 32,4%, entre 2009 e 2011 (Tabela 2).

Observa-se, na Tabela 5, em ambos os triênios, **maior ocorrência de ICSAP entre indivíduos do sexo masculino**, comparado ao sexo feminino. Em contraposição às médias gerais nos períodos, registram-se, entre 2006 e 2008 e 2009 e 2011, respectivamente, 45,8% e 37,7% de ICSAP entre homens (vs. 34,2% e 28,7%, entre mulheres).

Em relação à variável **raça**, vale destacar o fato ter sido incluída no SIH mais recentemente, sendo a possibilidade de consideração dos dados do primeiro triênio praticamente invalidada pela grande proporção de observações não devidamente classificadas. Entre 2009 e 2011, entretanto, **a ocorrência de mais ICSAP mostra-se associada à raça parda (40,6%)**.

No que diz respeito ao **desfecho** das internações, **as ocorrências de alta e morte tendem a refletir a própria distribuição das internações por CSAP e outras causas, não apresentando um padrão de associação muito claro**, exceto na ocorrência de ICSAP entre internações que tiveram morte como desfecho no segundo triênio. **Entretanto, é clara a maior ocorrência dos demais desfechos (continuidade da internação, transferência e outro) entre as internações por outras causas.**

A tabela 5 **também evidencia a importante concentração das ICSAP em hospitais privados contratados pelo SUS**, onde as mesmas corresponderam a 65,1% do total de internações entre 2006-2008 e 69,3%, entre 2009 e 2011. Ainda em relação às ICSAP, exceto pelos hospitais estaduais, onde se registra um aumento entre os dois triênios, observa-se a manutenção dos níveis de sua ocorrência nos tipos de hospitais contemplados.

No que concerne à **localização do hospital, fica claro que as ICSAP de residentes em Itaboraí ocorreram predominantemente no próprio município**. Merece também registro o aumento observado na ocorrência de ICSAP em Niterói entre os dois triênios.

Enfim, observa-se, que as **ICSAP relacionam-se a uma menor utilização de unidade de tratamento intensivo (UTI), do que internações por outras causas**.

**Tabela 5. Distribuição de variáveis categóricas sociodemográficas e assistenciais, por internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e outras causas cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.**

Variável	2006-2008				$\chi^2$ (p)	2009-2011				$\chi^2$ (p)
	CSAP		Outras causas			CSAP		Outras causas		
	N	%	N	%		N	%	N	%	
<b>Sexo</b>					<0,0001					<0,0001
Masculino	7599	45,8	8991	54,2		4776	37,7	7893	62,3	
Feminino	7559	34,2	14553	65,8		5233	28,7	13008	71,3	
<b>Raça</b>					<0,0001					<0,0001
Branca	741	48,7	782	51,3		1862	26,6	5134	73,4	
Outras	118	37,5	199	62,5		520	17,5	2462	82,5	
Parda	3389	65,4	1790	34,6		7042	40,6	10307	59,4	
Desconhecida	10910	34,4	20773	65,6		585	16,3	2998	83,7	
<b>Desfecho</b>					<0,0001					<0,0001
Alta	14375	40,2	21391	59,8		9118	34,7	17171	65,3	
Continuidade	7	1,1	630	98,9		63	16,9	310	83,1	
Transferência	176	26,8	481	73,2		184	23,2	609	76,8	
Morte	599	38,4	960	61,6		644	38,2	1040	61,8	
Outro (politraumatizados)	1	1,2	82	98,8		0	0,0	1771	100,0	
<b>Natureza</b>					<0,0001					<0,0001
Contratado	12830	65,1	6894	34,9		7047	69,3	3119	30,7	
Federal	245	8,4	2676	91,6		218	7,5	2683	92,5	
Estadual	48	5,7	788	94,3		277	29,0	678	71,0	
Municipal	1979	13,4	12782	86,6		2371	14,5	13942	85,5	
Filantrópico	56	12,2	404	87,8		96	16,7	479	83,3	
<b>Município de internação</b>					<0,0001					<0,0001
Itaboraí	14189	46,5	16332	53,5		8999	36,7	15523	63,3	
Niterói	510	13,2	3363	86,8		501	24,2	1566	75,8	
Rio de Janeiro	97	4,8	1901	95,2		145	6,1	2230	93,9	
Outros	362	15,7	1948	84,3		364	18,7	1582	81,3	
<b>Uso de UTI</b>					<0,0001					<0,0001
Não	14981	39,7	22796	60,3		9852	32,9	20081	67,1	
Sim	177	19,1	748	80,9		157	16,1	820	83,9	

A Tabela 6 compara as internações por CSAP com as por outras causas no que se refere às variáveis contínuas: idade do paciente, tempo de permanência hospitalar e valor pago pelo SUS, baseando-se no *teste-t de Student*, e mostra diferenças estatisticamente significantes nas médias das variáveis entre os dois grupos.

Em ambos os triênios, observa-se que os indivíduos internados por CSAP são, em média, mais velhos, têm internações mais curtas e de menor custo para o SUS, do que os indivíduos internados por outras causas. Em relação à *permanência hospitalar*, é possível que a significância estatística apontando para a diferença nas médias decorra do elevado número de observações, dado que não é tão expressiva. Em ambos os casos, internações relacionam-se a permanências hospitalares de, em média, cinco a seis dias. Vale também destacar, na Tabela 6, os elevados desvios padrões das variáveis **permanência hospitalar** e **valor pago pelo SUS**, em relação às suas médias; o que implica em elevados coeficientes de variação, comumente identificados na análise dessas variáveis.

**Tabela 6. Distribuição de variáveis contínuas sociodemográficas e assistenciais, por internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) e outras causas cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.**

<i>Variável</i>	2006-2008							2009-2011						
	CSAP			Outras causas			Teste-t (p)	CSAP			Outras causas			Teste-t (p)
	N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão		N	Média	Desvio padrão	N	Média	Desvio padrão	
<i>Idade (anos)</i>	15.158	48,3	27,3	23.544	34,5	22,6	<0,0001	10.009	44,0	29,1	20.901	35,0	22,7	<0,0001
<i>Permanência Hospitalar (dias)</i>	15.158	5,0	7,5	23.544	5,9	10,5	<0,0001	10.009	5,5	7,6	20.901	5,8	9,5	0,0176
<i>Valor total Internação (R\$)</i>	15.158	447,9	376,7	23.544	574,5	1.154,3	<0,0001	10.009	546,6	525,1	20.901	742,5	1.901,8	<0,0001

A Tabela 7 identifica o efeito independente de fatores associados à ocorrência de internações por CSAP entre residentes no município de Itaboraí entre 2006 e 2011.

Considerando a variável **idade** e tomando a faixa etária entre 18 e 59 anos como referência, **observa-se que as chances de ocorrência de ICSAP (versus não ocorrência) são maiores entre indivíduos mais novos** (< 1 ano, OR=1,366; 1-4 anos, OR=1,781; 5-17 anos, OR=1,186) e, **mais expressivamente, entre indivíduos mais velhos** (60-69 anos, OR=2,988; 70-79 anos, OR=3,101; ≥80 anos, OR=2,984). Observa-se ainda que, mantendo as demais variáveis constantes, a ocorrência de ICSAP são 5,8% menores entre indivíduos do sexo feminino e **11,2% maiores entre aqueles classificados como pardos**.

Levando-se em conta a **natureza jurídica do hospital, chama a atenção o peso das ICSAP em hospitais privados contratados e filantrópicos**. As chances de internação por CSAP em hospitais contratados e filantrópicos no período foram, respectivamente, 17,50 e 8,1 vezes aquelas observadas em hospitais municipais, controladas as demais variáveis. Com menor magnitude, as chances de ocorrência de internações por CSAP também foram maiores em hospitais federais (OR=1,429) e hospitais estaduais (OR=2,381) do que em hospitais municipais.

A análise multivariada ainda **ratifica a maior ocorrência de ICSAP entre internações de residentes de Itaboraí no próprio município**, indicando que nas internações realizadas em Niterói, na cidade do Rio de Janeiro e em outros municípios, elas tiveram chances 51,3%, 84,3% e 91,2% menores.

No que se refere ao **tempo de permanência hospitalar, os resultados da Tabela 7 surpreendem, dada a estimativa, na análise bivariada, de maior média de permanência hospitalar entre internações não motivadas por CSAP**. Observa-se que as chances de internações com menos de um dia de duração terem sido motivadas por CSAP foram 41,8% menores do que entre internações com duração de 1 a 5 dias. Adicionalmente, as chances de internações com duração de 6 a 11 dias e pelo menos 12 terem sido por CSAP foram 85,8% e 92,8% maiores do que nas internações de 1 a 5 dias.

Com base nos dados utilizados, há uma **associação negativa entre ocorrência de internações por CSAP e uso de UTI**, sendo as chances das primeiras cerca de 30% menores entre internações com uso de UTI do que em internações sem uso de UTI.

Finalmente, os resultados apresentados confirmam **maiores chances de motivação por CSAP entre internações que tiveram como desfecho “óbito”** (OR=1,894), bem como maiores chances de ocorrência de ICSAP em 2009, tomado como ano de referência, cuja ocorrência de ICSAP só não se diferencia estatisticamente daquela registrada em 2011.

**Tabela 7. Regressão logística – fatores associados à ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) cobertas pelo SUS entre residentes do município de Itaboraí, 2006-2011.**

Variável	Coeficiente	Erro padrão	Odds ratio	
			Estimativa	IC 95%
<b>Intercepto</b>	-2,544	0,036		
<b>Idade (anos)</b>				
< 1	0,312	0,051	1,366	1,236; 1,509
1– 4	0,577	0,039	1,781	1,651; 1,921
5–17	0,171	0,033	1,186	1,113; 1,264
18–59 (ref.)			1	
60–69	1,094	0,033	2,988	2,800; 3,188
70–79	1,132	0,035	3,101	2,893; 3,324
≥ 80	1,093	0,045	2,984	2,731; 3,261
<b>Sexo</b>				
Feminino	-0,059	0,021	0,942	0,905; 0,982
Masculino (ref.)			1	
<b>Raça</b>				
Parda	0,106	0,0287	1,112	1,051; 1,176
Não classificada como parda (ref.)			1	
<b>Natureza jurídica do hospital</b>				
Contratado	2,873	0,027	17,509	16,605; 18,462
Filantrópico	2,098	0,104	8,149	6,644; 9,996
Federal	0,357	0,074	1,429	1,237; 1,652
Estadual	0,868	0,076	2,381	2,052; 2,763
Municipal (ref.)			1	
<b>Município de internação</b>				
Itaboraí (ref.)			1	
Niterói	-0,720	0,053	0,487	0,439; 0,541
Rio de Janeiro	-1,854	0,088	0,157	0,132; 0,186
Outro	-2,435	0,048	0,088	0,080; 0,096
<b>Permanência hospitalar (dias)</b>				
< 1	-0,525	0,105	0,592	0,481; 0,728
1–5 (ref.)			1	
6–11	0,620	0,032	1,858	1,746; 1,978
≥ 12	0,656	0,037	1,928	0,793; 2,072
<b>Uso de UTI</b>				
Sim	-0,357	0,068	0,700	0,612; 0,800
Não (ref.)			1	
<b>Ocorrência de morte hospitalar</b>				
Sim	0,639	0,047	1,894	1,726; 2,078
Não (ref.)			1	
<b>Ano</b>				
2006	-0,367	0,039	0,693	0,642; 0,748
2007	-0,251	0,039	0,778	0,720; 0,840
2008	-0,207	0,035	0,813	0,759; 0,871
2009 (ref.)			1	
2010	-0,215	0,036	0,807	0,752; 0,865
2011	-0,080	0,042	0,923	0,850; 1,002

Concordância=85,9%; c=0,861

## DISCUSSÃO

Este estudo indica altos índices de ocorrência de ICSAP em Itaboraí, assim como nos demais municípios pertencentes à zona de abrangência do COMPERJ, quando comparados às frequências encontradas para o Estado do Rio de Janeiro e frequências encontradas em países com sistemas universais de saúde, como a Espanha e Austrália, com níveis de ICSAP de 7 a 13% das hospitalizações totais; apesar das listas a priori não serem comparáveis por possuírem padrões distintos de patologias (Viacava *et al*, 2011). Mesmo assim, tal achado coloca a relevância de se atentar para esse indicador, no escopo de observações sobre a área de influência do COMPERJ, tanto no que ele revela em relação à própria morbidade na área, como também no que potencialmente traduz da existência de problemas no acesso à atenção primária em saúde.

Esta dissertação permitiu o conhecimento do cenário encontrado no município de Itaboraí em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária, no período estudado. Os resultados apontaram uma tendência à redução na frequência de hospitalizações em residentes do município, bem como declínio de internações por CSAP, que corresponderam a 39,2% total de internações no primeiro triênio (2006-2008) e 32,4% entre 2009-2011.

Quando transformadas em taxas, tanto as hospitalizações por CSAP como as por outras causas, em Itaboraí, declinam ao longo dos seis anos pesquisados sendo, porém, que as taxas de ICSAP sofrem uma queda abrupta entre 2010-2011, que parece ser explicada, em grande parte, pelo fechamento da Clínica São Judas Tadeu, que recebia boa parte das internações por CSAP no município, conforme evidenciado. Toledo e Sabroza (2012) analisando as morbidades hospitalares de Itaboraí em 2011, encontram redução nas internações hospitalares como um todo; que segundo estes resultou de mudanças nos procedimentos administrativos que levou ao fechamento do principal hospital privado

conveniada ao SUS e à dramática redução de hospitalizações por *demandas que poderiam ser atendidas na rede básica* (CSAP), como diarreias, asma, hipertensão arterial e desnutrição.

A tendência de redução no total de hospitalizações e a redução da frequência e taxas de internações por CSAP têm sido mostradas em muitos trabalhos publicados no Brasil.

Boing *et al* (2012), também baseados em dados do SIH/SUS, observaram, no período compreendido entre 1998 e 2009, redução anual de 3,7% na taxa de internações por CSAP no Brasil. Ainda no Brasil, Alfradique *et al* (2009) e Macinko *et al* (2010) encontraram, respectivamente, diminuição de 15,8% nas hospitalizações por CSAP e 10,1% para as demais condições, entre 2000-2006, e declínio anual de 5% nas taxas de hospitalização por CSAP entre os anos de 1999 e 2007.

Estudo realizado por Pazó *et al* (2012), no estado do Espírito Santo, mostrou, entre 2005 e 2009, redução de 28,9% para 23,2% na frequência de internações por CSAP em relação ao total de internações.

Focalizando o estado de Minas Gerais, no período compreendido entre 1998 e 2004, outro estudo indicou a estabilidade do total de internações em 1,2 milhões/ano, e redução expressiva das internações por CSAP. Segundo ele, as CSAP caíram de um patamar de 425 mil em 2000 para 354 mil em 2003, com queda na frequência relativa de 33,5%, em 1998, para 29,3%, em 2004 (Perpetuo & Wong, 2006), resultado ainda conservador, comparado a achados que apontaram, em estudo que visava a avaliar a atuação do PSF no mesmo estado, redução de 67% das internações por CSAP entre 1999-2007 (Velooso & Araújo, 2009).

Uma pesquisa de tendência das condições de saúde de idosos brasileiros entre 1998 e 2008, por sua vez, apontou redução de 10% no total de hospitalizações nessa faixa etária, reconhecidamente consumidora de serviços de saúde, também evidenciando redução nas internações por CSAP (Lima-Costa *et al*, 2011).

Centrando-se somente nas condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária, no estado de Goiás, entre 2000 e 2008, Batista *et al* (2011) também identificaram redução das

taxas de hospitalização geral e por estas CSAP, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias.

Enfim, um estudo objetivando medir a qualidade da atenção básica, através da ocorrência de internações *evitáveis* no sul do Brasil, apontou redução das internações por estas causas em ambos os sexos, com declínio de 52,36% em homens e 65,39% em mulheres, entre 1995 e 2004 (Dias-da-Costa *et al*, 2008).

Se por um lado, a tendência de queda no total de internações e nas internações por CSAP observada neste estudo parece ratificar uma situação mais geral, a singularidade do que se observa em Itaboraí, com o fechamento da Clínica São Judas Tadeu, hospital privado contratado pelo SUS, que chegou a registrar mais de  $\frac{3}{4}$  das internações por CSAP de residentes no município, também coloca questionamentos sobre a possibilidade de atribuição do fenômeno a melhorias na atenção primária e expõe riscos sobre inferências ecológicas menos cautelosas.

Com um patamar relativamente estável, em torno de 3600 internações por CSAP, entre 2006 e 2009, a Clínica São Judas Tadeu foi fechada em 2010, apresentando, a partir daí, queda no número total de internações e no número de internações por CSAP. A clínica concentrava cerca de 70% das internações por CSAP de residentes no município até o ano de 2010, sugerindo um padrão de internações bem estabelecido, e até uma possível seleção de pacientes. É de se estranhar, entretanto, que tão substantivo volume de internações que deveriam supostamente ser necessárias, não tenha sido absorvido por outros hospitais. Somente pouco mais de 5% das internações por CSAP realizadas em 2010 pelo referido hospital, parece se acrescentar ao conjunto de ICSAP do Hospital Municipal Desembargador Leal Júnior (HMDLJ) em 2011, que passa a ser o maior responsável por internações por CSAP do município.

O aprofundamento sobre o perfil de internações na Clínica São Judas Tadeu no período seria fundamental para entender se, de fato, o que se observa em relação à ocorrência de ICSAP entre residentes de Itaboraí é fidedigno à realidade. A análise multivariada realizada neste estudo com dados de residentes de Itaboraí, ao isolar o efeito de diferentes fatores e,

especialmente, o efeito de hospitais privados contratados pelo SUS, sugere crescimento das chances de ocorrência de ICSAP no conjunto de internações entre 2006 e 2009, queda em 2010 e um patamar de ICSAP, em 2011, não diferenciado estatisticamente daquele observado em 2009.

A observação superficial dos resultados obtidos poderia facilmente levar a uma associação da queda nas ICSAP ao processo de expansão do PSF/ESF no município de Itaboraí, iniciada na década de 90 e cobrindo em 2009, segundo dados do SIAB, 78,1% da população. Entretanto, a presença de outros fatores intervenientes é clara, incluindo não somente aqueles que, a priori, se esperariam importantes, tais como renda e fatores socioeconômicos e distribuição dos serviços e acesso da população, que sequer puderam ser controlados neste trabalho. Ainda que se possa afirmar que a mudança de paradigma na organização do modelo de saúde realizado pela implantação e expansão do PSF/ESF, desde a década de 1990, reorganizaram e qualificaram os serviços de saúde em Itaboraí, não seria possível associar a queda de ICSAP observada à melhoria da atenção à saúde.

Autores apontam limitações do uso das internações por CSAP como indicador de qualidade da atenção primária prestada, incluindo a cultura de uso dos serviços de saúde pela população estudada, a política de internação hospitalar, morbidade e prevalência da patologia em questão, fatores individuais que se relacionam à hospitalização, assim como a própria definição das patologias ditas “sensíveis” à atenção primária (Homar & Matutano, 2003; Macinko, 2008). Enfim, reconhece-se que as hospitalizações por condições sensíveis são influenciadas por alguns fatores que fogem do controle e da atuação da atenção primária à saúde, além de excluir óbitos e complicações ocorridos fora dos hospitais.

De qualquer forma, inúmeros estudos têm associado diminuição de internações por CSAP no Brasil ao aumento de cobertura do Programa Saúde da Família (PSF) ou, mais recentemente, Estratégia Saúde da Família (ESF). Macinko *et al* (2010) evidenciaram esta associação mesmo após ajustes por condições socioeconômicas, suprimento de serviços de saúde e necessidades de saúde da população. Outros autores, pressupondo ou não a influência de outros fatores, basearam suas conclusões em resultados mais descritivos de

correlação entre a queda das taxas ou proporções de ICSAP e a expansão da atenção básica (Barreto *et al*, 2012; Veloso & Araújo, 2009; Rehem & Egry, 2010).

Há ainda trabalhos que só identificam a queda nas ICSAP, sem identificar uma correlação direta com a expansão do PSF/ESF, como é o caso do estudo de Batista *et al* (2012), desenvolvido em Goiás, centrado especificamente em condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária.

Este trabalho não distinguiu a influência que municípios com populações diferentes podem ter causado sobre a evolução das séries históricas avaliadas. Municípios com maiores portes populacionais podem influenciar de maneira mais relevante os resultados. Todavia, as taxas de ICSAP encontradas para o estado do Rio de Janeiro como um todo foram muito menos expressivas que as referentes à cidade de Itaboraí e municípios da zona de abrangência do COMPERJ. Também as taxas referentes à ocorrência de CSAP por doenças respiratórias chamam a atenção em Itaboraí e municípios da zona de abrangência do COMPERJ, quando comparadas aos resultados referentes ao estado.

Os três principais grupos de causa da CID10 mais frequentes em Itaboraí nos dois triênios estudados foram insuficiência cardíaca, asma e gastroenterites, com redução ao longo do tempo da primeira e terceira, porém, com incremento na frequência relativa da asma entre 2006-2011. Torna-se necessário salientar a existência de um padrão de elevadas taxas e concentrada em alguns grupos diagnósticos bem estabelecidos em Itaboraí ao longo dos dois triênios de estudo. O mesmo padrão não é observado nos outros municípios da zona de abrangência do COMPERJ, tão pouco no Estado.

As altas taxas de hospitalização devido à insuficiência cardíaca encontradas nos três grupos de estudo aproximam-se de estudos brasileiros que apontam a patologia como segunda causa de internação por CSAP no país, com taxa em 2006 de 16,8 por 10.000 habitantes (Alfradique *et al*, 2009). Segundo Junqueira e Duarte (2011) no Distrito Federal a insuficiência cardíaca também é a segunda causa de internação por CSAP, com taxa em 2008 de 14,35 por 10.000 habitantes, concentrada principalmente no sexo masculino e na faixa etária de 60 anos ou mais. Dias-da-Costa *et al* (2008) em estudo realizado entre 1995-2004 em

Pelotas (RS) mostraram que a insuficiência cardíaca foi a principal causa de internação no sexo masculino por CSAP em oito anos dos dez estudados.

Atualmente, com o decréscimo de mortalidade associada às cardiopatias de base, indivíduos portadores de doenças cardiológicas têm maior sobrevida sendo, porém; a fase final comum dentre estas a insuficiência cardíaca (Barretto & Ramires, 1998). A insuficiência cardíaca é uma doença crônica resultante do próprio envelhecimento do sistema circulatório, maior taxa de hospitalização e alta mortalidade em idosos (Barretto, 2001). Os pacientes com insuficiência cardíaca frequentemente necessitam de hospitalizações para compensação do quadro. Estudo recente encontrou que 28,9% dos pacientes portadores da patologia incluídos no estudo precisaram de re-internações por este motivo (Barretto *et al*, 2008). De acordo com Junqueira e Duarte (2011), os fatores de risco conhecidos para insuficiência cardíaca são hipertensão, fumo, obesidade, sedentarismo e histórico familiar. A hipertensão é uma dos fatores que mais contribuem para a incidência da insuficiência cardíaca. Seu controle adequado contribui para a diminuição de casos, assim como menores possibilidades de complicações advindas da patologia já instalada, readmissões e tempo de permanência hospitalar (Barretto, 2001; Caminal *et al*, 2004).

A asma configura como segundo grupo de causa sensível à atenção primária mais frequente em Itaboraí e nos outros municípios pertencentes à zona de abrangência do COMPERJ. Atualmente é um grande problema de saúde pública, apresentando aumento de incidência nas últimas três décadas, e taxas de prevalência entre 15-20% em países como a Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia, Irlanda, Brasil e Costa Rica (Kuschnir *et al*, 2007). Macedo *et al* (2007) encontraram como fatores associados à prevalência da asma: sexo feminino, faixa etária entre 60-69 anos, baixa escolaridade, baixa renda familiar, histórico familiar de asma, atopia pessoal, tabagismo e distúrbios psiquiátricos menores. Fatores de risco não menos importantes para o desenvolvimento da asma são os ambientais, como os alérgenos, aumento da poluição atmosférica, variações climáticas e tabagismo (Moura *et al*, 2010). Outros fatores de risco para o desenvolvimento da asma descritos em literatura são: carga genética, dieta, estresse, uso de antibióticos, parto cesariana, aleitamento materno, exposição a animais e tamanho e estrutura familiar (Padmaja *et al*, 2009). Alta representatividade da asma em escolares da Baixada Fluminense já foi relatado em literatura (Kuschnir *et al*, 2007). Ressalta-

se que importantes fatores de risco para a representatividade dessa patologia no município seriam a poluição ambiental, variações climáticas; além das predisposições pessoais.

As doenças crônicas apresentaram grande prevalência em Itaboraí e nos outros municípios COMPERJ, entre os cinco principais grupos de causa, quando comparados ao Estado. Em Itaboraí as doenças crônicas representadas por insuficiência cardíaca, asma e outras Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC) responderam por 58,90% das internações por CSAP no primeiro triênio estudado; nos outros municípios do COMPERJ, 45,10% das ICSAP foram atribuídas à insuficiência cardíaca, asma, outras DPOC e doenças cerebrovasculares. As doenças crônicas foram responsáveis por mais da metade das ICSAP de idosos no estado do Rio de Janeiro entre 2000 e 2010, sendo dois grandes grupos de causas as DPOC e insuficiência cardíaca (Marques, 2012). No tocante às doenças crônicas, a atenção ambulatorial efetiva, através da detecção das populações expostas, tratamento adequado e continuidade do cuidado diminuiriam significativamente as internações. Porém, um fator complicador em relação às doenças crônicas é a adesão aos tratamentos farmacológico e não farmacológico, pois depende da aceitação do paciente em relação à doença, ao tratamento e do acesso a este. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2003), a adesão em países desenvolvidos entre pacientes portadores de doenças crônicas, bem concentradas na população idosa, é de apenas 50%, com magnitudes maiores em países onde a população tem dificuldade em acessar os cuidados em saúde.

As gastroenterites configuraram como terceira causa de ICSAP em Itaboraí nos dois triênios e como quarta causa entre 2006-2008 e quinta causa entre 2009-2011 no estado do Rio de Janeiro. Estudo de Pazó *et al* (2012) objetivando descrever o perfil de internações por CSAP no estado do Espírito Santo também encontrou, no período 2005-2009, as gastroenterites como umas das causas mais frequentes de ICSAP, junto às pneumonias, insuficiência cardíaca e infecção no rim e trato urinário. Perpetuo e Wong (2006) encontraram em Minas Gerais no período compreendido entre 1998-2004 como cinco principais causas de internação por CSAP as pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, gastroenterites, bronquites e doença pulmonar obstrutiva crônica e saúde mental.

Há vasta literatura apontando representatividade expressiva de internações por gastroenterites em locais com grande concentração de pobreza, assim como estudos associando precárias condições socioeconômicas com prevalência de diarreias, especialmente em localidades vulneráveis, com precárias condições de saneamento e de vida propriamente dita (Waldman *et al*, 1997; Genser *et al*, 2008). A atenção básica nestas patologias agudas seria primordial para detecção de populações vulneráveis, tratamento e prevenção de complicações.

Torres *et al* (2013) encontraram que 15,50% das internações de menores de 5 anos em Itaboraí foram devido a diarreias, associando estes elevados números às precárias condições de saneamento dos domicílios, influenciados principalmente pelo crescimento desordenado, adensamento populacional e ocupação de áreas periurbanas e rurais.

De acordo com os resultados encontrados, a probabilidade de que o diagnóstico principal de internação fosse por uma condição sensível à atenção primária aumenta com as características: ser do sexo masculino, extremos de idade, declarar-se de cor parda, ter sido internado em unidades privadas contratadas do SUS, ter tido permanência hospitalar de mais de cinco dias e não ter feito uso de UTI.

Encontrar mais internações por condições sensíveis no sexo masculino é vastamente descrito em literatura. Pinheiro *et al* (2002) ressaltam que mulheres utilizam mais serviços de saúde do que homens, principalmente no tocante a serviços preventivos. Já os homens possuem registros maiores de uso de serviços de urgência e emergências, que pode ser justificada pelo fato de, quando procurarem assistência médica, suas patologias estejam em estágios mais avançados, que contribui para menores possibilidades de cura ou tratamento (Pinheiro *et al*, 2002). O maior consumo de álcool, drogas e tabagismo são outros fatores que expõem os homens a mais a riscos de saúde ao longo da vida; quando comparados às mulheres (Jinez *et al*, 2009). Estudando hospitalizações por CSAP no Distrito Federal, Junqueira e Duarte (2011) encontraram taxas superiores entre mulheres jovens quando comparadas às taxas dos homens. Marques (2012) encontrou entre as internações por CSAP entre idosos no Estado do Rio de Janeiro entre 2000-2010 que a população masculina tem maior risco de internar por estas causas, especialmente nas doenças pulmonares obstrutivas

crônicas, quando esse risco é duplicado em relação ao sexo feminino. Todavia, Dias da Costa *et al* (2008) encontraram frequências e taxas de internações por CSAP no sexo feminino maiores que no sexo masculino; inclusive com relação direta entre estas e o avançar da idade em Pelotas (RS), entre 1995 e 2004.

A associação positiva entre hospitalizações por CSAP e extremos de idade observada no presente estudo também já foi apontada em outras pesquisas. Junqueira e Duarte (2011) encontraram taxas de internações por CSAP significantes em crianças com menos de um ano de idade, importante redução nas faixas etárias seguintes (1 a 29 anos) e após estas, aumento gradual com o avançar da idade. Caldeira *et al* (2011) encontraram associada às internações por CSAP idade menor que dois anos de idade. Fernandes *et al* (2009) concluíram que idade igual ou superior a 60 anos se associava estatisticamente com ICSAP. Nedel *et al* (2008) encontraram associações entre ICSAP e extremos de idade, igualmente entre homens e mulheres em Bagé (RS). Pazó *et al* (2012) encontraram maior frequência de ICSAP entre crianças menores de quatro anos e idosos, sendo neste último o coeficiente de internação dez maior que o de adultos.

Idosos procuram mais serviços de saúde por adquirirem complicações crônicas de saúde ao longo da vida. Trabalhos sugerem que mais de 85% dos idosos brasileiros apresentam pelo menos uma enfermidade crônica e cerca de 15% têm pelo menos cinco destas doenças, como hipertensão e diabetes (Novaes, 2007). Maior prevalência de internações por CSAP em idosos pode ser justificada neste estudo pelo fato do município já ter feito sua transição epidemiológica, fenômeno este que tem como característica transferir a maior carga de morbi-mortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos (Veras, 2002).

Na literatura encontram-se alguns fatores associados às internações pediátricas evitáveis, dentre eles: sexo, renda familiar, nível de escolaridade dos pais, maior disponibilidade de leitos hospitalares, baixo peso ao nascer e fatores ligados à organização dos serviços na atenção primária (Casanova *et al*, 1996; Silva *et al*, 1999; Friedman & Basu, 2001). Nesta faixa etária a atenção básica pode ser oportuna na redução das internações através da prevenção ligada a patologias imunopreveníveis, tratamento oportuno de patologias agudas, como as gastroenterites, evitando complicações e controle das doenças

crônicas, a exemplo da asma, reduzindo assim suas complicações e hospitalizações (Casanova *et al*, 1996; Sarinho *et al*, 2007).

Nedel *et al* (2008) concluem em estudo transversal realizado entre 2006 e 2007 em unidades públicas de saúde em Bagé (RS) que a probabilidade que o diagnóstico principal de internação fosse por CSAP aumentava com as seguintes características: ser do sexo feminino, ter idade menor de cinco anos, escolaridade menor de cinco anos, hospitalização no ano anterior à pesquisa, consulta prévia à internação em serviço de emergência e estar internado em hospital universitário. Os mesmos ainda encontraram associados à probabilidade de CSAP em mulheres: faixa etária, escolaridade, tempo de funcionamento da unidade de saúde, ser usuária do PSF, consulta médica na emergência no mês anterior à pesquisa e hospital de internação; em homens se associaram faixa etária, ter sofrido outra internação no ano anterior à entrevista e hospital de internação.

Fernandes *et al* (2009) encontraram associação entre ICSAP e variáveis dos pacientes, como internação prévia, visitas regulares a unidades de saúde, baixa escolaridade, controle de saúde não realizado por equipe PSF/ESF, internação solicitada por médicos que não atuam no PSF/ESF e idade igual ou superior a 60 anos. Os mesmos concluíram, ainda, que o controle regular de saúde realizado fora do PSF/ESF duplica a probabilidade de internação por estas causas em Montes Claros, Minas Gerais.

Dias da Costa *et al* (2010) encontraram associadas com internações por CSAP no sexo masculino: idade igual ou maior a 50 anos, escolaridade entre cinco e sete anos, histórico de fumo, portadores de transtornos psiquiátricos menores e consultas médicas no ano anterior à pesquisa. Em mulheres os mesmos encontraram associados a estas internações fatores como: faixa etária entre 60-69 anos, escolaridade entre cinco e sete anos e consultas médicas no ano anterior à pesquisa.

Mais estudos serão necessários para examinar fatores associados com as hospitalizações por CSAP, incluindo estudo de avaliação da qualidade e cobertura da atenção primária existente no Município e “itinerário terapêutico” percorrido pelos usuários SUS. Estas avaliações se tornam importantes para o completo entendimento dos hábitos de uso de

serviços de saúde pela população residente em diferentes áreas do município, que pode explicar um pouco mais da complexa rede de fatores envolvidos no padrão de uso de serviços de saúde de residentes do município.

## CONCLUSÃO

De acordo com Nedel *et al* (2008), o estudo das internações por CSAP não objetivam avaliar determinantes dos pacientes e/ou do profissional de saúde que leve à hospitalização. Estas são fruto de como as políticas de saúde se dão no território, especialmente as de atenção primária.

Os resultados encontrados apontam para uma diminuição ao longo do tempo das internações por CSAP nos três grupos estudados. Contudo, as frequências e taxas de ICSAP em Itaboraí foram maiores que o grupo de municípios na zona de abrangência do COMPERJ, assim como bem superiores aos números encontrados no Estado. As condições sensíveis se concentraram de forma bem representativa em unidades conveniadas ao SUS e unidades estaduais (em 2009), sugerindo fluxos como seleção de pacientes nestas unidades, principalmente as contratadas. A distribuição de CSAP por grupo de causas CID 10 aponta para um padrão de elevadas taxas e concentradas em alguns diagnósticos de forma muito bem estabelecida entre os dois triênios, diferindo assim dos outros dois grandes grupos estudados.

Entre os cinco principais grupos de causa relacionados às CSAP em Itaboraí, 58,90% são representadas por doenças crônicas e somente uma é uma patologia aguda, porém ligada fortemente a determinantes sociais como concentração de pobreza e precárias condições de infraestrutura urbana. Este resultado levanta um debate sobre as doenças crônicas, patologias estas que hoje possuem elevados índices de morbidade no país, após o fenômeno de transição epidemiológica experimentado. A atenção básica teria papel fundamental não só na detecção de casos, tratamento adequado e prevenção de complicações do quadro; seu potencial em relação a estas patologias vai além: atenção básica oportuna e resolutiva permite o acompanhamento do paciente, influenciando fortemente os resultados frente à adesão ao tratamento.

O estudo encontrou como associados a maior probabilidade de uma internação ser motivada por uma CSAP: sexo masculino, extremos de idade, declarar-se de cor parda, ter

sido internado em unidades privadas contratadas do SUS, ter tido permanência hospitalar de mais de cinco dias e não ter feito uso de UTI; algumas destas bem embasadas em literatura científica.

O fenômeno de concentração das internações de forma tão representativa na Clínica São Judas Tadeu e seu fechamento em 2010; que não veio acompanhado de diminuição das chances de ocorrência de ICSAP no conjunto de internações em 2011, quando comparado ao período compreendido entre 2006-2009 (conforme evidenciado após análise multivariada) impede a possível associação entre diminuição das internações por possível melhora da qualidade dos serviços públicos de saúde. Soma-se a isso um limite relacionado ao SIH/SUS: não se pode ignorar a indisponibilidade de variáveis que seriam essenciais não somente para indicar características da atenção primária ofertada e do acesso e uso aos serviços (como por exemplo, o uso pregresso de serviços de atenção primária), como também condições socioeconômicas da população considerada. Tais variáveis permitiriam explorar melhor possíveis explicações sobre a diminuição das internações por CSAP evidenciada, relacionando-a ou não à melhora na qualidade de serviços primários de saúde.

Por outro lado, o SIH/SUS só contempla internações cobertas pelo SUS, deixando de fora as internações privadas pagas por planos de saúde ou do próprio bolso. Estima-se que as internações realizadas no sistema público de saúde representem, em nosso país, cerca de 80% do total de internações (Mendes *et al*, 2000), não sendo impertinente admitir a possibilidade de na realidade do Rio de Janeiro, este percentual ser um pouco menor.

Mesmo com todas as limitações já classicamente descritas, o SIH/SUS tem potencial para prover insights acerca da morbidade e qualidade da atenção à saúde e tem sido amplamente utilizado em estudos, que podem posteriormente ser aprofundados com a busca de dados primários.

O estudo forneceu um panorama em relação às CSAP em Itaboraí, abrindo possibilidades para um posterior aprofundamento em relação aos determinantes sociais e estruturais relacionados à qualidade dos serviços de atenção à saúde ofertados no município; obtidos através de coleta de dados primários.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alfradique MA, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, De Simoni C, Turci MA. 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). *Caderno de Saúde Pública*. 2009;25(6):1337-1349.

Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2012;28(3):515-526.

Barretto ACP. Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira de Hipertensão*. 2001;8:1-12.

Barreto ACP, Del Carlo CH, Cardoso JN, Morgado PC, Munhoz R, Eid MO, Oliveira MTJ, Scipioni AR, Ramires JAF. Re-Hospitalizações e Morte por Insuficiência Cardíaca: Índices ainda alarmantes. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 2008;91(5):335-341

Barretto ACP, Ramires JAF. Insuficiência cardíaca. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. 1998; 71(4):635-642

Batista SRR, Jardim PCBV, Sousa ALL, Salgado CM. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Revista de Saúde Pública*. 2012;46(1):34-42.

Billings J, Zeitel L, Lukomnic J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*. 1993;12(1):162-73.

Bindman AB, Chattopadhyay A, Auerback GM. Medicaid re-enrollment policies and children's risk of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Medical Care*. 2008;46(10):1049-1054.

Boing AF, Vicenzi RB, Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Lindner SR, Peres MA. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev Saúde Pública*. 2012;46:359-66.

Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable hospitalizations and socioeconomic status. *Health Affairs*. 1998;17(2):177-189.

Buss PM, Pellegrini AF. A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.

Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2011;11(1):61-71.

Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *European Journal of Public Health*. 2004; 14(3):246-251.

Caminal- Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria*. 2003;31:61-65.

Carter M, Datti B, Winters J. ED visits by older adults for ambulatory care-sensitive and supply sensitive conditions. *The American Journal of emergency Medicine*. 2006;24(4):428-434.

Casanova C, Starfield B. Hospitalization of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services*. 1995;25(2):283-294.

Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Internacional Journal of quality in Health Care*. 1996;8(1):51-59.

Casanova MC, Peiro PR, Barba AG, Salvador VX, Colomer RJ, Torregrosa BMJ. Avoidable pediatric hospitalization in the Community of Valencia and Catalonia. *Gaceta Sanitaria*. 1998;12(4):160-168.

Cousineau MR, Stevens GD, Pickering TA. Preventable hospitalizations among children in California counties after child health insurance expansion initiatives. *Medical Care*. 2008;46(2):142-147.

DATASUS. Cadernos de Informações em Saúde. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>>. [Acesso em 12/06/2012].

Dias da Costa JS, Reis MC, Filho CVS, Linhares RS, Piccinini F, Fantinel E. Prevalence of hospitalization and associated factors in Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 2010;44(5):1-10.

Dias da Costa JS, Borba LG, Pinho MN, Chatkin M. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2008;24(7):1699-1707.

Donabedian, A. *The quality of Care: How can it be assessed?* JAMA. 1988;260(12),1743-1748.

Donabedian, A. Promoting Quality through Evaluating the Process of Patient Care. *Medical Care*. 1968;6(3),181-202.

Donabedian A. *An introduction to Quality Assurance in Health Care*. NY:Oxford University Press; 2003.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*. 1990,114(11):1115-1118.

Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2008;11(4):633-47.

Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Neto JFR. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista Saúde Pública*. 2009; 43(6):928-36.

Fundação Centro Estadual de Estatísticas Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ). *Anuário Estatístico On-line*. Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Disponível em <<http://www.fesp.rj.gov.br>>. [Acesso em 25/06/2012].

Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. *American Journal Managed Care*. 2001;7:473-81.

Genser B, Strina A, Santos LA, Teles CA, Prado MS, Cairncross S, Barreto ML. Impact of a city-wide sanitation intervention in a large urban center on social, environmental and behavioural determinants of childhood diarrhea: analysis of two cohort studies. *Int Journal Epidemiology*. 2008;37:831-40.

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCA. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(3):783-794.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios. Sistema de Recuperação Automática (SIDRA). Resultados do universo de 2010. Disponível em <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/pesquisas/ams/default.asp>. [Acesso em 25/06/2012].

IOM. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press; 1990.

IOM. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Committee on quality of health care in America. Washington, DC: National Academy Press;2001.

Jinez L, Souza J, Pillon S. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2009;17.

Jornal O São Gonçalo (redação). *Hospital municipal de Itaboraí está com demanda crescente*. Disponível em <http://www.osaoqoncalo.com.br/site/geral/2012/5/31/40676/hospital+municipal+de+itabora%C3%AD+est%C3%A1+com+demanda+crescente>. [Acesso em 25/06/2012].

Jornal O São Gonçalo (redação). *COMPERJ piora qualidade do ar em Itaboraí*. Disponível em <http://www.osaoqoncalo.com.br/site/geral/2012/1/9/35887/comperj+piora+ar+de+itabora%C3%AD>. [Acesso em 25/06/2012].

Junqueira RMP, Duarte EC. Hospitalizations due to ambulatory care-sensitive conditions in the Federal District, Brazil, 2008. *Revista de Saúde Pública*. 2011;57(8):1429-41.

Kuschnir FC, da Cunha AJLA, Braga DAC, da Silveira HHN, Barroso MH, Aires ST. Asma em escolares de 13 e 14 anos do Município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, Brasil: estimativas de prevalência, gravidade e diferenças de gênero. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(4):919-926.

Laditka JN, Laditka SB, Mastanduno MP. Hospital utilization for ambulatory care sensitive conditions: health outcome disparities associated with race and ethnicity. *Social Science & Medicine*. 2003;57(8):1429-41.

Lima CM (organizadora). *Por uma Itaboraí saudável*. Projeto Cidades Saudáveis. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Lima-Costa MFL, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3689-3696.

Long AF. *Health services performance*. New Hampshire MA: Groom Helm LTD, 1985.

Macedo SEC, Menezes AMB, Knorst M, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Olinto MTA, Fiss E. Fatores de risco para a asma em adultos, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23(4):863-874.

Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo P, Lima-Costa MF. The influence of Hospital and Primary Care supply on ambulatory care sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. *American Journal of Public Health*. 2010; 101(10):1963-1970

Macinko J. *III Seminário Internacional de Atenção Primária - Saúde da Família*. Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2008. [acessado em 2013 jun 20]. Disponível em:[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario\\_internacional\\_relatorio\\_atividades.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf)

Magan P, Otero A, Alberquilla A. Geographic variations in avoidable hospitalizations in elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Services Research*. 2008;8:42.

Marques, AP. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo de evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro, 2012. [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Mendes ACG, Silva JBJ, Medeiros KR, Lyra TM, Melo DAF, Sá DA. Avaliação do Sistema de Informações Hospitalares – SIH/SUS como fonte complementar na vigilância e monitoramento de doenças de notificação compulsória. Informe Epidemiológico do SUS. 2000;9(2):67-86.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº221 de 17 de abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial. Imprensa Nacional. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-22>>. [Acesso em 17/02/2012].

Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, Dourado I. 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. 2010;10(1):583-591.

Moysés, YS. O COMPERJ: modelo de desenvolvimento hegemônico e contradições no espaço local (Itaboraí, Rio de Janeiro). Revista Geografar (UFPR). 2010;5:1-24.

Mudjalieb, AA. Produção de informação e conhecimento e práticas de participação popular na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Itaboraí, RJ. [Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Nayar P, Nguyen AT, Apenteng B. Preventable Hospitalizations: Does rurality or non-physician clinician supply matter? Journal Community Health. 2012;37:487-494.

Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LA, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Revista Saúde Pública. 2008;42(6):1041-52.

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. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2010;19(1):61-75.

Novaes, MRCG (organizadora). Assistência farmacêutica ao idoso\_ uma abordagem multiprofissional. Série Saúde. Brasília: Thesaurus; 2007.

Padmaja S, Piush JM, Malcolm RS. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *Can Med Assoc J*. 2009;181(9).

Pandeff, PA et al; *Avaliação de Impactos Socioambientais da Indústria Petroquímica: o caso do Comperj e a APA-Guapimirim/RJ*. Trabalho apresentado no IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão – Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niterói, RJ, Brasil, 31 de Julho, 01 e 02 de Agosto de 2008.

Paramore LC, Elixhauser A. Assessment of quality of care for managed care and fee-for-service patients based on analysis of avoidable hospitalizations. *Value Health*. 1999; 2(4):258-268.

Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21:275-82

Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. *Anais do Seminário de Economia Mineira*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2006.

Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.

Portal do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desenvolvimento Humano e IDH. Disponível em <<http://www.pnud.org.br/IDH.aspx>>.[Acesso em 15/07/2012].

Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4755–4766.

Sarinho E, Queiroz GRS, Dias MLCM, Silva AJQ. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 2007;33:365-71.

Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-Net). DATASUS. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. [Acesso em 20/06/2012].

Secretaria de Saúde e Defesa Civil. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009. 266 pág.

Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação. Caderno ITADADOS 2005/2006. Prefeitura Municipal de Itaboraí. 2007.108 pág.

Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 1999;15:749-57.

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

Tang N, Stein J, Hsia RY, Maselli JH, Gonzales R. *Trends and Characteristics of US Emergency Department Visits, 1997-2007*. *JAMA*. 2010;304(6):664–670.

Toledo LM e Sabroza PC. *Plano de Monitoramento Epidemiológico do Processo de Implantação do COMPERJ – Síntese Anual 2010-Monitoramento da Evolução de causas relevantes de adoecimento e morte nos municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu: a situação epidemiológica em 2010*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Toledo LM e Sabroza PC. *Plano de Monitoramento Epidemiológico do Processo de Implantação do COMPERJ – Síntese Anual 2011-Monitoramento da Evolução dos indicadores de saúde e segurança nos municípios de Itaboraí, Guapimirim e Cachoeiras de Macacu e no Distrito de Monjolos (São Gonçalo)*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.

Torres RMC, Bittencourt SA, de Oliveira RM, Siqueira ASP, Sabroza PC, Toledo LM. Uso de indicadores de nível local para análise espacial da morbidade por diarreia e sua relação com as condições de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1441-1450.

Veloso RC, de Araújo MRN. Avaliação da resolutividade do Programa Saúde da Família em municípios de pequeno porte no Estado de Minas Gerais. *Revista Atenção Primária à Saúde*. 2009;12(3):238-243.

Veras RP. Terceira idade: gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro, Relume Dumará. 2002;11-79.

Viacava F, Laguardia J, D Ugá MA, Porto SM. PROADESS: avaliação de desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório final. Rio de Janeiro: Laboratório de Informações em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

Waldman EA, Barata RCB, Moraes JC, Guibu IA, Timenesky MCST. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos, em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. *Revista de Saúde Pública*. 1997;31:62-70.

World Health Organization – WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Library Cataloguing-in-Publication*;2003.

**ANEXOS**

*Anexo 1- Portaria nº221 de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária*

---

**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

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1.1	Coqueluche	A37
1.2	Difteria	A36
1.3	Tétano	A33 a A35
1.4	Parotidite	B26
1.5	Rubéola	B06
1.6	Sarampo	B05
1.7	Febre Amarela	A95
1.8	Hepatite B	B16
1.9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1.11	Tuberculose miliar	A19
1.12	Tuberculose Pulmonar	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
1.16	Outras Tuberculoses	A18
1.17	Febre reumática	I00 a I02
1.18	Sífilis	A51 a A53
1.19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	
2.1	Desidratação	E86
2.2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3.1	Anemia por deficiência de ferro	D50

4	Deficiências Nutricionais	
4.1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4.2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5.1	Otite média supurativa	H66
5.2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5.3	Sinusite aguda	J01
5.4	Faringite aguda	J02
5.5	Amigdalite aguda	J03
5.6	Infecção Aguda VAS	J06
5.7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6.1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6.2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6.3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6.4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6.5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7.1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8.1	Bronquite aguda	J20, J21
8.2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8.3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41

8.4	Bronquite crônica não especificada	J42
8.5	Enfisema	J43
8.6	Bronquectasia	J47
8.7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9.1	Hipertensão essencial	I10
9.2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10.1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11.1	Insuficiência Cardíaca	I50
11.3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12.1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13.1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13.2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	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
13.3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14.1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15.1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15.2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11

15.3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15.4	Cistite	N30
15.5	Uretrite	N34
15.6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16.1	Erisipela	A46
16.2	Impetigo	L01
16.3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16.4	Celulite	L03
16.5	Linfadenite aguda	L04
16.6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17.1	Salpingite e ooforite	N70
17.2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17.3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17.4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17.5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17.6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19.1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23

19.2	Sífilis congênita	A50
19.3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

