

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Ester Elizabeth Tortosa de Freitas Macedo Bragato

Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2017

Campo Grande

2020

Ester Elizabeth Tortosa de Freitas Macedo Bragato

Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2017

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica.

Orientação da Prof^ª. Dr^ª. Luiza Helena de Oliveira Cazola.

Campo Grande

2020

Hospitalizations for conditions sensitive to primary care in children under five years of age in Mato Grosso do Sul from 2008 to 2017.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B813i Bragato, Ester Elizabeth Tortosa de Freitas Macedo.
Internações por condições sensíveis à atenção primária
em crianças menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul
no período de 2008 a 2017 / Ester Elizabeth Tortosa de
Freitas Macedo Bragato. -- 2020.
68 f. : il. ; graf. ; tab.

Orientadora: Luiza Helena de Oliveira Cazola.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz,
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Campo
Grande-MS, 2020.

Hospitalização. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Estratégia Saúde da Família. 4. Saúde da
Criança. 5. Política Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.7098171

Ester Elizabeth Tortosa de Freitas Macedo Bragato

Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos no Mato Grosso do Sul no período de 2008 a 2017

Dissertação elaborada no curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE e apresentada ao Programa de Pós-graduação em rede Saúde da Família, na Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Saúde da Família. Programa proposto pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), com a coordenação acadêmica da Fundação Oswaldo Cruz e integrado por instituições de ensino superior associadas em uma Rede Nacional. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na Atenção Básica.

Aprovada em: 27 de novembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof.^a. Dra. Elen Ferraz Teston
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof.^a. Dra. Inara Pereira da Cunha
Fundação Oswaldo Cruz - Mato Grosso do Sul

Prof.^a. Dra. Luiza Helena de Oliveira Cazola (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Mato Grosso do Sul

Campo Grande

2020

Dedico essa dissertação primeiramente a Deus que me deu a oportunidade de cursar o Ensino Superior e o Mestrado, e que me deu saúde e força para me dedicar a este trabalho. Dedico também ao meu pai Aloisio de Freitas Macedo (in memoriam) que me deu condições de estudar e ter o conhecimento necessário para concluir essa etapa, além disso, me deu segurança e todo apoio para trilhar minha profissão e seguir meu caminho com independência. Dedico ao meu marido Érico Gindri Bragato que me encorajou a fazer a seleção para o Mestrado e acreditou em mim mais do que eu mesma. À minha sogra Rosemari Gindri que sempre me incentivou a me dedicar à trajetória acadêmica. Dedico ao meu filho João Gabriel Macedo Bragato porque tudo o que eu faço para o meu aprimoramento é pensando em lhe dar exemplo e melhores condições para sua educação.

AGRADECIMENTO

Agradeço à Deus pela vitória, ao meu pai Aloisio de Freitas Macedo (*in memoriam*), pela criação, pelo amor e pela educação; ao meu marido Érico Gindri Bragato pelo apoio nas atividades práticas do dia-a-dia e pelo apoio emocional. À minha orientadora Prof^a Dr^a Luiza Helena de Oliveira Cazola e à Amanda Zandonadi de Campos que estiveram sempre muito presentes durante toda a elaboração dessa dissertação.

*Curar quando possível; aliviar quando
necessário; consolar sempre.
(Hipócrates, s.d, s.p.)*

RESUMO

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é um indicador de avaliação de saúde baseado em um conjunto de enfermidades que, se tratadas de forma eficaz na Atenção Primária e em tempo oportuno, reduzem o risco de internações hospitalares. A utilização deste indicador permite que os gestores consigam melhorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, já que possibilita avaliar o desempenho da Atenção Primária. Este trabalho teve como objetivo analisar a correlação entre a taxa de ICSAP em menores de cinco anos e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, no Estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2017. Trata-se de um estudo ecológico que utilizou dados secundários: internações que foram obtidas por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponível no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); cobertura da Estratégia Saúde da Família coletada no site e-Gestor, de informação e gestão da Atenção Básica; e os dados populacionais que foram retirados do site do DATASUS baseados em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao período determinado pelo estudo. O número de registros de crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária durante a década da pesquisa foi 57766. As gastroenterites infecciosas e complicações foi o grupo de patologia mais prevalente, responsável por 39,43% (22.782) das ICSAP, seguido pelo grupo das pneumonias bacterianas com 15,72% (9.081) e doenças pulmonares que atingiu 13,50% (7.803), cujo principal representante é a bronquite aguda. Dois grupos (gastroenterites infecciosas e complicações; e asma) dentre os nove grupos com $p < 0,05$ tiveram correlação negativa. A pesquisa revelou decréscimo das ICSAP, em especial desses dois grupos. Tais informações são capazes de direcionar as ações dos gestores para os grupos com correlação positiva visando à implantação e/ou implementação de políticas que diminuam as internações por esses grupos.

Palavras-Chave: Internação. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Saúde da Criança.

ABSTRACT

Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) is an indicator of health assessment based on a set of diseases that, if treated effectively in Primary Care and in a timely manner, reduce the risk of hospital admissions. The use of this indicator allows managers to improve the planning and management of health services, as it makes it possible to evaluate the performance of Primary Care. This study aimed to analyze the correlation between the rate of HACSC in children under five and the coverage of the Family Health Strategy, in the State of Mato Grosso do Sul, in the period from 2008 to 2017. This is an ecological study that used secondary data: admissions that were obtained through the Hospital Information System (SIH) available on the website of the SUS Computer Department (DATASUS); coverage of the Family Health Strategy collected on the e-Manager website, for information and management of Primary Care; and population data that were taken from the DATASUS website based on information from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) for the period determined by the study. The number of records of children under the age of five hospitalized for conditions sensitive to primary care during the decade of the survey was 57766. Infectious gastroenteritis and complications was the most prevalent pathology group, responsible for 39.43% (22,782) of ICSAP, followed by the group of bacterial pneumonias with 15.72% (9,081) and lung diseases that reached 13.50% (7,803), whose main representative is acute bronchitis. Two groups (infectious gastroenteritis and complications; and asthma) among the nine groups with $p < 0.05$ had a negative correlation. The survey revealed a decrease in ICSAP, especially in these two groups. Such information is able to direct the actions of managers towards groups with a positive correlation aiming at the implementation and / or implementation of policies that reduce hospitalizations by these groups.

Keywords: Admission. Primary Health Care. Family Health Strategy. Child Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Gráfico da cobertura da Estratégia Saúde da Família e taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por 1.000 habitantes menores de cinco anos de idade no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017	40
Gráfico 2 - Gráficos da correlação da cobertura da Estratégia Saúde da Família com os dois grupos de doenças que tiveram correlação negativa e com os dois grupos de doenças que tiveram correlação positiva com maior variação da taxa de prevalência, no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017	42
Quadro 1- Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária	64

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Número de habitantes menores de cinco anos, número total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e número de internações em geral em menores de cinco anos, taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por 1.000 habitantes menores de cinco anos e cobertura da Estratégia Saúde da Família, no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017 39
- Tabela 2 - Correlação entre a taxa das ICSAP e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, a prevalência e sua respectiva variação em cada grupo de doenças no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017 41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensão
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10	Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EQN	Estratégia QualiNEO
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Mato Grosso do Sul
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OECD	<i>Organization for Economic Cooperation and Development</i>
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

Pnaisc	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa Saúde da Família
SESP	Fundação Serviço Especial de Saúde Pública
SNS	<i>Sistema Nacional de Salud</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL	16
2.2	INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL	21
2.3	ESTRATÉGIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	23
3	OBJETIVOS	29
3.1	OBJETIVO GERAL	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
4	METODOLOGIA	29
4.1	TIPO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	29
4.2	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	29
4.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	30
4.4	ASPECTOS ÉTICOS	30
5	RESULTADOS	31
5.1	ARTIGO.....	32
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
	REFERÊNCIAS	55
	ANEXO A - Lista de condições sensíveis à Atenção Primária	63
	ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	66

1 INTRODUÇÃO

Após quatro décadas da proposta trazida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, no ano de 1978, as discussões em torno da temática ainda provocam reflexões sobre o desempenho do modelo adotado (CUETO, 2018).

À época, essa pauta em defesa da promoção da saúde, culminou no Brasil com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual foi regulamentado em 1990 por meio da lei 8.080. Esse dispositivo legal traz que o Estado é o responsável pela garantia da saúde por meio da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos. Ainda, cita que o Estado deve estabelecer condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Na perspectiva de enfatizar a oferta de saúde coletiva, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) foi o meio utilizado para operacionalização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Mais tarde, em 2006, o PSF passa a ser intitulado como Estratégia Saúde da Família (ESF), na tentativa de caracterizar uma proposta de reorientação de sistemas e serviços de saúde e não apenas como um programa focalizado e seletivo, com oferta limitada de serviços dirigida a populações mais pobres (PAIM, 2012).

Considerado um modelo nacional de APS em expansão, a ESF configura-se como a estratégia primordial para o aumento do acesso de primeiro contato aos serviços de saúde no SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Tal concepção foi reafirmada em 2011, quando da publicação do Decreto nº 7.508, o qual regulamentou a Lei 8.080 e ratificou a APS como ordenadora do acesso universal e igualitário, caracterizando-a como porta de entrada para os demais níveis de atendimento no SUS (BRASIL, 2011a). Dessa forma, no intuito de verificar se a implementação da estratégia vem provocando mudanças efetivas no desempenho do sistema de saúde, desde a mudança de seu foco, ficou evidente a necessidade de avaliação dos resultados obtidos por meio desse novo paradigma (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Neste contexto, em Nova Iorque, na década de 1990, já havia sido criado por Billings *et al.* (1993), um indicador com a finalidade de se avaliar os serviços oferecidos pela atenção primária, intitulado “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP), cujo objetivo visa quantificar as internações que poderiam ser evitadas pelo atendimento resolutivo e no tempo adequado na APS. Isso significa que, quando existem altos índices de ICSAP, pode

estar havendo dificuldades de acesso aos serviços de Atenção Primária ou diminuição da sua resolutividade (BILLINGS *et al.*, 1993).

A utilização deste indicador permite que os gestores consigam melhorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, já que possibilita avaliar o desempenho da APS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Ele pode ser considerado como o ponto de partida para direcionar as ações no âmbito da APS, já que é capaz de mensurar a qualidade dos serviços de saúde e identificar os pontos críticos que merecem intervenção, bem como avaliar se as ações estratégicas implementadas na comunidade têm sido efetivas e estão modificando o perfil de morbimortalidade da população (MAIA *et al.*, 2019). No Brasil, em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 221, de 17 de abril, definiu a primeira lista brasileira de ICSAP, com 120 categorias da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), reunidas de acordo com a probabilidade de intervenções e a relevância das injúrias, que originou 19 grupos de diagnósticos. A partir de então, a lista brasileira ficou definida como instrumento de avaliação da APS, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

No Brasil, entre 2000 e 2015, as gastroenterites infecciosas foi o grupo de diagnóstico mais prevalente em menores de um ano (39,2%). No período neonatal, o grupo da sífilis congênita e outras infecções congênicas obteve maior prevalência (29,5%). As ICSAP por sífilis congênita e outras infecções congênicas apresentaram aumento percentual anual de 24,8%. Houve também aumento nas taxas de ICSAP por doenças pulmonares e por infecções do rim e trato urinário. Ficaram estáveis as taxas de ICSAP por pneumonias bacterianas e diminuíram em 16% as taxas por gastroenterites (PINTO JUNIOR *et al.*, 2020).

Diante da ferramenta de avaliação citada e considerando a necessidade de monitoramento da APS, mormente nos grupos mais suscetíveis às situações de risco e vulnerabilidade à saúde, como por exemplo, as crianças na primeira infância (BRASIL, 2012b), optou-se, nesta pesquisa, por realizar um recorte das ICSAP em menores de cinco anos.

Existem vários fatores que podem colaborar para a redução dos índices dessas ICSAP na área da saúde infantil, como medidas de prevenção de algumas enfermidades por meio da vacinação, além do tratamento no tempo correto de doenças agudas como, por exemplo, as gastroenterites infecciosas e o consonante controle de doenças crônicas, como a asma (ROOS *et al.*, 2005; SARINHO *et al.*, 2007).

Portanto, a análise desse indicador na população infantil é importante para a avaliação do atendimento pediátrico pela Atenção Primária e, apesar da sua relevância, estudos semelhantes a esse na literatura ainda são escassos no Estado de Mato Grosso do Sul (MS).

Sendo assim, esse estudo tem por objetivo analisar a correlação entre a taxa de ICSAP em menores de cinco anos e a cobertura da ESF no Estado de MS, no período de 2008 a 2017.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL

Um dos primeiros documentos que fizeram referência à APS foi o relatório Dawson publicado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido, elaborado pelo Ministro Lord Dawson of Penn em 1920. Este documento fazia menção a serviços de saúde organizados de forma sistêmica, regionalizada e hierarquizada, de acordo com o nível de complexidade e sob uma área geográfica estabelecida (LAVRAS, 2011).

Esse relatório também dizia que os serviços de APS deveriam ser a porta de entrada dos usuários e estarem interligados aos serviços de especialidades e aos serviços hospitalares (SUMAR; FAUSTO, 2014). Tal documento culminou, em 1948, com a criação do sistema nacional de saúde britânico, que com o conceito de universalização do acesso aos serviços de saúde e hierarquização de cuidados baseados em evidências na APS, passou a reorganizar os sistemas de saúde em vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

Em 1977, aconteceu a trigésima reunião anual da Assembleia Mundial de Saúde, a qual afirmou ser de responsabilidade do governo a provisão de saúde necessária à realização das atividades diárias e à capacidade de trabalho. Nessa mesma reunião, foi inaugurado o movimento Saúde para Todos no Ano 2000. Consequentemente, foi realizada a Primeira Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma Ata, no Cazaquistão, no ano de 1978, com objetivo principal de discutir sobre a promoção da saúde para todas as pessoas do mundo, tendo como modelo a Atenção Primária (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Mais tarde, em 1990, o Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde analisou mudanças orientadas pela APS em países da União Europeia e ressaltou a sua importância nessas reformas. Posteriormente, em 2008, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial da Saúde afirmando que a APS é a responsável pelo cuidado integral do paciente e que os sistemas de saúde devem ser estruturados com base nela (LAVRAS, 2011).

A partir de 1999, cada país membro do Reino Unido passa a ter um sistema nacional de saúde independente, chamado *National Health Service* (NHS) escocês, NHS da Irlanda do Norte, NHS do País de Gales e NHS inglês. Em 2012 houve uma reforma do NHS denominada *Health and Social Care Act*, caracterizada por descentralização administrativa e funcional, com maior incentivo à participação de entidades privadas; organização financeira realizada pelos

Clinical Commissioning Groups sem base territorial; livre inscrição nos *General Practitioners* sem restrição de acordo com o território (FILIPPON *et al.*, 2016).

Já no Canadá, a APS é oferecida pelo Estado e é universal, no entanto, nem todos os serviços são cobertos. O sistema canadense não atende, em geral, serviços odontológicos, medicamentos extra-hospitalares e outros profissionais de saúde como fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos. A APS é a base e o médico da APS no Canadá é o médico de família (BRANDÃO, 2019).

Em relação à Espanha, o *Sistema Nacional de Salud* espanhol (SNS) foi criado em 1986, pela *Ley General de Sanidad*, derivada da *Asistencia Sanitaria de La Seguridad Social*, resultante do *Seguro Obligatorio de Enfermedad*, originado na década de 1940. Este seguro, desde o início, determinou que o médico generalista seria o primeiro contato (ALMEIDA *et al.*, 2013).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Cuba é caracterizado por ser único, descentralizado, com financiamento completamente público e orientado por sete princípios: caráter estatal e social da medicina; orientação profilática; acessibilidade e gratuidade geral; integralidade e desenvolvimento planejado; unidade entre ciência, docência e prática médicas; participação da população; internacionalismo. Assim como no Brasil, a APS constitui a porta de entrada para os serviços de saúde (SANTOS; MELO, 2018).

Sobre o sistema de saúde dos Estados Unidos da América (EUA), no século XVIII, criou-se uma rede hospitalar constituída de unidades mantidas por comitês de caridade que, em muitos casos, passaram a ser mantidas pelos municípios e, menos frequentemente, pelo governo federal. Em relação às ações de saúde coletiva, elas foram organizadas no século XIX, com a função principal de controlar epidemias. Além desse controle de doenças transmissíveis, também afetava os serviços de diagnóstico e de educação sanitária, transferindo ao setor privado a prestação de serviços médicos curativos (NORONHA; UGÁ, 1995).

Nos EUA, desde 1965, havia dois sistemas de saúde sustentados por verbas públicas: o Medicaid, financiado por verba estadual e destinado às pessoas com baixa renda, e o Medicare, financiado pelo governo federal, para os idosos acima de 62 anos de idade. Existiam também programas federais destinados aos veteranos do exército e à população indígena. Em 1985 foi promulgada uma lei que dava aos trabalhadores o direito manter o seguro de saúde, mesmo depois de aposentados ou desempregados, e em 1987 foi criado o *State Children's Health Insurance Program*, com a intenção de prestar cuidados de saúde às crianças das famílias de baixa renda. Nesse país, existem três tipos de sistemas de saúde: públicos, privados com fins lucrativos e privados sem fins lucrativos (COSTA, 2013).

A APS no Brasil surgiu inicialmente em 1920, com a criação dos Centros de Saúde Escola pelo médico sanitário Geraldo Horácio de Paula Souza (LAVRAS, 2011). A partir de 1923, a Lei Elói Chaves estabeleceu a saúde para os trabalhadores a partir da contribuição deles para a previdência (CARVALHO, 2013).

Essa lei determinou a criação da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os trabalhadores ferroviários. Foram instaladas cerca de 180 CAPs no Brasil. Em 1933 o Estado intervém pela primeira vez na relação dos trabalhadores com as indústrias, criando o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM). Em seguida, foram criados outros Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) para as outras classes de trabalhadores: dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938) (BATICH, 2004).

A saúde pública estatal no Brasil estabeleceu-se na década de 1930, baseadas em práticas normativas de prevenção de doenças através de campanhas sanitárias de saúde pública e da organização de serviços rurais de prevenção, centralizados no Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Depois, em 1940, foi criada a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que realizava ações coletivas e preventivas associadas à assistência médica curativa, influenciada pela medicina preventiva norte-americana através de convênios com a Fundação Rockefeller. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde e em 1966 foi o IAP unificado em Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Em 1974, foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), para atender aos segurados do INPS. No fim da década de 80, o INAMPS realizou uma série de mudanças que o aproximaram de uma cobertura universal dos clientes, dentre as quais se destaca o fim da obrigatoriedade da Carteira de Segurado do INAMPS para o atendimento nos hospitais próprios e conveniados da rede pública. Isso culminou com a instituição do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado através da realização de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais (BRASIL, 2002a).

Posteriormente, a lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) para atender à demanda da Constituição Federal de 1988 cujo artigo 196 diz que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Somente a partir da municipalização do SUS no começo da década de 1990 é que começou a haver uma estruturação mais homogênea da APS sob a administração dos municípios brasileiros com incentivo do Ministério da Saúde através de normas e auxílio financeiro (LAVRAS, 2011).

Até o ano de 1993, o SUS ainda era gerido pelo modelo hospitalocêntrico e curativo que não atendia mais à totalidade das necessidades de saúde das pessoas. Foi desse anseio de mudança do enfoque da medicina, que foi criado em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), destinado ao atendimento da família e não só do indivíduo e que visava a atender os usuários de maneira integral e contínua, desenvolvendo ações não somente de cura, mas também de promoção, proteção e reabilitação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Cada equipe do PSF era constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada equipe era responsável por até 4.500 pessoas; posteriormente, esse número foi diminuindo para 4.000 e 3.000 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O PSF foi transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), enunciado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017. A ESF visa à reorganização da APS no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS. Teve caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Primária tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuavam (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

De acordo como Ministério da Saúde, existem três princípios (universalidade, equidade e integralidade) e nove diretrizes (regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade) do SUS que devem ser operacionalizados na APS. A ESF se configura como principal estratégia para colocar esses princípios e diretrizes em prática (BRASIL, 2017).

As equipes de ESF realizam cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolve atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; busca a integração o com instituições e organizações sociais, principalmente em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e é um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2017).

O PSF, apesar de criado em 1994 no Brasil, apresentou maior expansão de equipes somente a partir de 1998 em todo o país. Cita-se como exemplo desse processo, a região Centro-Oeste, a qual, em 1998, 80% do estado de MS possuía mais de 40% de cobertura do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), programa que precedeu o PSF. Em 2000 e 2001, o PSF foi implantado em 100% dos maiores municípios do Estado do MS, sendo que, de um total de 77 municípios, em 54 já havia sido implantado o PSF, totalizando 70,1% de implantação neste estado (BRASIL, 2002b).

Desde 1998, Campo Grande era uma das cidades que apresentavam melhores indicadores de desenvolvimento humano, em todo o Brasil e no ano 2000, o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS) a destacou entre as capitais brasileiras com menor taxa de mortalidade infantil (BRASIL, 2001). O PSF foi implementado em 2003, pelo prefeito André Puccinelli ao sancionar a Lei nº 4078 de 19 de setembro de 2003 (CAMPO GRANDE, 2003).

Em 2017, sua APS possuía 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 42 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), que juntas contemplavam 73 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 101 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Existiam 7 equipes Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) atuando, cada qual apoiando de 5 a 9 equipes de ESF, e a cobertura municipal da ESF em 2017 era de 38,05% (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE, 2017).

2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL

A utilização das ICSAP como indicador de qualidade e acesso à Atenção Primária foi inicialmente estudada nos Estados Unidos na década 1990 (BILLINGS *et al.*, 1993), porém, as listas de ICSAP são diferentes de acordo com os países, ou seja, foram adaptadas conforme as necessidades locais.

A lista brasileira se diferencia das estrangeiras, principalmente, pela presença de um maior número de doenças infecto-contagiosas e pela ausência de doenças odontológicas. Isso acontece devido à baixa prevalência de doenças infecto-contagiosas nos países mais ricos e devido à pouca probabilidade de gerarem internações hospitalares. Além disso, a maioria das cirurgias odontológicas no Brasil é realizada em nível ambulatorial (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O uso das ICSAP como indicador de qualidade e acesso aos serviços de APS ainda é controverso em alguns países do mundo. Na Holanda, por exemplo, um estudo conduzido por

Paulet *et al.* (2019) concluiu que não houve comprovação de que as ICSAP fossem evitáveis por não encontrarem nenhuma relação entre o acesso ao atendimento ambulatorial e as ICSAP.

Por outro lado, Freund *et al.* (2013) afirmaram que uma proporção significativa de ICSAP eram potencialmente evitáveis e sugeriram como estratégias para evitar essas internações, o atendimento fora do horário comercial, o uso ideal de serviços ambulatoriais, monitoramento de pacientes de alto risco e iniciativas para melhorar a disposição dos pacientes e a capacidade deles em procurar ajuda oportuna, bem como, a adesão aos medicamentos.

As ICSAP têm sido amplamente utilizadas para medir o desempenho geral dos cuidados primários, por organizações nacionais no Reino Unido e Espanha (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016), Estados Unidos da América (EUA) (PROBST; LADITKA, J.N; LADITKA S.B, 2009), Canadá (KHAN;SANMARTIN, 2011), e Austrália (PAGE *et al.*, 2007).

Apesar de algumas pesquisas mostrarem uma associação inversa entre o acesso a serviços ambulatoriais e as hospitalizações por essas causas (BROWN *et al.*, 2001; LAVOIE *et al.*,2018), um estudo dos EUA não encontrou nenhuma evidência para apoiar a hipótese de que o baixo acesso à Atenção Primária é a principal causa das ICSAP. O estudo concluiu que outras causas devem ser pesquisadas para entender como usar as taxas de ICSAP como indicador de qualidade (VUIK *et al.*, 2017).

Contrariamente a essa pesquisa, outro estudo, realizado numa província do Canadá, mostrou que a melhoria do acesso aos serviços de APS nas comunidades das Primeiras Nações da Colúmbia Britânica, pode ser associada a uma redução significativa nas taxas de hospitalizações evitáveis(ICSAP) e mortalidade prematura (LAVOIE *et al.*, 2018).

Por outro lado, num estudo da Holanda não foi encontrada nenhuma indicação de que as ICSAP eram evitáveis, uma vez que não houve associação entre a prestação de cuidados ambulatoriais e ICSAP. Foi concluído que antes de incluir ICSAP como indicador de qualidade da APS na Holanda, são necessários mais estudos (PAUL *et al.*, 2019). Já na Alemanha, os médicos da APS classificaram uma proporção de ICSAP de 41% como potencialmente evitáveis (FREUND *et al.*, 2013).

Em relação às condições associadas, uma pesquisa mostrou que na Espanha, as taxas de ICSAP de todos os grupos de doenças não se associaram ao tamanho da população adscrita, ao médico ou ao enfermeiro. A continuidade da atenção foi associada a menores taxas de ICSAP nos EUA e Canadá (NEDEL *et al.*, 2010). Ainda em relação aos fatores associados, outro estudo, realizado nos EUA, mostrou que as taxas de ICSAP foram significativamente maiores entre as crianças que eram negras, tinham seguro Medicaid e viviam em áreas mais pobres em comparação com suas contrapartes (PARKER; SCHOENDORF, 2000).

No que concerne à prevalência das ICSAP, um estudo com crianças Yanomamis na região Norte do Brasil, de 2011 a 2012, revelou um grande percentual de 93% (CALDART *et al.*, 2016), já um estudo no Piauí revelou que, em 2010, 60% das internações em menores de cinco anos de idade foram ICSAP (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). Essas são porcentagens muito altas se comparadas com um estudo realizado em Pernambuco, de 2000 a 2009 que mostrou uma prevalência de ICSAP em crianças de 44,1% (LIMA, 2012); com um estudo em Montes Claros, que mostrou prevalência de 41,4% (CALDEIRA *et al.*, 2011); e com outro estudo realizado em 2012 em Santa Catarina que revelou que 25,7% das internações eram por condições sensíveis à atenção primária (MARIANO; NEDEL, 2018).

No Brasil, após a criação do SUS em 1990 e do PSF em 1994, surgiu a necessidade de realizar a avaliação da APS e uma das ferramentas tem sido o acompanhamento das taxas de ICSAP (ARRUDA, 2017).

Um estudo realizado em Rondônia realizado entre 2012 e 2016 demonstrou que a frequência de ICSAP foi alta (20,7% entre todas as hospitalizações ocorridas no estado) apesar de ter havido aumento na cobertura da ESF nesse período e esse aumento não foi acompanhado de mudança significativa na frequência de ICSAP registrada no estado (SANTOS, LIMA, FONTES, 2019).

Por outro lado, um estudo realizado no Piauí no período de 2000 a 2010 demonstrou que esse estado apresentou o maior aumento proporcional da ESF, alcançando a cobertura de 97,2%, em 2010. No período de 2000a 2010, a frequência e as taxas de ICSAP em menores de cinco anos diminuíram, mas, a proporção de ICSAP nos principais grupos de causas se manteve ou aumentou, ao longo da década estudada (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Em janeiro de 2008 a cobertura da ESF no Brasil era de 48,88% e em janeiro de 2017 aumentou para 61,66%. Em especial no estado de MS em janeiro de 2008 era de 55,40% e no mesmo mês de 2017 era de 63,97% (BRASIL, 2019). A utilização do indicador de ICSAP aumentou após o Ministério da Saúde ter lançado em 2008 a Lista Brasileira de ICSAP (PINTO JUNIOR *et al.*, 2020).

Essa lista brasileira de ICSAP foi estabelecida por meio da Portaria SAS/MS n° 221, de 17 de abril de 2008 e inclui 120 categorias da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) com três dígitos e 15 subcategorias com quatro dígitos, agrupadas de acordo com a possibilidade de intervenções e a grandeza dos agravos (SANTOS; LIMA; FONTES, 2019).

O cuidado para os grupos de patologias da lista no momento certo poderia diminuir o risco de hospitalizações, tanto por prevenir como por tratar adequadamente as doenças (SHI *et al.*, 1999).

Ações focadas no diagnóstico precoce e no tratamento correto das patologias agudas, e no controle e acompanhamento das doenças crônicas, terão influência direta na diminuição da incidência de doenças comuns e, conseqüentemente, das ICSAP (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

2.3 ESTRATÉGIAS DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

De acordo com o artigo 227 da Constituição Federal de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988).

Para cumprir esse artigo constitucional, o Estado criou em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) com o propósito de garantir-lhes proteção plena e, ao longo dos anos, no intuito de corroborar o referido propósito, tem criado diversas estratégias públicas de atenção à saúde da criança (BRASIL, 2018a).

Dentre elas, cita-se o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no ano 2.000; a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, ambos em 2004; o Pacto pela Saúde, em 2006; o Mais Saúde Direito de Todos/Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, em 2008; a Rede Cegonha em 2011; o Brasil Carinhoso em 2012; a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde-Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), em 2013; e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), em 2015 (MACÊDO, 2016). E, mais recentemente, em 2017, o Ministério da Saúde criou a Estratégia QualiNEO (EQN) com objetivo de diminuir a mortalidade neonatal (BRASIL, 2018a).

Em relação à Rede Cegonha, ela é um conjunto de ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres e crianças. Ela objetiva

ofertar assistência desde o planejamento familiar, a confirmação da gestação, o pré-natal, o parto, os 28 dias pós-parto, até os dois primeiros anos de vida da criança. Essa rede oferta recursos para a amplificação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e HIV; para o aumento e qualificação de leitos de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) adulto, UCI (Unidade de Cuidados Intermediários) e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco além de recursos para adequar a ambiência das maternidades e para a edificação e custeio de Centros de Parto Normal e Casas de Gestantes, Bebês e Puérperas (BRASIL, 2013a).

No entanto, o Ministério da Saúde assume que existem muitos desafios que a Rede Cegonha ainda precisa superar: no planejamento reprodutivo (aumentar o envolvimento da equipe multiprofissional, tornar as informações sobre planejamento reprodutivo disponíveis e acessíveis, melhorar a distribuição dos métodos contraceptivos, aumentar o acesso das mulheres aos métodos contraceptivos, priorizar e qualificar as ações de planejamento reprodutivo); qualificação da atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal (oferecer exames em tempo oportuno, realizar pré-natal com acolhimento e classificação de risco e vulnerabilidades, assistir às principais urgências obstétricas, construir plano de parto pela gestante, coordenação o cuidado ordenando a rede pela APS) (BRASIL, 2011b).

Outros desafios dessa estratégia são: qualificação da atenção à criança (aumentar a cobertura para 100% das crianças nas consultas de puericultura, realizar a distribuição da caderneta para todas as crianças ao nascer, desenvolver cobertura apropriada da triagem neonatal, ampliar a cobertura vacinal, diminuir a fragmentação das regulações das redes ambulatorial, internação e central de regulação de urgência; qualificação da atenção ao parto e nascimento (prover conforto e privacidade, disponibilizar ambiência adequada, garantir a presença do acompanhante, garantir o vínculo da gestante ao local do parto e propiciar a assistência ao trabalho de parto com equipe multiprofissional); atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido (permitir acesso em tempo adequado e com resolutividade ao serviço de saúde, aumentar a cobertura de leitos neonatais, oferecer transporte neonatal inter-hospitalar e intra-hospitalar de melhor qualidade, aumentar habilitações da Iniciativa Hospital Amigo da Criança) (BRASIL, 2018b).

Com referência à Ação Brasil Carinhoso, ela abrange aspectos do desenvolvimento infantil ligados à renda, educação e saúde para as crianças de zero a seis anos de idade. Em relação à renda, um benefício extra passou a ser pago às famílias com pelo menos um filho de até 15 anos de idade que, mesmo recebendo o Bolsa Família, permaneciam na extrema pobreza. Em relação à saúde, foi realizada a gratuidade de medicamentos para asma, a suplementação de

vitamina A e de ferro e, em relação à educação, foi feita expansão do programa Saúde na Escola (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito à Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, ela teve como objetivos a qualificação das ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade além do aprimoramento das competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2013b).

Uma das estratégias mais recentes é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à diminuição da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Essa política considera criança a pessoa na faixa etária de zero a nove anos, e primeira infância a pessoa na faixa etária de zero a cinco anos, sendo que, para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, ela inclui crianças e adolescentes até a idade de 15 anos, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento. Essa política é orientada por oito princípios e por nove diretrizes (BRASIL, 2015).

Além disso, ela possui sete eixos táticos, com o objetivo de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, examinando os determinantes sociais e condicionantes para assegurar o direito à vida e à saúde, objetivando à realização de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de maneira saudável e equilibrada, assim como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças.

Os eixos são os seguintes:

atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Já sobre a estratégia mais recente, lançada em 2017, a QualiNeo:

A EQN integra ações inseridas na Pnaisc, as quais ofertam qualificação da assistência aos recém-nascidos em consonância com três eixos da Pnaisc, I, II e VII – recepção do recém-nascido no local de nascimento, implementação das boas práticas (contato pele a pele, amamentação na primeira hora, clampeamento do cordão em tempo oportuno e a garantia do acompanhante), triagens, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), Método Canguru, Reanimação e Transporte Neonatal, prevenção e investigação do óbito infantil) (BRASIL, 2018b).

Existiram também campanhas no Brasil destinadas à proteção infantil, como a Campanha Saúde para as Crianças Primeiro que colocou a gravidez na adolescência como linha condutora dos debates sobre a garantia da qualidade da assistência à gestante e à criança, sem, no entanto, se esquecer do contexto mais amplo e da perspectiva da universalidade do direito à saúde (VISÃO MUNDIAL BRASIL, 2011).

Diante de todas as políticas públicas supracitadas, ressalta-se que as estratégias vigentes compreendem a Rede Cegonha, o Brasil Carinhoso, a estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, o Pnaisc e a QualiNEO.

Portanto, cumpre registrar que, desde a constituição de 1988, que levou à criação do SUS e do ECA, a saúde infantil vem melhorando significativamente no país. O Brasil alcançou a conquista de diminuir as taxas de mortalidade infantil (menores de um ano) e de mortalidade na infância (menores de cinco anos), tendo, portanto, cumprido o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número quatro para o ano de 2015, com três anos de antecipação e com diminuição de 77%, uma das mais expressivas do mundo. O Brasil conseguiu controlar a morbimortalidade por doenças preveníveis e diarreia, além de importante redução dos índices de desnutrição e evolução crescente nos indicadores de aleitamento materno (BRASIL, 2018a).

A partir da suplementação da vitamina A em crianças, por meio do programa Brasil Carinhoso houve diminuição global do risco de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45% (BRASIL, 2013b).

Tais melhorias podem levantar a hipótese de correlação com as ações estratégicas das políticas públicas referentes à saúde da criança implantadas no decorrer do tempo. Porém, aferir o desempenho dessas ações perpassa pela necessidade de monitoramento de indicadores relacionados com condições potencialmente afetadas pelas ações de uma política ou programa social (BONNEFOY; ARMIJO, 2005; JANNUZZI, 2002).

A disponibilidade da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária caracteriza-se como instrumento de avaliação da Atenção Primária à saúde e possibilita o monitoramento quanto ao desempenho do sistema de saúde nos âmbitos das três esferas de governo (BRASIL, 2008).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a correlação entre a taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e a cobertura da ESF no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2017.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar a prevalência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos no estado de Mato Grosso do Sul, de 2008 a 2017;
- Estimar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos, de 2008 a 2017;
- Correlacionar a taxa de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos com a evolução da cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família, no estado de Mato Grosso do Sul de 2008 a 2017.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

Esse estudo é do tipo ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa, realizado por meio da coleta de dados secundários do estado de MS para o período de 2008 a 2017.

O estado possuiu 357.145,535 km² de extensão territorial, tinha 2.778.986 habitantes no ano de 2019 e possuía uma densidade demográfica de 6,86 habitantes/km² em 2010. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,729, a renda domiciliar mensal *per capita* era de R\$1439 em 2018 (IBGE, 2020).

Em relação à saúde, o número de unidades de ESF em 2019 no estado era de 595, sendo a população assistida por essas unidades de aproximadamente 1.941.671 pessoas, com uma cobertura de 70,65% (BRASIL, 2019).

4.2 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados referentes às ICSAP foram coletados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (TABNET; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>) e tabulados por meio do TABWIN, relativos às internações hospitalares dos residentes no Estado de MS, no período de 2008 a 2017.

As informações relacionadas à cobertura da ESF foram coletadas no site do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde no endereço eletrônico (<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>) acessado no dia 17 de agosto de 2019.

Os dados populacionais foram obtidos por meio de estimativas populacionais do site (TABNET; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>) cuja fonte é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acessado no dia 17 de agosto de 2019.

Foram consideradas Condições Sensíveis à Atenção Primária aqueles diagnósticos contidos na lista da Portaria GM/MS n.º 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde (ANEXO A).

4.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A prevalência foi calculada por meio da razão do número de crianças menores de cinco anos de idade internadas por condições sensíveis à Atenção Primária na década estudada, e o número total de crianças dessa faixa etária internadas por todas as causas, multiplicado por 100. Calculou-se a taxa de ICSAP por meio da razão entre o número de internações de crianças menores de cinco anos de idade por grupo das Condições Sensíveis à Atenção Primária dos residentes em MS, no período estudado, e o número total de crianças residentes nesse estado da mesma faixa etária e período, multiplicado por 1.000.

Quanto à porcentagem de cobertura da ESF, foi calculada a média da cobertura dos 12 meses de cada ano para se determinar a cobertura anual, no período de 2008 a 2017.

Para análise da correlação entre a taxa de ICSAP, conforme os grupos de diagnósticos da lista brasileira, e a proporção de cobertura da ESF, no período de 2008 a 2017 foram utilizados o coeficiente de correlação de Pearson, com significância estatística de 5%. Ademais, para ajuste da reta de correlação da proporção da cobertura da ESF nos anos analisados, foi utilizado o modelo de regressão linear simples.

O programa estatístico utilizado para o cálculo da correlação de Pearson foi o *Minitab for Windows* versão 17.

O coeficiente de correlação Pearson (r) varia de -1 a 1 e a classificação se dá da seguinte maneira: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte) (DANCEY; REIDY, 2006). Foi considerada correlação positiva quando o aumento da cobertura da ESF foi acompanhado do aumento das ICSAP ou a diminuição da cobertura foi acompanhada da diminuição das ICSAP e correlação negativa quando houve aumento da cobertura e diminuição das ICSAP ou diminuição da cobertura e aumento das ICSAP.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi encaminhado para a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília e foi solicitada a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio da plataforma Brasil. O projeto foi aprovado sob o Parecer nº4.008.405 e CAAE: 30133020.7.0000.8027(ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados no formato de artigo intitulado INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MENORES DE CINCO ANOS, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL 2008-2017, que foi submetido à revista *Brazilian Journal of Development* no dia 24 de novembro de 2020.

5.2 ARTIGO

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MENORES DE CINCO ANOS, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL 2008-2017

Autores:

Ester Elizabeth Tortosa de Freitas Macedo Bragato

Luiza Helena de Oliveira Cazola

Amanda Zandonadi de Campos

RESUMO

O estudo objetivou analisar a correlação entre a taxa de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos e a cobertura da Estratégia Saúde da Família, no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2017. Estudo ecológico realizado por meio da coleta de dados secundários do estado de Mato Grosso do Sul, a partir dos *sites* do Datasus e do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Foram consideradas Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde 19 diagnósticos contidos na lista da Portaria n.º 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde. Para análise da correlação entre a taxa de internação e a proporção de cobertura da Estratégia Saúde da Família foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, com significância estatística de 5%. Apenas nove grupos apresentaram significância estatística e somente os grupos das gastroenterites infecciosas e complicações e da asma apresentaram correlação negativa. A pesquisa revelou tendência decrescente das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em especial, destes dois grupos. Tais informações são capazes de direcionar as ações dos gestores para os grupos com correlação positiva visando à implantação e à implementação de políticas.

Palavras-chave: Internação; Atenção primária à saúde; Estratégia de saúde da família; Saúde da criança.

HOSPITALIZATIONS FOR PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS IN UNDER FIVE YEARS OLD, MATO GROSSO DO SUL, BRAZIL 2008-2017

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the correlation between the rate of hospitalizations due to primary care-sensitive conditions among children under five years of age and the coverage of the Family Health Strategy program, in the state of Mato Grosso do Sul, between 2008 and 2017. This was an ecological descriptive study, with a quantitative approach. Secondary data were collected on the websites of Datasus and the Primary Health Care Department of the Ministry of Health regarding the state of Mato Grosso do Sul. Primary care-sensitive conditions included 19 diagnoses from the list of the Ministry of Health Ordinance n.º 221, of April 17, 2008. Pearson's correlation coefficient was used to analyze the correlation between the rate of hospitalization and the proportion of coverage of the Family Health Strategy, with 5% statistical significance. Only nine groups presented statistical significance and only the groups of infectious gastroenteritis and asthma complications presented a negative correlation. The study results revealed a decreasing trend of hospitalizations due to primary care-sensitive conditions, especially in these two groups. These data could be used to guide the actions of managers to the groups with a positive correlation, with the aim of implementing policies.

Keywords: Hospitalization; Primary health care; Family health strategy; Child health.

INTRODUÇÃO

O campo da avaliação em saúde, impulsionado pela necessidade de medição dos possíveis impactos dos paradigmas vigentes, vem, progressivamente, mostrando-se indispensável para o planejamento e aperfeiçoamento das práticas adotadas no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Com o intuito de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), o SUS foi implementado por meio da criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, denominado, em 2006, como Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse processo ocorreu associado a um enfoque na institucionalização da avaliação com os serviços oferecidos e com a intenção de se conhecer sua resolutividade e acesso².

Nesse contexto, um indicador utilizado para avaliar os serviços ofertados pela APS é o referente às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), criado em Nova Iorque, na década de 1990, por Billings *et al.*³. Esse indicador possibilita quantificar as internações que poderiam ser evitadas pelo atendimento resolutivo e com tempo adequado na APS, ou seja, quando existem altos índices de ICSAP, pode estar havendo dificuldades de acesso aos serviços na APS ou diminuição da sua resolutividade³.

Em 2008, o Ministério da Saúde definiu a primeira lista brasileira de ICSAP, com 120 categorias da Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), reunidas de acordo com a probabilidade de intervenções e a relevância das injúrias, que originou dezenove grupos de diagnósticos⁴.

Diante da ferramenta de avaliação citada e considerando a necessidade de monitoramento da APS, mormente nos grupos mais suscetíveis às situações de risco e vulnerabilidade à saúde, como, por exemplo, as crianças na primeira infância⁵, essa pesquisa realizou um recorte das ICSAP que abrangeu sujeitos menores de cinco anos.

Existem vários fatores que podem colaborar para a redução dos índices dessas ICSAP na área da saúde infantil, como medidas de prevenção de algumas enfermidades por meio da vacinação, além do tratamento no tempo oportuno de doenças agudas, como, por exemplo, as gastroenterites infecciosas e o consonante controle de doenças crônicas, como a asma^{6,7}.

Sob essa perspectiva, a análise desse indicador na população infantil se constitui em um instrumento importante para a avaliação do impacto da assistência prestada pela APS no atendimento pediátrico e, apesar da sua relevância, estudos semelhantes a este, na literatura, são escassos e ainda possuem espaço para investigação, em especial, no estado do Mato Grosso do Sul (MS).

Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo analisar a correlação entre a taxa de ICSAP em menores de cinco anos e a cobertura da ESF, no estado de MS, no período de 2008 a 2017.

MÉTODOS

Estudo do tipo ecológico, descritivo, com abordagem quantitativa realizado por meio da coleta de dados secundários do estado de MS no período de 2008 a 2017.

Para a coleta dos dados referentes às ICSAP foram utilizadas as informações do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), disponíveis no *site* do Departamento de Informática do SUS (Datasus), sendo que foram selecionadas as internações hospitalares dos residentes menores de cinco anos do estado de MS. Foram consideradas condições sensíveis à APS aqueles diagnósticos contidos na lista da Portaria n.º 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde⁴.

Os dados demográficos foram obtidos por meio das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

Para construção da taxa de ICSAP se utilizou a razão entre o número de internações de crianças menores de cinco anos por grupo das condições sensíveis à atenção primária dos residentes em MS, no período estudado, e o número total de crianças residentes nesse estado da mesma faixa etária e período, multiplicado por mil.

Em relação à cobertura da ESF, os dados correspondem aos disponíveis no *site* do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde obedeceram a uma estimativa da proporção de cobertura populacional de equipes da ESF em território definido. Quanto à porcentagem de cobertura por ano da ESF, foi calculada a média das coberturas dos 12 meses de cada ano.

Na tabulação do banco de dados das ICSAP foram utilizados o aplicativo TabWin e o *software* Minitab *for Windows* versão 17; e para análise da correlação entre a taxa de internação e a proporção de cobertura da ESF, no período de 2008 a 2017, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson, com significância estatística de 5%.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) varia de -1 a 1 e a sua classificação ocorre da seguinte maneira: $r = 0,10$ até $0,30$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,60$ (moderado); $r = 0,70$ até 1 (forte)⁸. Foi considerada correlação positiva quando o aumento da cobertura da ESF foi acompanhado do aumento das ICSAP ou a diminuição da cobertura acompanhada da diminuição das ICSAP; e correlação negativa quando houve aumento da cobertura e diminuição das ICSAP ou diminuição da cobertura e aumento das ICSAP.

Ademais, considerou-se válida a contribuição dos dados referentes à prevalência das ICSAP na amostra pesquisada. Além de observar os grupos mais predominantes, o escopo foi destacar aqueles com maior variação da prevalência dentre os que apresentaram significância estatística. A prevalência foi calculada por meio da razão do número de menores de cinco anos internados por condições sensíveis à APS, na década estudada, e o número total de crianças dessa faixa etária internadas por todas as causas multiplicadas por 100.

Por fim, destaca-se que esta pesquisa utilizou dados de domínio público e não envolveu qualquer tipo de intervenção com seres humanos, solicitando-se, assim, o Termo de Dispensa aprovado sob o n.º 4.008.405, pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Fiocruz/Brasília, de acordo com a Resolução n.º 510, de 7 de abril de 2016.

RESULTADOS

Verificou-se que, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, foram realizadas 323.630 ICSAP em todas as faixas etárias no estado de MS e, entre essas internações, 57.766 ocorreram em menores de cinco anos, o que corresponde a 17,84% do total das ICSAP na década estudada, já em relação às internações em geral dos menores de cinco anos, 34% delas foram ICSAP. Dessas, o número de internações entre zero e um ano foi de 22.804, equivalente a 39,47%, e entre as crianças de um a quatro anos as ICSAP foi de 34.962, o correspondente a 60,53%.

Na análise por ano das ICSAP, quanto aos menores de cinco anos, pode-se inferir que houve diminuição em relação ao número absoluto dessas internações em MS: em 2008, foram 6.134 internações; e, em 2017 foram 5.072, o que pode decorrer da queda do número de internações em geral. O mesmo perfil descendente ocorreu com o número populacional desse grupo, que, em 2008, era de 218.606; e, em 2017, foi para 202.359. Conseqüentemente, em relação à taxa de ICSAP por mil, também houve redução, pois, em 2008, era de 28,05 internações por mil crianças; e, em 2017, a taxa diminuiu para 25,06, correspondendo a uma redução de 10,65%.

Quanto à cobertura da ESF no estado de MS, nos anos de 2008 e 2017, houve, respectivamente, uma expansão de 57,41%, com aproximadamente 406 equipes da ESF, para 66,63%, com um total de 560 equipes, representando uma tendência crescente de 16,05% (Tabela 1).

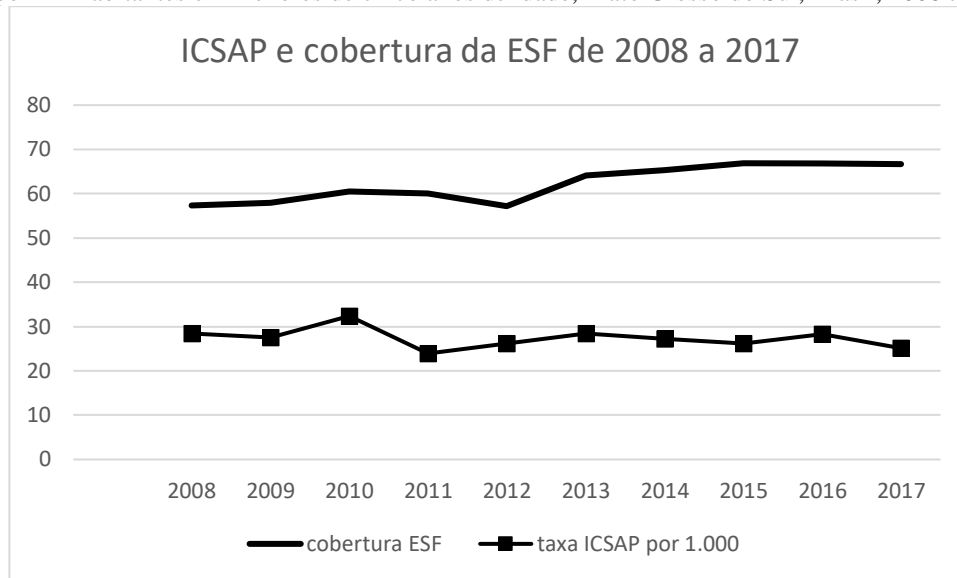
Tabela 1 - Número de habitantes menores de cinco anos, número total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e número de internações em geral em menores de cinco anos, taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por mil habitantes menores de cinco anos e cobertura da Estratégia de Saúde da Família, no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017.

ANOS	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N.º de hab. menores de cinco anos	218.606	217.219	215.715	214.124	212.450	210.672	208.767	206.704	204.543	202.359
N.º de int. em geral em menores de cinco anos	17.828	18.351	18.673	16.082	16.657	17.580	16.477	16.179	16.461	15.600
Total de ICSAP em menores de cinco anos	6.134	5.984	6.986	5.125	5.558	5.997	5.701	5.412	5.797	5.072
Taxa de ICSAP	28,05	27,54	32,38	23,93	26,16	28,46	27,30	26,18	28,34	25,06
Cobertura	57,41	57,98	60,53	60,12	57,19	64,19	65,40	66,88	66,85	66,63

Fonte: IBGE e SIH/DATASUS.

Ainda, em relação à cobertura e à taxa de ICSAP pode-se inferir que essas duas variáveis, apesar de apresentar, no período amostrado, respectivamente, perfil ascendente e descendente, sofreram pequenas oscilações na década estudada (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família e taxa de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por mil habitantes em menores de cinco anos de idade, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017.



Fonte: SIH/DATASUS.

Na análise da correlação, dos 19 grupos da lista, nove apresentaram significância estatística, a saber: gastroenterites infecciosas e complicações; infecções de ouvido, nariz e garganta; pneumonias bacterianas; asma; doenças pulmonares; epilepsias; infecção no rim e trato urinário; infecção da pele e tecido subcutâneo; doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Ressalta-se que em todos os referidos nove grupos, a correlação de Pearson foi classificada como forte, já que todos os coeficientes alcançados foram acima de 0,70. Os outros grupos tiveram $p > 0,05$ e, portanto, não apresentaram correlação estatisticamente significativa (Tabela 2).

Tabela 2 - Correlação entre a taxa das ICSAP e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, a prevalência e sua respectiva variação em cada grupo de doenças no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017.

	Correlação de Pearson	Valor de p	Prevalência	Varição da prevalência
Doenças preveníveis por imunizações/condições sensíveis	0,602	0,065	1,1%	26,4%
Gastroenterites infecciosas e complicações	-0,797	0,006	39,4%	-59,4%
Anemia	-0,265	0,459	0,3%	-29,5%
Deficiências nutricionais	0,014	0,970	3,1%	-38,1%
Infecções de ouvido, nariz e garganta	0,770	0,009	4,7%	286,3%
Pneumonias bacterianas	0,748	0,013	15,7%	68,6%
Asma	-0,924	<0,001	6,8%	-45,5%
Doenças pulmonares	0,951	<0,001	13,5%	28,9%
Hipertensão	-0,32	0,367	0,0%	116,1%
Angina	-0,366	0,298	0,0%	NA
Insuficiência cardíaca	-0,007	0,984	1,1%	12,4%
Doenças cerebrovasculares	0,13	0,721	0,0%	-28,0%
Diabetes mellitus	0,311	0,382	0,2%	24,6%
Epilepsias	0,768	0,01	3,3%	76,7%
Infecção no rim e trato urinário	0,93	<0,001	5,5%	141,1%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	0,924	<0,001	3,1%	189,6%
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	-0,066	0,856	0,0%	NA
Úlcera gastrointestinal	-0,017	0,964	0,1%	80,0%
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0,814	0,004	1,6%	281,2%
Total	-0,196	0,588		-10,7%

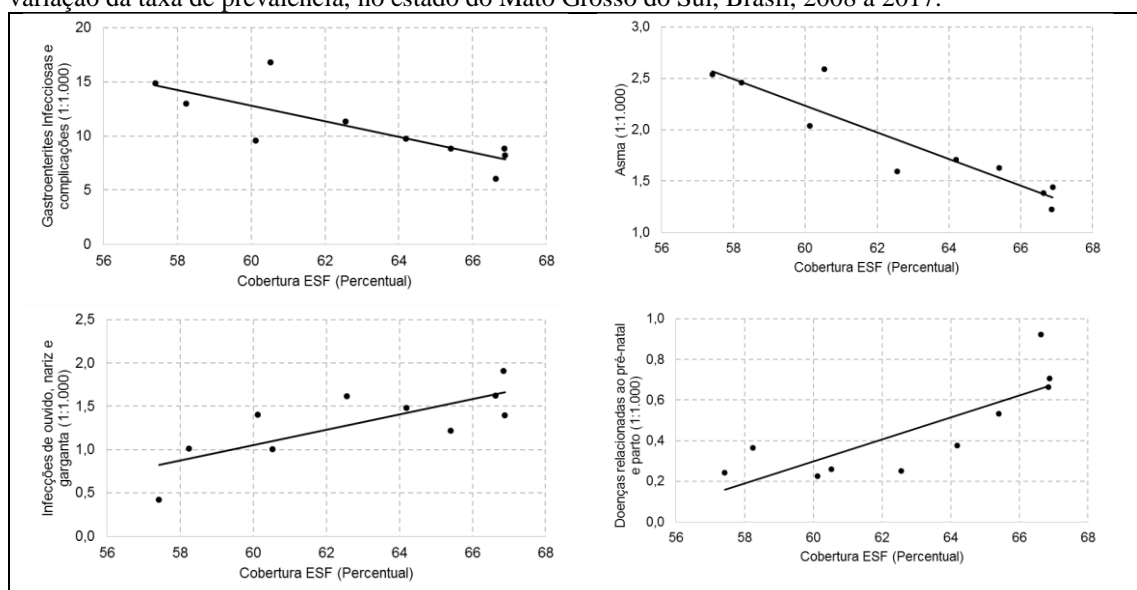
Fonte: SIH/DATASUS.

Apenas dois grupos, entre os nove com $p < 0,05$, apresentaram correlação negativa: grupo das gastroenterites infecciosas e complicações e o grupo da asma, que juntos representaram 46,27% de todas as ICSAP. No grupo das gastroenterites infecciosas e complicações, com uma participação de quase 40% no total das doenças, houve uma correlação negativa significativa, ou seja, a cobertura aumentou e a taxa nesse grupo diminuiu, reduzindo quase 60% a sua prevalência. O grupo da asma, com uma prevalência de 6,8%, também apresentou forte correlação negativa, com diminuição em sua taxa de 45,5% na década estudada.

Os demais grupos, sete dos nove com significância estatística (47,40% das ICSAP), revelaram correlação positiva com a cobertura da ESF, a saber: o grupo das infecções de ouvido, nariz e garganta, das pneumonias bacterianas, das doenças pulmonares, das epilepsias, da infecção no rim e trato urinário, da infecção da pele e tecido subcutâneo e das doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Ou seja, no mesmo período em que houve crescimento da cobertura da ESF, esses grupos apresentaram aumento da respectiva taxa de ICSAP de 2008 para 2017.

Dentre os grupos com correlação positiva, dois mostraram maior variação de prevalência: infecções de nariz, ouvido e garganta (aumento de 286,3%) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto (aumento de 281,2%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Correlação da cobertura da Estratégia Saúde da Família com a taxa de ICSAP dos dois grupos de doenças que tiveram correlação negativa e dos dois grupos de doenças que tiveram correlação positiva com maior variação da taxa de prevalência, no estado do Mato Grosso do Sul, Brasil, 2008 a 2017.



Fonte: SIH/DATASUS.

Na maior parte dos grupos das ICSAP, considerando que cada grupo é composto por diferentes codificações da CID-10, a correlação direta, estatisticamente significativa obtida para os dois grupos supracitados, conduz à descrição detalhada desses grupos a fim de esclarecer se foram todas ou alguma patologia específica, entre aquelas que compõem o grupo, que provocou tal crescimento expressivo.

No grupo das infecções de ouvido, nariz e garganta, com exceção da nasofaringite aguda que não apresentou nenhum caso registrado, as demais patologias indicaram resultados crescentes, sendo que a infecção aguda das vias aéreas superiores foi a que assinalou maior prevalência, sendo relatados 76 casos, em 2008, e 125 casos em 2017; seguida da amigdalite aguda, expressando 7 casos, que aumentaram para 72. Já no grupo das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, houve disparidade nos achados, visto que a síndrome da rubéola congênita revelou um decréscimo de 37 casos, registrados em 2008, para 1 caso em 2017; e a sífilis congênita sofreu um acréscimo importante do número de ocorrências, aumentando de 16 casos, em 2008, para 186 casos em 2017, constituindo-se, assim, no fator explicativo para a correlação direta desse grupo de ICSAP com a evolução da ESF.

Apesar de esses dois grupos terem apresentado maior variação da prevalência demonstrada pelo crescimento no registro de casos na década estudada, quando da análise da taxa de prevalência obtida no período, três outros grupos foram os responsáveis por 68,65% das ICSAP em menores de cinco anos: gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e doenças pulmonares.

O grupo das gastroenterites infecciosas e complicações foi o de maior prevalência, responsável por 22.782 ICSAP (39,43%). Na sequência encontrou-se o grupo das pneumonias bacterianas, com 9.081 (15,72%), e o terceiro grupo foi o das doenças pulmonares, com 7.803 (13,50%).

Os demais grupos representaram 31,35%, e entre eles foram detectados o grupo da asma, que alcançou 3.947 casos (6,82%); o grupo da infecção do rim e trato urinário, com 3.196 casos (5,53%); das infecções de nariz, ouvido e garganta, que atingiu 2.747 (4,75%); o das epilepsias, que apresentou 1.947 casos (3,37%); o grupo da infecção da pele e do tecido subcutâneo, com 1.798 casos (3,11%); e, por último, o das doenças relacionadas ao pré-natal e parto, com 948 casos (1,64%), sendo 818 casos de sífilis congênita e 130 de síndrome da rubéola congênita.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos permitiram identificar, nos menores de cinco anos do MS, uma redução na taxa de ICSAP e um aumento na cobertura da ESF para o período de 2008 a 2017, portanto, seguindo a tendência histórica apresentada no Brasil⁹.

Ao encontro do paradigma da APS, a cobertura da ESF no país, no mesmo período deste estudo, expandiu 25,14%; e, em MS, aumentou 16,05%, porém, em 2017, enquanto o Brasil atingia 62,71% de cobertura¹⁰, o estado alcançava 66,63%. Essa cobertura crescente no país pode ter ocorrido devido aos incentivos financeiros do governo federal e já, no âmbito municipal, a autonomia dos gestores, no processo decisório quanto à implantação ou não de novas equipes da ESF, pode também ter influenciado esses resultados¹¹.

A queda das ICSAP encontrada em MS acompanhou a tendência de diversos estudos, porém, além da expansão da ESF, as pesquisas relatam que outras variáveis podem influenciar na volatilidade dessas interações, como as condições socioeconômicas da população, a disponibilidade de leitos hospitalares e de médicos, o acesso aos serviços ofertados pela APS, assim como a qualidade desses serviços^{9,12,13,14,15,16,17}.

Estudos que apresentam quedas mais expressivas dessas interações do que a redução de 10,65% em MS, para a mesma faixa etária, foram identificados em Pernambuco¹⁸, com redução de 39,5% da taxa, e, em Minas Gerais, com queda de 19,1%¹⁹. Todavia a taxa de ICSAP em MS, na década estudada, foi menor que nos demais estados, podendo denotar melhor qualidade e maior acesso aos serviços da APS^{14,20,21}.

Na contramão dos achados em MS, no estado do Paraná, uma pesquisa coloca que, de 2000 a 2011, houve aumento das ICSAP quanto aos menores de cinco anos, principalmente, em menores de um ano, em 50% das Regionais de Saúde²². Para Alves *et al.*²³, um aumento das

ICSAP indica que a ampliação da cobertura da ESF pode não acompanhar a melhoria da qualidade do atendimento na APS e refletir resultados insatisfatórios.

Apesar de algumas pesquisas no Canadá e na Alemanha mostrarem uma associação inversa entre o acesso a serviços ambulatoriais e as ICSAP^{24,25,26}, outras nos EUA e Holanda não assinalam relação entre o acesso e as ICSAP^{27, 28}.

No presente estudo, a correlação entre o aumento da cobertura e diminuição das taxas de ICSAP confirmou-se, estatisticamente, apenas para dois grupos de ICSAP, as gastroenterites infecciosas e asma, que juntas totalizaram 46,27% das ICSAP. Tal resultado também foi observado no Brasil, que apresentou queda acentuada das ICSAP na população em geral de 76,6% para internações por asma e de 66,5% para gastroenterites, de 2001 a 2016, com isso, reforçando as evidências da redução na taxa de ICSAP e sua correlação negativa com a cobertura da ESF⁹.

Resultado semelhante pôde ser observado em uma pesquisa realizada na capital de MS, Campo Grande, que incluiu todas as faixas etárias e também encontrou uma correlação negativa nos grupos das gastroenterites infecciosas e da asma²⁹. Em analogia, no estado da Bahia, nos anos de 2000 e 2010, o aumento da cobertura da ESF diminuiu os coeficientes de ICSAP por gastroenterites infecciosas¹³.

Resultados controversos foram observados em Pernambuco, em que, de 2000 a 2009, apesar do aumento da cobertura da ESF ter se associado à diminuição das ICSAP, o resultado não foi confirmado no modelo final ajustado¹⁸. Similarmente, em Minas Gerais, de 1999 a 2007, não houve correlação significativa da diminuição das taxas com aumento da cobertura da ESF¹⁹. Esses resultados podem indicar que nesses estados, provavelmente, existam dificuldades de acesso da população, redução da eficácia do atendimento ou, ainda, influência de fatores de cunho socioeconômicos e demográficos que possam interferir nesse processo^{12,14,23}.

Outrossim, considerando que a implantação da ESF em MS se deu de forma heterogênea, conforme especificidades de cada município, os fatores supracitados podem ser responsáveis pela correlação positiva, de sete dos 19 grupos de ICSAP, encontrada no estado.

Importante destacar o crescimento expressivo nas internações por sífilis congênita encontradas neste estudo. O fato de o aumento dessas internações já ter sido detectado por Campos²⁸, em Campo Grande, MS, na década anterior, retrata a permanência de fatores causais complexos para o problema, como as desigualdades sociais e individuais, além da baixa qualidade e cobertura do pré-natal no Brasil³⁰.

Quanto à prevalência das ICSAP, constatou-se, em MS, uma prevalência média de 34% nas ICSAP, o que demonstra discrepância em relação a outros achados. Na região Norte do Brasil, de 2011 a 2012, Caldart *et al.*¹⁴ revelam percentual de 93% neste indicador, em estudo realizado com crianças Yanomamis; já no Piauí, em 2010, a prevalência de ICSAP foi de 60% em menores de cinco anos¹⁵. Em Pernambuco e em Montes Claros, a prevalência foi de, respectivamente, 44,1% e 41,4% de ICSAP em crianças^{18,20}. Por fim, a prevalência mais similar à de MS foi a encontrada em Santa Catarina, que revelou prevalência de 25,7%¹⁶.

Em relação aos grupos de ICSAP, da mesma forma que o diagnosticado em MS, o grupo das gastroenterites infecciosas, das pneumonias bacterianas e/ou das doenças pulmonares foram as causas mais prevalentes de ICSAP entre os menores de cinco anos em pesquisas realizadas nos estados do Piauí, Pernambuco, Santa Catarina e em Boston (EUA)^{15,16,31,32}. No Equador, o grupo das gastroenterites, que representou 65% das condições sensíveis em menores de cinco anos, também se revelou como a principal causa de ICSAP no país³³.

As cinco principais causas de ICSAP pediátricas na Austrália, em 2003 a 2004, foram: condições dentárias (N = 5.705), asma (N = 4.642), infecção de ouvido, nariz e garganta (N = 4.077), convulsões e epilepsia (N = 2.125) e pielonefrite (N = 1.150)³⁴. Esse resultado

diferencia-se deste estudo porque a Austrália tem, em sua lista de ICSAP, as afecções dentárias e também porque é um país desenvolvido³⁵.

O motivo dessa concordância entre os estudos pode relacionar-se ao início mais precoce das crianças em escolas e creches, em virtude da participação cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho³⁶, por conseguinte, o ambiente escolar causa aglomeração, que facilita a transmissão de bactérias causadoras de pneumonia e de vírus causadores de gastroenterites. Ademais, as gastroenterites podem ser causadas pelo consumo de água não filtrada ou não fervida, hábito comum nas famílias brasileiras³⁷.

Vale destacar que, apesar do uso crescente das ICSAP como um indicador capaz de avaliar a resolutividade da APS, há limitações decorrentes do SIH/SUS. O referido sistema registra apenas as internações realizadas pelo SUS (em torno de 70% do total das internações)³⁸. Além disso, esse sistema é alimentado por informações provenientes de fichas de internações, cujo preenchimento adequado pode variar de acordo com o profissional de saúde que o realiza. Outrossim, por ser um documento destinado, sobretudo, ao faturamento das internações, sem possuir impreterivelmente um panorama epidemiológico, pode sofrer interferência dos métodos de arrecadação, adaptando os diagnósticos informados aos procedimentos efetuados.

Entretanto, estudos que se utilizaram do SIH/SUS apresentaram resultados com consistência interna e coerência com conhecimentos atuais, dessa forma, demonstrando a sua utilização com certo grau de confiabilidade³⁹. Ademais, a utilização de um instrumento de avaliação padronizado no país permite a comparação das ICSAP em suas diferentes regiões.

Outra característica é o fato de o estudo ter correlacionado as coberturas da ESF com as ICSAP, sendo que uma cobertura menor não demonstra necessariamente uma diminuição do desempenho ou da qualidade da ESF; bem como, embora em alguns períodos existam coberturas maiores, isto não aponta que a ESF esteja operando de modo sublime.

Ainda, deve-se considerar o fator da competição por um número finito de leitos por diferentes patologias, o que provoca uma redução proporcional de um grupo de doenças devido ao aumento de outra condição competidora em consequência da insuficiência desses leitos para atender a toda a demanda instalada⁹.

A despeito dessas limitações, considera-se que o emprego desses dados não tenha causado um viés significativo no cálculo da correlação, assim, tornando os resultados valiosos para a exposição do cenário das ICSAP e da cobertura da ESF no estado de MS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou resultados similares aos de estudos que também utilizaram as ICSAP como instrumento de avaliação, principalmente, em relação à sua tendência decrescente, à prevalência das ICSAP e às suas principais causas de internações. Apesar das eventuais limitações, que não permitem isolar os efeitos da APS sobre as internações, os achados corroboram a correlação entre a ESF e as ICSAP.

O fato de apenas três grupos, dos 19 que compõem a lista brasileira de ICSAP, representarem uma prevalência de 68,60% das ICSAP expõe ao gestor que ações voltadas a esses grupos possuem um grande potencial para modificar cenários desfavoráveis. A pesquisa, ainda, demonstrou claramente a problemática conferida pela tendência crescente da sífilis congênita, que urge por ações resolutivas não apenas da APS, como de outros setores, pois se trata de um problema multifacetado. Tais informações são capazes de direcionar as ações dos gestores para os nós críticos detectados visando à implantação e à implementação de políticas públicas.

Por fim, fica evidente que a avaliação e o monitoramento em saúde são indispensáveis para fornecer subsídios à gestão na tomada de decisão focalizada nas necessidades emanadas pela população.

Colaboradores

EETFMB contribuiu com a coleta, análise e interpretação dos dados e redação do manuscrito.

LHOC participou da análise dos dados, da redação do artigo e sua revisão final. AZC contribuiu com a análise dos dados, redação do artigo e sua revisão final.

REFERÊNCIAS

1 Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Sep [cited 2020 Nov 13]; 42(spe1): 289-301. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s119>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500289&lng=en.

2 Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

3 Billings J, Zeitell L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff* [Internet]. 1993 [cited 2020 Nov 13]; 12:1. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162> Available from: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.12.1.162>

4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, Diário Oficial da União* 18 Abr 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html

5 Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ação Brasil Carinhoso. Brasília, 2012. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.%20c%20-%20NT%20A%20C3%A7%20C3%A3o%20Brasil%20Carinhoso0001.pdf>

6 Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations, and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res*. 2005 Aug; 40(4):1167-85. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00407.x. PMID: 16033498; PMCID: PMC1361193. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16033498>

7 Sarinho E, Queiroz GRS, Dias MLCM, Silva AJQ. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *J. bras. pneumol.* [Internet]. 2007 Aug [cited 2020 Nov 13]; 33(4): 365-371. <https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000400004>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000400004&lng=en.

8 Dancy CP, Reidy J. *ESTATÍSTICA SEM MATEMÁTICA PARA PSICOLOGIA* Usando SPSS para Windows 3ª edição Artmed Bookman, 2006.

9 Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2018 Jun [cited 2020 Nov 13]; 23(6): 1903-1914. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. E- GESTOR AB. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml> no ano de 2019. Acesso em: Dez. 2019

11 Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Dec [cited 2020 Nov 13]; 38(103): 900-916. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000400900&lng=en.

12 Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2015, v. 31, n. 11 [Acesso 13 Nov 2020]: 2353-2366. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126114>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2015.v31n11/2353-2366/#>

13 Paixão ES, Pereira APCM, Figueiredo MAA. Hospitalizações Sensíveis à Atenção Primária em Menores de cinco anos. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2020 Nov 13]; 4(2): 2089-2108 Doi:10.18673/GS.V4I2.22941 Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/HOSPITALIZA%C3%87%C3%95ES-SENS%C3%8DVEIS-A-ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-EM-DE-Paix%C3%A3o-Pereira/46c7fdd7f6b2ea8412748d4e5d6ac917f0f59029?p2df>

14 Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2016 May [cited 2020 Nov 13]; 21(5): 1597-1606. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.08792015>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501597&lng=en.

15 Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 Mar [cited 2020 Nov 13]; 28(3): 515-526. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012&lng=en.

16 Mariano TSO, Nedel FB. Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 13]; 27(3): e2017322. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300006>. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300307&lng=en. Epub Sep 21, 2018.

17 Russo LX, Silva EN, Rosales C, Rocha TAH, Vivas G. Efeito do Programa Mais Médicos sobre internações sensíveis à atenção primária. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e25. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.25> Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51944>

18 Lima SCCA. Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à Atenção Primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia–ISC/UFBA, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6736/1/Diss%20mestrado.%20Suzana%20Costa%20Carvalho.pdf>

19 Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2016 Jun [cited 2020 Nov 13]; 16(2): 169-178. <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200006> Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292016000200169&lng=en.

20 Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2011 Mar [cited 2020 Nov 13]; 11(1): 61-71. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100007>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=en.

21 Probst JC, Laditka JN, Laditka SB. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: an analysis across eight US states. *BMC Health Serv Res*. 2009 Jul 31; 9:134. doi: 10.1186/1472-6963-9-134. PMID: 19646234; PMCID: PMC2727502. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646234>

22 Prezotto K, Chaves M, Mathias, TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2015 Feb [cited 2020 Nov 13]; 49(1): 44-53. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100006>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100044&lng=en.

23 Alves JWS, Cavalcanti GCGS, Alves RSM, Costa PC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Nov 13]; 42(spe4): 223-235. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s418>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800223&lng=en.

- 24 Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, Anderson GM. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Health*. [Internet]. 2001 Mar-Apr; [cited 2020 Nov 13] ; 92(2):155-9. doi: 10.1007/BF03404951. PMID: 11338156; PMCID: PMC6979584. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11338156>
- 25 Lavoie JG, Wong ST, Ibrahim N, O'Neil JD, Green M, Ward A. Underutilized and undertheorized: the use of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions for assessing the extent to which primary healthcare services are meeting needs in British Columbia First Nation communities. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2019 Jan [cited 2020 Nov 13] ; 18;19(1):50. doi: 10.1186/s12913-018-3850-y. PMID: 30658626; PMCID: PMC6339420. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339420/>
- 26 Freund T, Campbell SM, Geissler S, Kunz CU, Mahler C, Peters-Klimm F, Szecsenyi J. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Ann Fam Med*. [Internet]. 2013 Jul-Aug [cited 2020 Nov 13] ; 11(4):363-70. doi: 10.1370/afm.1498. PMID: 23835823; PMCID: PMC3704497. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23835823>.
- 27 Vuik SI, Fontana G, Mayer E. Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalisation *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 13] ; 7:e015704. doi: 10.1136/bmjopen-2016-015704 Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015704>
- 28 Paul MC, Dik JWH, Christel TH, Dij KV. Admissions for ambulatory care sensitive conditions: a national observational study in the general and COPD population, *Eur. J. Public Health* [Internet]. 2019 Apr [cited 2020 Nov 13] ; 29, (2): 213–219. <https://doi.org/10.1093/eurpub> Available from: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/2/213/5095711>.
- 29 Campos AZ, Theme-Filha M, Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 May [cited 2020 Nov 13] ; 28(5): 845-855. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en.
- 30 Tomasi E, Fernandes PAA, Fischer T, Siqueira FCV, Silveira DS, Thumé E, Duro SMS, Saes MO, Nunes BP, Fassa SG, Facchini LA. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 13] ; 33(3): e00195815. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305001&lng=en. Epub Apr 03, 2017.
- 31 Carvalho SC, Mota E, Dourado I, Aquino R, Teles C, Medina M. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Apr [cited 2020 Nov 13] ; 31(4): 744-754.

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00069014>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400744&lng=en.

32 Flores G, Abreu M, Chaisson CE, Sun D. Keeping children out of hospitals: parents' and physicians' perspectives on how pediatric hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions can be avoided. *Pediatrics*. 2003 Nov;112(5):1021-30. doi:10.1542/peds.112.5.1021. PMID: 14595041. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14595041/>

33 Nedel FB. Evaluación del impacto de la atención primaria. In: Bedoya R, editor. *Medicina familiar: reflexiones desde la práctica* Quito (EC): Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 13]:303-28. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320024781_Evaluacion_del_impacto_de_la_atencion_primaria/link/59c98a22aca272bb0503d750/download

34 Ansari Z, Haider SI, Ansari H, de Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Nov 13]; 21;12:475. doi: 10.1186/1472-6963-12-475. PMID: 23259969; PMCID: PMC3549737. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23259969>

35 Rocha JVM, Sarmiento J, Moita B, Marques AP, Santana R. Comparative research aspects on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: the case of Brazil and Portugal. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2020 Apr [cited 2020 Nov 13]; 25(4): 1375-1388. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.13502019>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401375&lng=en. Epub Apr 06, 2020.

36 Scorza LG, Menezes-Filho N. Caracterização da participação feminina no mercado de trabalho: uma análise de decomposição. *Econ. Aplic.* [Internet]. 2006 Mar [cited 2020 Nov 13]; 10(1): 41-55. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-80502006000100003>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-80502006000100003&lng=en&nrm=iso

37 Silva SR, Heller L, Valadares JC, Cairncross S. O cuidado domiciliar com a água de consumo humano e suas implicações na saúde: percepções de moradores em Vitória (ES). *Eng Sanit Ambient*. [Internet]. 2009 out./dez [cited 2020 Nov 13]; 14(4): 521-532. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-41522009000400012>. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-41522009000400012&script=sci_abstract&tlng=pt

38 Nakamura PM, Mendes SW, Dias MAB, Reichenheim ME, Lobato G. Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS): uma avaliação do seu desempenho para a identificação do near miss materno. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Jul [cited 2020 Nov 13]; 29(7): 1333-1345. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000700008>. Available

from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000700008&lng=en.

39 Machado JP, MartinsM, LeiteIC. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 Sep [cited 2020 Nov 13]; 19(3): 567-581. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600030008>. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2016000300567&lng=en.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa revelou resultados similares a estudos que também utilizaram as ICSAP como instrumento de avaliação, principalmente, em relação à sua tendência decrescente, à prevalência das ICSAP e as suas principais causas de internações. Apesar das eventuais limitações como os dados serem provenientes apenas do SUS; a possibilidade de existir interesse em aumentar o faturamento podendo haver adaptações dos diagnósticos aos procedimentos; e a influência da limitada disponibilidade de leitos, favorecendo a internação das patologias mais graves; os achados corroboram a existência da correlação entre a ESF e as ICSAP.

O desfecho de apenas três grupos, dos dezenove que compõem a lista brasileira de ICSAP, representarem uma prevalência de 68,60% das ICSAP, demonstram ao gestor que ações voltadas a esses grupos possuem um grande potencial para modificar cenários desfavoráveis. A pesquisa, ainda, expôs claramente a tendência crescente da sífilis congênita, que demanda com urgência ações resolutivas não apenas da APS como de outros setores, já que se trata de um problema multifacetado. Tais informações são capazes de direcionar as ações dos gestores para os nós críticos detectados visando à implantação e implementação de políticas públicas voltadas à diminuição da prevalência não apenas da sífilis congênita, mas dos sete grupos que obtiveram correlação positiva com a cobertura da ESF.

Ademais, novos estudos poderão ampliar a visão dos gestores relacionada à APS, como a correlação das ICSAP com: financiamento da APS, ou com número de hospitais e/ou de leitos hospitalares ou com as condições socioeconômicas da população.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S.; OLIVEIRA, V. B.; SAMPAIO, L. F. R.; SIMONI, C.; TURCI, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1337-1349, Jun. 2009. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 abr. 2019.
- ALMEIDA, P. F.; GERVAS, J.; FREIRE, J. M.; GIOVANELLA, L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.37, n.98, p. 400-415, Set.2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000300004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.
- ARRUDA, J. S. DE; & COSTA, J. S. D. da. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.12, n.39, p. 1-11, Jan-Dez. 2017. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1256](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1256) Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1256>. Acesso em: 27 out. 2020
- BARRETO, J. O. M; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28 n.3, Mar. 2012. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012. Acesso em: 06 maio 2019.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 3, p. 33-40, Set.2004. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.
- BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J.; CAREY, T.S.; BLANK, A.E.; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v.12, n.1, 1993. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.1.162>. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.12.1.162>. Acesso em: 08 ago. 2019.
- BONNEFOY, C., ARMIJO, M. Indicadores de desempenho em el sector público. Santiago de Chile. **Instituto Latino americano y del Caribe de Planificación Económica y Social**, 2005. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5611/S05900_es.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.
- BRANDÃO, J. R. M. atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, n.1, Jan. 2019. <https://doi.org/10.1590/0102->

311X00178217. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2019.v35n1/e00178217/pt>
Acesso em: 27 Out. 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. p. 18055. Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do programa de saúde da família**. jan. 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso em: 24 mai. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas São Paulo, ago. 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em: 27 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil. Universidade Federal da Bahia. **Instituto de Saúde Coletiva**, nov. 2002b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/psf_evolucao_brasil.pdf. Acesso em: 24 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html Acesso em: 30 set. 2019.

BRASIL. Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União em, 29 de junho de 2011**. 2011a. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-25-_201_decreto_7508.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011b. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha**. Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.htm. Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Ação Brasil Carinhoso**. Brasília, 2012a. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/julho/13/4.%20c%20-%20NT%20A%C3%A7%C3%A3o%20Brasil%20Carinhoso0001.pdf> Acesso em: 11 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 10 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013a. p.34. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_condutas_suplementacao_vitamina_a.pdf. Acesso em: 22 fev. 2020.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 173, 6 set. 2013b. Seção 1, p. 64. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: 6 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015, Seção 1, n. 149, p.37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf. Acesso em: 7 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, **Diário Oficial da União** nº190 de 03 out 2017. Seção 1 – Suplemento - p.61. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 04 nov. de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da criança. Orientações para implementação**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Novos e Velhos Desafios para implementação da Rede Cegonha. **Oficina Tripartite Sobre mortalidade Materna e na Infância Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, 29 de agosto de 2018b. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-Mortalidade-Materna-e-Infantil-CTI-MESA-DAPES-DAB.pdf>. Acesso: em 17 de nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. 2019 Acesso em: 03 dez. 2019.

BROWN, A. D.; GOLDACRE, M. J.; HICKS, N.; ROURKE, J. T.; MCMURTRY, R. Y.; BROWN, J. D.; ANDERSON, G. M. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: a method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. **Canadian Journal of Public Health**, n. 92, v.2, p.155-150, Mar-Abr. 2001. <https://doi.org/10.1007/BF03404951>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11338156>. Acesso em: 30 abr. 2019.

CALDART, R. V.; MARRERO, L.; BASTA, P. C.; ORELLANA, J. D. Y Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à Atenção Primária na região norte do Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, n.5, p.1597-1606, 2016.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.08792015>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n5/1597-1606/>. Acesso em: 06 maio 2019.

CALDEIRA, A. P.; FERNANDES, V. B. L.; FONSECA, W. P.; Faria, A. A. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, Mar.2011. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100007>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000100007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out.2020.

CAMPO GRANDE. Lei nº 4078 de 19 de setembro de 2003. Dispõe sobre a implementação do Programa de Saúde da Família - PSF no município de Campo Grande, e dá outras providências. **Campo Grande: Câmara Municipal**, 2003. Disponível em: <https://cm-campo-grande.jusbrasil.com.br/legislacao/245110/lei-4078-03>. Acesso em: 24 maio 2019.

CARVALHO, GILSON. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, v. 27, n. 78, p. 7-26,2013.<https://doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020

COSTA, J. P. A reforma Obama e o sistema de saúde dos EUA. **Arquivos de Medicina**, v. 27, n. 4, p. 158-167, Ago. 2013. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132013000400004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2019.

CUETO, M. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.16, n.3, p. 845-848, Dec.2018.<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00169>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000300845. Acesso em: 27 out. 2020.

DANCEY, C.; REIDY, J. **Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows**.3. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FILIPPON, J.; GIOVANELLA, L.; KONDER, M.; POLLOCK, A. M. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n. 8, Ago,2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00034716>. Acesso em: 15 ago, 2019.

FREUND, T.; CAMPBELL, S.M.; GEISSLER S.; KUNZ, C.U; MAHLER, C.; PETERS-KLIMM, F.; SZECSENYI, J. Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. **Annals of Family Medicine**, v. 11, n. 4, p.363-370, Jul-Aug, 2013. doi: 10.1370/afm.1498. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23835823>. Acesso em; 04 maio 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.493-545.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Dados demográficos do estado de Mato Grosso do Sul**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ms.html>. Acesso em: 25 fev. 2020.

JANNUZZI, P.M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, Jan. 2002. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6427>. Acesso em: 31 out. 2020.

KHAN, S.; SANMARTIN, C. Research Working Paper Series Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The factors that matter. **Statistics Canada Health Analysis Division**, 2011. Disponível em: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

LAVOIE, J. G.; WONG, S. T.; IBRAHIM, N.; O'NEIL, J. D.; GREEN, M.; WARD, A. Underutilized and undertheorized: the use of hospitalization for ambulatory care sensitive conditions for assessing the extent to which primary healthcare services are meeting needs in British Columbia First Nation communities. **BMC Health Services Research**, jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3850-y>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6339420/>. Acesso em: 30 abr. 2019.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2020.

LIMA, S. C. C. A. **Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à Atenção Primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA, parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6736/1/Diss%20mestrado.%20Suzana%20Costa%20Carvalho.pdf>. Acesso em: 06 maio 2019.

MACÊDO, V. C. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9258> Acesso em: 03 de set. 2019.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate**, v. 42, set. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102> Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/18-37/> Acesso em: 27 out. 2020.

MAIA, L. G.; SILVA, L. A. ; GUIMARÃES, R. A.; PELAZZA, B. B.; PEREIRA, A. C. S.; REZENDE, W. L.; BARBOSA, M. A. Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, 2019. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/artigo/internacoes-por-condicoes-sensiveis-a-atencao-primaria-um-estudo-ecologico/> Acesso: 22 fev. 2019.

MARIANO, T. S. O.; NEDEL, F. B. Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 3, Set. 2018. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742018000300006>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000300307&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2020.

NEDEL, F. B.; FACCHINIL, A.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.19, n. 1, p. 61-75, Mar.2010. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742010000100008&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 30 abr. 2019.

NORONHA, J. C.; UGÁ, M. A. D., 1995. **O sistema de saúde dos Estados Unidos**. In: Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças, p.177-218, São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

PAGE, A.; AMBROSE, S.; GLOVER, J.; HETZEL, D. **Atlas of Avoidable Hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions**. Adelaide: PHIDU, University of Adelaide, 2007. Disponível em: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/c4d175cd-f22f-4834-a96b-546a0595613f/10459.pdf.aspx?inline=true>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PAIM, J. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, v.36, n.94, p.343-347, Jul-Set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a04v36n94.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2019.

PARKER, J. D.; SCHOENDORF, K. C. Variation in Hospital Discharges for Ambulatory Care-Sensitive Conditions Among Children. **Pediatrics**, v.106, n. 4, p. 942-948, Abr, 2000. Disponível em: https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/106/Supplement_3/942.full.pdf. Acesso em: 30 abr. 2019.

PAUL, M. C.; DIK, J. W. H.; CHRISTEL, T. H.; DIJ, K.V. Admissions for ambulatory care sensitive conditions: a national observational study in the general and COPD population. **European Journal of Public Health**, v. 29, n. 2, p. 213–219, Abr 2019. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky182>. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/2/213/5095711>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PINTO JUNIOR, E.P., AQUINO R., DOURADO, I, COSTA, L.Q, SILVA, M. G. C.

Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2883-2890, Jul. 2020.

<https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702883&tlng=pt)

[81232020000702883&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000702883&tlng=pt). Acesso em: 31 out. 2020.

PINTO, L. F., GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p.1903-1914, Jun. 2018.[https://doi.org/10.1590/1413-](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018)

[81232018236.05592018](https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018). Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso)

[81232018000601903&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 abr. 2019.

PROBST, J. C.; LADITKA, J. N.; LADITKA, S. B. Association between community health center and rural health clinic presence and county-level hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions: analysis across eight US states. **BMC Health Services Research**, n. 9, p.134, Jul. 2009. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-134>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646234>. Acesso em: 30 abr. 2019.

ROOS LL, WALLD R, UHANOVA J, BOND R. Physician visits, Hospitalizations and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. **Health Service Research**, v. 40, n. 4, p.1167–1185, Ago. 2005. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361193/> Acesso em: 27 out. 2020.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034, Dez. 2005.<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016. Acesso em: 27 out. 2020.

SANTOS, B. V.; LIMA, D. S.; FONTES, C. J. F. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, v.28, n.1, Epub Jan.

2019.<http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000100001>. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso)

[96222019000100300&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222019000100300&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 ago. 2019.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de Saúde Comparada: Os Modelos de Atenção Primária em Saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.11, n.1, p.79-98, 2018. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202018000100007

Acesso em: 08 jan. 2020.

SARINHO E.; QUEIROZ, G. R. S.; DIAS, M. L. C. M.; SILVA, A. J.Q. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, n.4, p. 365-371, 2007.<https://doi.org/10.1590/S1806-37132007000400004>. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000400004. Acesso em 25 de setembro de 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE, **Plano Municipal de Saúde**, 2018-2021. set. 2017. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2018/01/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2018-2021.pdf>. Acesso em: 27 maio 2019.

SHI, L.; SAMUELS, M.E.; PEASE, M.; BAILEY, W.P.; CORLEY, E.H. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. **Southern Medical Journal**, v. 92 n.10, p.989-998, Out. 1999. Disponível em: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/patient-characteristics-associated-with-hospitalizations-for-ambu-3>. Acesso em: 27 out. 2020.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção primária à saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, Londres, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/217>. Acesso em: 27 out. 2020.

VISÃO MUNDIAL BRASIL. **Estudo Sobre as Políticas Públicas de Proteção à Saúde Infantil e Materna no Brasil**, set. 2011. Disponível em: http://www.andi.org.br/sites/default/files/legislacao/estudo_politicas_publicas_protecao_saud_e_infantil.pdf Acesso em: 10 set. 2019.

VUIK, S.I.; FONTANA, G.; MAYER, E.A. Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalisation. **British Medical Journal Open**, Ago. 2017. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015704>. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/8/e015704>. Acesso em: 30 abr. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions**. Working document, Apr. 2016. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/305875/Assessing-HSD-performance-with-ACSH.pdf. Acesso em: 08 jan. 2020.

ANEXO A - Lista de condições sensíveis à Atenção Primária

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 <i>Haemophilus</i>	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 Tuberculosas	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas 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	Kwashiorkor 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

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA <i>continua</i>		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por <i>Haemophilus influenzae</i>	J14
6,3	Pneumonia por <i>Streptococcus</i>	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 <i>pectoris</i>	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 <i>melitus</i>	
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

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA <i>continua</i>		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
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

Nota: dados provenientes da portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 do Ministério da Saúde

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO MATO GROSSO DO SUL NO PERÍODO DE

Pesquisador: ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30133020.7.0000.8027

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.008.405

Apresentação do Projeto:

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) é um indicador de avaliação de saúde que é baseado em um conjunto de enfermidades que, se tratadas de forma eficaz na atenção primária, e em tempo oportuno, reduzem o risco de internações hospitalares. A utilização deste indicador permite que os gestores consigam melhorar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde, já que possibilita avaliar o desempenho da atenção primária. Este trabalho terá como objetivo analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de 5 anos de idade, no estado do Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2017. Será um estudo ecológico que utilizar-se-á de dados secundários: internações que foram obtidas por meio dos Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponível no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS); cobertura da Estratégia de Saúde da Família do site e-Gestor, de informação e gestão da Atenção Básica; e os dados populacionais que serão retirados do site TABNET do DATASUS baseados em informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao período determinado pelo estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em menores de 5 anos de idade no estado de Mato Grosso do Sul, no período de 2008 a 2017.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.008.405

Objetivo Secundário:

- Estimar a prevalência das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de 5 anos de idade no estado de Mato Grosso do Sul, de 2008 a 2017;
- Estimar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de 5 anos de idade, de 2008 a 2017;
- Correlacionar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de 5 anos de idade com a evolução da cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família, no estado de Mato Grosso do Sul de 2008 a 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: risco de constrangimento dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde e dos pacientes atendidos nas unidades de atenção primária à saúde no estado de Mato Grosso do Sul. Para minimizar esse risco, serão omitidos nomes de todos os profissionais e pacientes.

Benefícios: verificar a qualidade da atenção primária à saúde no estado do Mato Grosso do Sul proporcionando aos gestores planejar soluções ao analisar os desafios existentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Contexto de pesquisa relevante, materiais e métodos parecem adequados para a consecução dos objetivos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presença de todos os termos, conforme protocolos e legislação vigente.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise documental das alterações realizadas pela pesquisadora, discussão dos possíveis riscos e sugestões, o Comitê julgou pela APROVAÇÃO do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da FIOCRUZ Brasília, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/2012, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. De acordo com as Resoluções do CNS 466/12 CNS, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, e 510/16 c, Capítulo VI - V, os pesquisadores responsáveis deverão enviar ao CEP relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



Continuação do Parecer: 4.008.405

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_PROJETO_1518234.pdf	15/04/2020 17:56:46		Aceito
Cronograma	cronograma_corrigido.docx	15/04/2020 17:50:48	ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_com_TCLE_e_cronograma_corrigidos.docx	15/04/2020 17:46:55	ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO	Aceito
Outros	respostas_as_pendencias_do_CEP.docx	15/04/2020 17:45:04	ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dispensadoTCLEcorrigida.docx	15/04/2020 17:35:06	ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rost_assinada_pela_Jislaine.pdf	09/03/2020 12:58:02	ESTER ELIZABETH TORTOSA DE FREITAS MACEDO BRAGATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 05 de Maio de 2020

Assinado por:
BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3329-4746 E-mail: cepbrasil@fiocruz.br