



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE



VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO AMBULATORIAL: UMA FERRAMENTA PARA
AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Montes Claros, MG, 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE



VIVIANE BRAGA LIMA FERNANDES

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
AMBULATORIAL: UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ORIENTADOR: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros/UNIMONTES, como parte das exigências para a obtenção do Título de Mestre em Cuidados Primários em Saúde, área de concentração: Saúde Coletiva.

Montes Claros, MG, 2008

F363i Fernandes, Viviane Braga Lima.
Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial [manuscrito] : uma ferramenta para avaliação da estratégia saúde da família / Viviane Braga Lima Fernandes. – 2008.
98 f. : il.

Bibliografia : f. 75-83.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/ PPGCS, 2008.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Saúde da família - Montes Claros (MG). 2. Avaliação dos serviços de saúde – Montes Claros (MG). I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Aos cidadãos de Montes Claros, usuários do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por proporcionar-me a saúde, a obstinação e a sensatez nas minhas múltiplas funções: mãe, médica, professora, aluna, esposa, mulher e dona de casa.

Aos meus pais e irmãos que, mesmo todos distantes, me incentivaram e apoiaram nesta jornada, além de revigorar em mim a força que tem o pensamento positivo.

Ao meu marido Dalton, companheiro, parceiro de todas as horas, por quem tenho profundo amor e admiração.

Ao meu filho Gustavo, minha melhor experiência neste mestrado, por renovar minhas energias com seus sorrisos e “gritinhos”.

À professora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, por suas considerações imprescindíveis na pré-defesa desta tese, o que enriqueceu, sobremaneira, a confecção deste trabalho.

À professora Veneza Berenice de Oliveira, por aceitar o convite para a banca de defesa, motivo de honra para mim e para esta pós-graduação *strictu sensu*.

Ao sempre professor e exemplo Dr. Antônio Prates Caldeira, por sua disponibilidade e orientação competente, dignas de um visionário da atenção primária no norte do Estado de Minas Gerais.

Ao professor e coordenador da pós-graduação *strictu sensu* em Ciências da Saúde Dr. João Felício Rodrigues Neto, por sua luta em aprimorar e desenvolver os caminhos da pesquisa científica na região.

Aos professores Paulo Rogério Ferreti Bonan e Maisa Tavares de Souza Leite por aceitarem compor a banca de suplentes.

Aos professores do mestrado e às secretárias Kátia e Do Carmo, pela atenção e disposição em responder minhas dúvidas.

Aos colegas do programa, pelo alto nível das nossas discussões, o que ajudou a amadurecer minhas idéias.

Aos acadêmicos de medicina Anderson, Kênia, Jair, Leandro Jaime, Leandro Renato, Rodolfo e Walysson pela dedicação e esmero na coleta de dados.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo apoio financeiro indispensável ao desenvolvimento deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde por apoiar e incentivar o aperfeiçoamento profissional do seu servidor.

“ Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor. “

Goethe (1749-1832)

RESUMO

JUSTIFICATIVA: a necessidade de utilizar processos avaliativos que verifiquem a efetividade das ações do cuidado primário. **OBJETIVO:** propor uma análise avaliativa da Estratégia Saúde da Família (ESF) em relação aos centros de saúde tradicionais, tomando como marcador o evento internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e avaliar a prevalência e os fatores associados com as internações pediátricas por CSAA. **MÉTODOS:** inquérito hospitalar com amostra de pacientes internados em enfermarias de clínica médica, pediatria e cirurgia de hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde em Montes Claros (MG). Foram realizadas entrevistas e pesquisa aos prontuários, de julho de 2007 a julho de 2008. **RESULTADOS:** Foram entrevistados 660 pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica. O percentual de internações por CSAA foi de 38,8% (n=256). As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário, após análise multivariada, foram: internação prévia (OR=1,62; IC95%=1,51-2,28), visitas regulares a unidades de saúde (OR=2,20; IC95%=1,44-3,36), baixa escolaridade (OR=1,50; IC95%=1,02-2,20), controle de saúde não realizado por uma equipe de saúde da família (OR=2,48; IC95%=1,64-3,74), internação solicitada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC95%=1,03-4,94) e idade igual ou superior a 60 anos (OR=2,12; IC95%=1,45-3,09). Para as internações pediátricas, foram entrevistadas 365 famílias e a prevalência de internações por CSAA foi de 41,4% (n=151). A análise de regressão logística revelou que as variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas com as internações foram: residir em área assistida pela ESF (OR=1,65; IC95%=1,04-2,60) e idade menor a dois anos de idade (OR=2,39; IC95%=1,54-3,71). **CONCLUSÕES:** Para os adultos e idosos, os resultados mostraram melhor desempenho das equipes de saúde da família para o controle das CSAA. Para a pediatria, as variáveis podem ser consideradas indicadores de vulnerabilidade social. A carência de estudos nacionais compromete análises mais detalhadas dos resultados. **DESCRITORES:** Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Avaliação de Serviços de Saúde.

ABSTRACT

PROPOSITION: the need to utilize evaluated methods to check primary care effective actions. **OBJECTIVE:** This study evaluated the FHS assistance comparing with traditional Health Centers, taking as marker the hospitalization due Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) and to evaluate the prevalence and the factors associates with pediatric hospitalization due ambulatory care sensitive conditions. **METHODS:** a hospital survey was carried out with a sample of patients in surgery, pediatric and internal medicine patients rooms of hospitals contracted by Brazilian Health Care System in Montes Claros, Minas Gerais. Interviews had been carried out with patients and from July 2007 to July 2008, including medical records review. **RESULTS:** 660 patients in surgery and internal medicine patients rooms had been interviewed. The percentage of ACSC among all the hospitalizations was 38.8% (n=256). The variables statistically associated with the ACSC in this study were: previous hospitalization (OR=1.62; 95%CI=1.51-2.28), regular visits to a health center (OR=2.20; 95%CI=1.44-3.36), low educational level (OR=1.50; 95%CI =1.02-2.20), health control assistance not realized by the FHS team (OR=2.48; 95%CI=1.64-3.74), hospitalization request by doctors who do not act in FHS (OR=2.25; 95%CI=1.03-4.94) and age equal to or above 60 (OR=2,12; IC95%=1,45-3,09). It had been interviewed 365 families of hospitalized children and the prevalence of hospitalization due ambulatory care sensitive conditions were of 41.4% (n=151). The logistic regression analysis showed that, in a joint analysis, the variables statistically associated with hospitalization due ambulatory care sensitive conditions were: to inhabit in area attended by the Strategy of Health of Family (OR=1.65; 95%CI=1.04-2.60) and children under two years of age (OR=2.39; 95%CI=1.54-3.71). **CONCLUSIONS:** to the adults and elderlies, the results showed better performance of the Family Health Strategy Teams to control the ACSC. To the children, the variables can indicate social vulnerability. The lack of national studies affect further detailed analyses of the results. **DESCRIPTORS:** Hospitalization. Primary Health Care. Child Health. Health Services Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Artigo 1 - Avaliação de equipes de Saúde da Família através das internações sensíveis à atenção primária

Tabela 1	Características da população hospitalizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) nos setores de clínica médica e cirúrgica em Montes Claros (MG), 2007/2008	53
Tabela 2	Associação entre as características estudadas e hospitalização com condições sensíveis ao cuidado primário, análise bivariada; Montes Claros (MG), 2008	54
Tabela 3	Resultado da análise multivariada para fatores associados à internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial; Montes Claros (MG), 2007/2008	55

Artigo 2 – Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção ambulatorial

Tabela 1	Características da população pediátrica hospitalizada através do Sistema Único de Saúde, Montes Claros (MG), 2007-2008	73
Tabela 2	Associação entre as características estudadas e hospitalização com condições sensíveis ao cuidado primário, análise bivariada; Montes Claros (MG), 2008	74

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 CASUÍSTICA E MÉTODOS	28
3.1 Tipo de estudo	29
3.2 Local da pesquisa	29
3.3 População-alvo	30
3.4 Critérios de inclusão e exclusão	30
3.5 Amostragem	31
3.6 Instrumento de coleta dos dados	31
3.7 Equipe de entrevistadores	32
3.8 Coleta de dados	32
3.9 Processamento e análise dos dados	33
3.10 Aspectos éticos	33
3.11 Parcerias	34
4 PRODUTOS ALCANÇADOS	35
ARTIGO 1 - Avaliação de equipes de Saúde da Família através das internações sensíveis à atenção primária	36
ARTIGO 2 – Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção ambulatorial	56
REFERÊNCIAS	75
APÊNDICES	84

APÊNDICE A – Formulário de pesquisa sobre internações por causas sensíveis ao cuidado primário da clínica médica	85
APÊNDICE B – Formulário de pesquisa sobre internações por causas sensíveis ao cuidado primário da clínica pediátrica	88
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	91
APÊNDICE D – Termo de autorização para realização de entrevistas com pacientes hospitalizados	93
ANEXOS	95
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	96
ANEXO B – Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	97
ANEXO C – Lista de Condições do indicador “Internações sensíveis à Atenção Ambulatorial” de Minas Gerais	102

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada o evento político-sanitário mais importante das últimas décadas, devido ao seu caráter democrático e à sua dinâmica processual, contribuiu de forma decisiva para a elaboração da nova Constituição Federal de 1988.¹ Esta Constituição incorporou um conjunto de conceitos que definiram a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, direito de todos e dever do Estado, caracterizando um panorama jurídico complexo que serviria de base legal para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.^{1,2}

Nessa ocasião existia significativa produção discursiva do Movimento de Reforma Sanitária Brasileiro que contestava o modelo hegemônico biomédico e propunha modelos assistenciais socialmente mais justos.² Esse movimento resgatava as tendências internacionais, configurando um novo enfoque para o nível da atenção primária à saúde.³ O principal modelo que contribuiu para a expansão da prestação de serviços de “medicina simplificada” para a população foi o Projeto Montes Claros implantado em 1975, ao norte do estado de Minas Gerais.⁴ Este projeto ficou marcado pelo seu caráter democrático e contestatório da realidade sanitária e social, em meio ao contexto repressivo do regime militar. Ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos para a produção de um novo saber sobre a causação social da saúde/doença e criação de espaços político-institucionais. Foram investidos grandes aportes de recursos financeiros internacionais destinados à construção da rede física de 40 postos de saúde com equipamentos e treinamento de 625 auxiliares de saúde. O Projeto Montes Claros surgiu de um conjunto de alterações da economia mineira, da criação da Sudene e também do trabalho do IPPEDASAR (Instituto de

Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural) que constituía uma proposta técnica de organização de uma rede de serviços de saúde no Norte de Minas Gerais.⁴

Corroborando os princípios doutrinários e organizativos do SUS, surge, em 1994, o Programa de Saúde da Família.² Posteriormente, considerando sua expansão, que o consolidou como estratégia prioritária para reorganização da atenção primária, o Ministério da Saúde publicou a portaria nº 648 de 28 de março de 2006, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, que passa a considerar o Programa de Saúde da Família como Estratégia de Saúde da Família - ESF.⁵

Desde então, tem sido observado um crescente número de equipes de saúde da família em todo o país e significativo aumento da cobertura da população assistida, especialmente a partir do final da década de 90. O total de equipes implantadas no país em 1998 era de 2.054, sendo que em julho de 2008 este número saltou para 28.669. Da mesma forma, o número de pessoas cobertas pelas equipes variou de 10.600.000 em 1998, correspondendo a 4,4% da população brasileira, para 91.500.000 em julho de 2008, perfazendo um índice de 48,59% da população.⁶

A grande expansão da ESF reafirmou sua importância enquanto modelo reorganizador da atenção primária e do SUS. Esse movimento impulsionou a necessidade da criação de instrumentos de monitoramento e avaliação das ações e resultados das atividades das equipes. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), instituído em 1998, foi o primeiro instrumento utilizado para este fim; refere-se a produção de relatórios que permitem conhecer a realidade socio sanitária da

população acompanhada, além de avaliar a adequação dos serviços junto à equipe de saúde.⁷ A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB), software para a programação das equipes de Saúde da Família e também dos centros de saúde tradicionais, e que tem como eixo estruturante a integralidade da ação, também representa um instrumento de monitoramento das ações da ESF.⁶ Outro instrumento proposto pelo Ministério da Saúde, a Avaliação para Melhoria de Qualidade (AMQ), que representa uma metodologia de auto-avaliação dos processos de melhoria contínua da qualidade da equipe de Saúde da Família através de cinco instrumentos que contemplam desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população.⁸

O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF – é uma iniciativa do Ministério da Saúde que visa à organização e fortalecimento da atenção primária no país. O projeto está distribuído em três componentes, sendo o terceiro deles direcionado para o monitoramento e avaliação.⁹ O Pacto de Indicadores da Atenção Básica constitui metas de indicadores de saúde a serem alcançadas, acordadas nos âmbitos municipal, estadual e federal.¹⁰ O Ministério da Saúde, através da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, criada no ano 2000, vem aperfeiçoando e formulando vários outros instrumentos com o objetivo de avaliar e monitorar as atividades das equipes de saúde da família.¹¹

Destaca-se, entretanto, que todos os instrumentos citados têm limitações importantes particularmente pelo caráter auto-avaliativo, potencialmente capaz de introduzir vieses no processo de coleta e análise de dados. Além disso, muitos instrumentos implicam no preenchimento de quesitos propostos de forma complexa e extensa, o que os tornam sujeitos a inferências equivocadas.^{12,13}

A literatura internacional registra outros instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS), ainda pouco disseminados no Brasil. A proporção de internações consideradas evitáveis a partir de uma APS oportuna e resolutiva é um deles. Considerando a necessidade de compreender melhor esse indicador, aborda-se, a seguir, seu conceito e aspectos históricos.

Os primeiros registros sobre as internações consideradas “inadequadas” remontam à década de 70.¹⁴ Estudo realizado nos Estados Unidos e Inglaterra, nessa época, mostrou que nos Estados Unidos existiam o dobro de cirurgiões, comparado à Inglaterra, realizando o dobro de cirurgias. Tal fato refletia as indicações cirúrgicas imprecisas e desnecessárias secundárias à desorganização dos cuidados médicos do país. Constatou-se também que grupos que administravam planos de saúde conseguiram reduzir à metade o número destas cirurgias por dar ênfase nas consultas médicas e no cuidado ambulatorial aos pacientes.¹⁵

No final dos anos 80, nos Estados Unidos, o professor John Billings desenvolveu o conceito de “internações potencialmente evitáveis” ou “sensíveis ao cuidado ambulatorial” como reflexo de problemas com a acessibilidade e efetividade do cuidado primário.¹⁶ Em um estudo realizado em Washington, juntamente com Nina Teicholz, Billings selecionou 955 pacientes, internados nos hospitais do Distrito de Columbia, que não dispunham de seguro de saúde e comparou com um grupo controle, o qual possuía o seguro. A maioria dos pacientes era pobre e desempregada e a maior parte das internações foi por condições ligadas à gravidez ou relacionadas a condições crônicas. Dessa forma, quase um quarto de todas as internações foram julgadas

“preveníveis” ou “evitáveis” tivessem os pacientes seguido as orientações médicas ou recebido cuidados ambulatoriais de forma adequada.¹⁷

Em outro estudo realizado na cidade de Nova Iorque, Billings et al. (1993) examinaram o impacto das condições socioeconômicas dos residentes de algumas áreas sobre os índices de hospitalização e verificaram que a falta de cuidado ambulatorial oportuno e efetivo tinha grande influência sobre os índices de internação em áreas consideradas de baixa renda. Para algumas condições (diagnósticos) consideradas sensíveis ao cuidado ambulatorial, as taxas de hospitalização foram maiores em áreas de baixa renda do que em áreas de alta renda. Além disso, os autores observaram que barreiras ao acesso do cuidado à saúde levavam a prejuízos profundos na população e criavam uma grande ineficiência na gestão.¹⁸

Weissman et al. (1992), em pesquisa realizada no início da década de 90, nos hospitais de Massachusetts e Maryland, observaram que pacientes que não possuíam seguro de saúde ou que tinham cobertura do *Medicaid* apresentavam altos índices de internação por condições que podiam, freqüentemente, ser tratadas fora do hospital ou evitadas.¹⁹

Segundo Márquez-Calderón et al. (2003) o conceito de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA), termo originado do inglês *Ambulatory Care Sensitive Conditions – ACSC*, se refere aos processos, ou seja, grupos de diagnósticos específicos, em que a atenção ambulatorial efetiva e oportuna pode ajudar a diminuir os riscos de hospitalização. Isso pode ocorrer seja prevenindo o início de uma doença (por exemplo, patologias para as quais exista uma vacina efetiva),

tratando uma doença aguda (por exemplo, pneumonia) ou controlando uma doença crônica (por exemplo, doença pulmonar obstrutiva crônica).²⁰ O princípio fundamental deste conceito é a diminuição dos índices de internações para determinados diagnósticos. Para Billings et al. (1996), altas taxas de internação por estas condições em uma região podem significar sérios problemas de acesso ou de performance da assistência.²¹

No início da década de 90, este indicador (CSAA) foi utilizado para analisar o acesso à atenção médica de uma população marginalizada nos Estados Unidos. A partir de então, em estudos posteriores, foi também utilizado para identificar variáveis relacionadas aos problemas de acessibilidade, como por exemplo, pouco acesso ao cuidado, baixo nível de escolaridade, baixo nível socioeconômico, falta de um seguro de saúde e falta de um médico de atenção primária.^{22,23} Da mesma forma, foi usado para comparar sistemas de saúde, até que mais recentemente o National Health Service no Reino Unido tem sugerido usar o indicador para estudo da qualidade da atenção primária.²⁴

A proporção de CSAA é de grande interesse para os epidemiologistas, pois retrata a ocorrência de morbidades evitáveis. Também é importante para os gestores de saúde, pois fornece fundamentação científica para intervenções no controle dos custos do sistema público de saúde.²⁵ Para Tamborero Cao (2003) estas internações ditas “desnecessárias”, oriundas das CSAA geram marcantes efeitos deletérios ao sistema de saúde, com aumento da iatrogenicidade, aumento de custos para o Estado, aumento de investigação diagnóstica desnecessária com repercussão na assistência á saúde de forma global.¹⁴ Também pode refletir falhas na organização do cuidado para os outros níveis dos serviços de saúde.²⁶

Em vários estudos realizados, encontra-se ampla faixa de variação dos índices de internação por CSAA, influenciados por vários fatores ligados à acessibilidade ao médico de atenção primária, acessibilidade do hospital, nível socioeconômico, características organizativas próprias da atenção primária, critérios adotados para a hospitalização, cobertura de seguro de saúde.^{20,22,23,27,28}

Um estudo transversal de 248.174 altas hospitalares registradas no Conjunto Mínimo Básico de Alta Hospitalar da Cataluña, Espanha, no ano de 1996, mostrou que 13% dessas altas corresponderam a CSAA, principalmente em homens menores de 15 anos e maiores de 65 anos.²⁴

Outro estudo realizado em Granada, Espanha, no período de 1997 a 1999, mostrou que, de um total de 126.965 internações, 9,8% corresponderam a CSAA. Esta pesquisa comparou as taxas de internação entre os municípios da área de referência de um hospital e determinou a influência que a acessibilidade ao hospital, as características do modelo sanitário local e a taxa de desemprego tiveram sobre estes índices.²⁰

Outro estudo descritivo realizado também na Cataluña, Espanha, a partir de um banco de dados de diagnósticos de altas hospitalares geradas durante os anos de 1998 e 1999, com uma amostra total de registros de 1.376.632, mostrou que 8,42% destes foram por CSAA. A prevenção primária, o diagnóstico precoce e o tratamento constituíram as intervenções prioritárias da atenção primária em reduzir estas internações.²⁷

Flores et al. (2003), analisando as perspectivas de pais e médicos sobre a proporção de internações pediátricas por CSAA em Boston, Estados Unidos, encontrou índices variando de 13% a 46% dependendo da causa e do perfil sociodemográfico das crianças.²³

Pesquisa realizada no estado de Nova Jersey, Estados Unidos, analisou a variação geográfica de hospitalizações em 21 municípios, por CSAA, em não-idosos de 0 a 64 anos e crianças de 0 a 17 anos. Como resultado, a média de internações no estado para adultos em 1997 foi de 13,6 por 1000 habitantes, com nove das 21 cidades ultrapassando este índice. Para as admissões pediátricas, o índice foi de 13 por 1000 em 1997, sendo que para sete cidades os índices foram maiores que a média.²⁹

Também nos Estados Unidos, o programa de seguro de saúde *Medicaid*, financiado pelo governo para disponibilizar serviços médicos para pessoas de baixa renda, foi avaliado no estado da Califórnia no período de 1994 a 1999. Foi realizado um levantamento dos índices de internações por CSAA dos beneficiários desse seguro nos hospitais daquele estado. A pesquisa revelou que o *Medicaid* esteve associado com uma grande redução das internações, sugerindo um aumento do acesso destas pessoas ao cuidado ambulatorial.³⁰ Outro estudo que examinou a relação entre a cobertura do Programa de Seguro de Saúde para Crianças na Califórnia, Estados Unidos, com os índices de internação por CSAA mostrou que um aumento de 1% na matrícula do programa esteve associado com uma redução de 0.42 por 100.000 crianças para as internações por causas sensíveis.³¹

Em Ontário, Canadá, Shah *et al.* (2003) demonstraram que a qualidade da atenção primária à saúde interfere nos índices de CSAA, mesmo em condições em que se controlaram as variáveis de isolamento geográfico e nível socioeconômico da população estudada. O estudo foi realizado com grupo de aborígenes que viviam em isolamento geográfico no norte de Ontário.³²

No Brasil, o único registro localizado sobre internações por CSAA é o de Perpetuo e Wong (2006). A pesquisa foi realizada no período de 1998 a 2004, correlacionando o padrão etário da população brasileira com os índices de internações pelo SUS e mostrou que os mesmos diminuíram neste período, especialmente para as CSAA que passaram de 3,9 milhões para 2,8 milhões.³³ Na representação gráfica das internações por CSAA por grupos etários há uma concentração de hospitalizações em menores de um ano, mínimo entre adolescentes e adultos jovens, para, a partir dos 60 anos, aumentar de forma exponencial. O estudo foi baseado em uma lista de causas classificadas como sensíveis ao cuidado primário desenvolvida pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais.³⁴ Das causas de hospitalização por CSAA no estudo de Perpetuo e Wong apenas cinco delas representaram quase 80% do total de internações: pneumonias bacterianas, gastroenterites, insuficiência cardíaca, asma e problemas de saúde mental.³³

Para o levantamento de todas as internações dos usuários SUS-dependentes ocorridas em Minas Gerais entre janeiro de 1998 a dezembro de 2004, em outro estudo das mesmas autoras, foi usado o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o qual possui dados dos formulários da Autorização de Internação Hospitalar (AIH). As taxas de internação por CSAA reduziram de 33,5% em 1998 para 29,3% em 2004,

especialmente devido à redução das hospitalizações por pneumonias bacterianas e gastroenterites. O risco de hospitalização por CSAA foi maior para menores de um ano e idosos, sendo que para a população mais velha a redução das internações ao longo do período considerado foi mínima.³⁵

Como mencionado anteriormente, as condições sensíveis à atenção ambulatorial são grupos de diagnósticos de alta hospitalar e têm ampla variação nos diversos trabalhos analisados, sendo que a seleção destes diagnósticos representa o ponto central da metodologia destes estudos. Para Caminal et al. (2004), a lista de CSAA deve ser adaptada ao contexto de cada estudo para garantir a validade, credibilidade e magnitude dos índices de hospitalização.^{36,37} A definição da lista de CSAA parece ser, efetivamente, um aspecto importante dos estudos. Para alguns autores a existência de estudos prévios sobre a doença, a clareza na definição e codificação dos casos observados, as taxas elevadas de hospitalização, a constatação de que se trata de um relevante problema de saúde e suscetível de ser resolvido na atenção primária são questões que devem ser consideradas para a elaboração das listas.³⁶ Em todas as listas internacionais pesquisadas usa-se como referência a classificação internacional de doenças (CID), nona revisão, possivelmente, por ser esta bem mais concisa que a décima revisão, que é utilizada no Brasil.

Apesar de alguns estudos confirmarem a validade do indicador “internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial” em medir a efetividade da atenção primária,^{24,25,27} ele não está isento de limitações. Estas “condições sensíveis” são diagnósticos de alta hospitalar que pretendem medir indiretamente a resolubilidade do cuidado primário e de forma direta a atividade hospitalar potencialmente prevenível.²⁷

Conforme Gérvas et al. (2007), estes diagnósticos de alta hospitalar podem não coincidir com os diagnósticos típicos da atenção primária.³⁸ Márquez-Calderon et al. (2003) consideram que o indicador está sujeito a características dos outros níveis da assistência além da morbidade e dos aspectos culturais e socioeconômicos das populações.²⁰ Segundo Bermúdez-Tamayo et al. (2004), a validade do indicador é relativa, pois o mesmo é influenciado pela morbidade, pela cultura de uso dos serviços de saúde da população e pelas políticas de internação dos hospitais.²⁸ Para Giuffrida et al. (1999), as internações por CSAA podem sofrer influências externas à equipe de cuidados primários, sendo mais um indicador de acesso do que da qualidade de desempenho das equipes.³⁹ Tamborero Cao (2003) afirma que as internações evitáveis tem natureza multifatorial e dependem da performance de trabalho do médico, disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e das características da atenção primária da área.¹⁴ Segundo a Divisão de Saúde Pública do governo de Melbourne, Austrália, avaliar uma condição como sensível ou não ao cuidado ambulatorial pode ser tão subjetivo quanto baseado em evidências. Outros fatores alheios ao cuidado primário que influenciam as internações podem ser difíceis de mensurar.⁴⁰ Em outro trabalho, Caminal Homar (2007) também cita outras possíveis limitações para o indicador, como o uso de dados secundários (hospitalares) para avaliação da prática da atenção primária, os fatores relacionados à hospitalização que estão fora do âmbito da atenção primária e o tempo entre a consulta médica e a internação devido às CSAA.⁴¹

Além das limitações do indicador, existem resistências ao seu uso pelos profissionais da atenção primária, especialmente os médicos, devido aos fatores determinantes da hospitalização que estão fora do campo de atuação da atenção primária

como características próprias do paciente, a variabilidade da prática clínica nos hospitais e as políticas de admissão dos mesmos.^{36,38}

Não existem, até o presente momento, estudos brasileiros publicados sobre o processo de construção da lista brasileira de condições sensíveis, apesar de haver algumas poucas informações mostrando que este processo iniciou-se em 2005, como uma iniciativa isolada da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e das Secretarias de Estado da Saúde de Minas Gerais e do Ceará.⁴² A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, publicada em portaria do Ministério da Saúde em abril de 2008, resultou de uma consulta pública editada em setembro de 2007 e difere da listagem de Minas Gerais incluindo alguns grupos de diagnósticos e excluindo outros.⁴³

Considerando a carência de estudos nacionais sobre o tema e a relevância do indicador em mensurar a qualidade da atenção primária à saúde, apesar das referidas limitações, propõe-se a presente pesquisa. Este estudo se insere também como proposta avaliadora da ESF, ao estabelecer comparação entre as equipes de saúde da família e os demais serviços de atenção primária disponíveis para a população.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da atenção à saúde, em áreas assistidas pelas equipes de saúde da família da zona urbana de Montes Claros (MG), estabelecendo análise comparativa com os demais serviços de atenção primária disponíveis para a população e tomando como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial.

2.2 Objetivos Específicos

(a) Determinar a proporção de internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial em hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde em Montes Claros (MG), entre pacientes das clínicas médicas, cirúrgicas e da clínica pediátrica;

(b) Avaliar a interferência de variáveis demográficas e sociais para internações sensíveis ao cuidado primário na amostra estudada;

(c) Conhecer o perfil das internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde para as áreas estudada.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo analítico, transversal e com abordagem quantitativa.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Montes Claros, situada ao Norte do Estado de Minas Gerais, que é o mais importante pólo macro-regional em uma área que inclui também o Sul da Bahia e a região Nordeste de Minas, concentrando uma população de aproximadamente 1,5 milhões de habitantes.⁴⁴

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população estimada do município para 2008 é de 358.271 habitantes e a sua renda *per capita* esteve em torno de R\$ 7.511,00 em 2005 e o índice de desenvolvimento humano (IDH) foi de 0,783 em 2000.⁴⁵

Por sua localização estratégica, a cidade é referência na prestação de serviços de saúde. Possui 44 equipes da Estratégia Saúde da Família distribuídas em áreas periféricas da cidade, atendendo às comunidades mais carentes e assumindo uma cobertura de aproximadamente 50% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém 15 Centros de Saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à rede hospitalar, a cidade conta com cinco hospitais gerais, um hospital psiquiátrico, possui três pronto-socorros abertos ao público em geral e uma unidade de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

3.3 População-alvo

A amostra deste estudo foi obtida entre pacientes internados nas clínicas médicas, clínicas cirúrgicas e pediátricas dos hospitais credenciados pelo SUS no município, nas referidas áreas.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão:

- (a) pacientes e/ou familiares que concordassem em participar da pesquisa;
- (b) pacientes internados nas clínicas médicas, cirúrgicas e pediátricas dos hospitais públicos ou conveniados as SUS do município;
- (c) Pacientes sem restrições físicas ou mentais para responder aos questionários;
- (d) Pacientes residentes em Montes Claros.

Critérios de exclusão:

- (a) pacientes e/ou familiares que não concordassem em participar da pesquisa;
- (b) pacientes internados nos hospitais não credenciados pelo SUS e hospital psiquiátrico;
- (c) pacientes com restrições físicas ou mentais que impedissem a entrevista;
- (d) pacientes oriundos de outros municípios.

3.5 Amostragem

Na determinação do cálculo amostral, tomou-se como parâmetros o número total de internações realizadas por cada uma das instituições em 2007 e uma frequência esperada conservadora de 50% do evento, considerando a inexistência de dados prévios sobre o indicador “internações por condições sensíveis ao cuidado ambulatorial”, com erro aceitável de 5% e nível de confiança de 99%. Cada um dos hospitais contemplados na pesquisa foi visitado uma vez por semana, ao longo de um ano (julho de 2007 a julho de 2008), com seleção aleatória das unidades de internação e dos dias de visitas, em esquema de rodízio, baseado em escala de randomização produzida eletronicamente. Esta proposta objetivou obter maior heterogeneidade da amostra dentro do mesmo

hospital e ao longo de todo o ano, procurando, inclusive, evitar vieses associados com a sazonalidade de determinadas patologias.

3.6 Instrumento de coleta dos dados

Foram utilizados questionários semi-estruturados para coleta de dados nos hospitais, com questões distintas para as clínicas médicas e pediátricas (APÊNDICES A e B). Para as entrevistas foram propostas perguntas que possibilitassem respostas curtas e rápidas. Além da investigação acerca da condição nosológica que motivou a internação, foram obtidos dados sobre variáveis demográficas e socioeconômicas. Um estudo piloto validou as questões apresentadas. Foi feita conferência de 5% dos questionários junto aos serviços de arquivamento médico de cada hospital.

3.7 Equipe de entrevistadores

A equipe de entrevistadores para o trabalho de campo foi formada por seis estudantes da graduação do curso de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Os estudantes foram especialmente treinados sobre os quesitos dos questionários e a forma de coletar os dados. Trabalharam em duplas, na visita aos hospitais, de acordo com o sorteio prévio. Além dos estudantes entrevistadores, outro aluno (bolsista de iniciação científica) atuou como supervisor do trabalho de todos os colegas, mantendo contato direto com os coordenadores da pesquisa.

Para verificar a eficácia dos instrumentos (questionários) e o desempenho dos entrevistadores, foi realizado um estudo piloto que validou as questões. Após análise

dessa fase, foram feitas modificações na redação de algumas questões, sem alterações na equipe de entrevistadores.

3.8 Coleta de dados

Os pacientes, ou os responsáveis, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos à entrevista (APÊNDICE C). A causa básica da internação foi determinada pela consulta ao prontuário. Havendo diferenças entre a causa referida na AIH e aquela registrada na evolução do paciente o caso era avaliado junto com o coordenador de campo. Apenas o diagnóstico principal foi considerado na coleta de dados.

3.9 Processamento e análise dos dados

Todas as informações coletadas foram codificadas, digitadas e processadas no software Epi info. Primeiramente foi feita análise bivariada das variáveis em estudo e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, sendo selecionadas aquelas variáveis que se mostraram significativas até o nível de 25% ($p < 0,25$) para análise multivariada. Em seguida, utilizou-se o modelo de regressão logística para avaliação conjunta das variáveis identificadas na primeira análise, admitindo-se um nível de significância de 5% e assumindo-se um intervalo de confiança de 95%.

3.10 Aspectos éticos

Em todas as etapas da coleta e análise de dados foram assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações por envolver pesquisa em seres humanos. O presente projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, obtendo parecer favorável para sua execução (ANEXO A). A entrevista hospitalar foi realizada somente com autorização prévia dos diretores clínicos dos hospitais, permitindo as entrevistas pelos estudantes (APÊNDICE D). A entrevista somente foi conduzida após o consentimento formal do paciente ou da família, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

3.11 Parcerias

A Secretaria Municipal de Saúde representou uma grande parceira do trabalho desenvolvido, manifestando interesse direto no processo de avaliação da efetividade dos seus serviços de atenção primária. Assim, o gestor municipal se apresentou como colaborador para fornecer todas as informações pertinentes à proposta, atuando junto aos serviços hospitalares na solicitação de dados, inclusive reiterando o apoio para que as entrevistas fossem realizadas de forma satisfatória.

PRODUTOS ALCANÇADOS

ARTIGO 1

Avaliação de equipes de Saúde da Família através das internações sensíveis à atenção primária

Evaluation of Family Health Teams by hospitalizations due
Ambulatory Care Sensitive Conditions

Viviane Braga Lima Fernandes, Antônio Prates Caldeira, Anderson Antônio Faria, João
Felício Rodrigues Neto

RESUMO

OBJETIVO: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil buscando reorganizar a assistência à saúde, com ênfase em ações de promoção e prevenção. Este trabalho se propõe a uma análise avaliativa da ESF em relação aos centros de saúde tradicionais, tomando como marcador o evento internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA).

MÉTODOS: Realizou-se inquérito de morbidade hospitalar com amostra aleatória e representativa de pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde em Montes Claros (MG). Foram realizadas entrevistas e pesquisa aos prontuários, de julho de 2007 a julho de 2008. A definição das condições consideradas sensíveis ao cuidado primário foi feita a partir da lista oficial do Ministério da Saúde do Brasil. As variáveis estudadas foram analisadas através de análises bivariadas e, posteriormente, através de análise de regressão logística.

RESULTADOS: Foram entrevistados 660 pacientes. O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário no grupo estudado foi de 38,8% (n=256). As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário no presente estudo, após análise

multivariada, foram: internação prévia (OR=1,62; IC95%=1,51-2,28), visitas regulares a unidades de saúde (OR=2,20; IC95%=1,44-3,36), baixa escolaridade (OR=1,50; IC95%=1,02-2,20), controle de saúde não realizado por uma equipe de saúde da família (OR=2,48; IC95%=1,64-3,74), internação solicitada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC95%=1,03-4,94) e idade igual ou superior a 60 anos (OR=2,12; IC95%=1,45-3,09).

CONCLUSÕES: Os resultados mostraram melhor desempenho das equipes de saúde da família para o controle das CSAA. Registra-se a necessidade de novos estudos sobre este indicador, ainda pouco utilizado no Brasil.

DESCRITORES: Avaliação de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hospitalização.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The Family Health Strategy (FHS) has been implemented in Brazil with the aim of reorganizing the health care system with an emphasis on promotion and prevention. This study evaluated the FHS assistance comparing with traditional Health Centers, taking as marker the hospitalization due Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC).

METHODS: Morbidity surveys was carried out with a random and representative sample of patients in surgery and internal medicine patients rooms of hospitals contracted by Brazilian Health Care System in Montes Claros, Minas Gerais. Interviews had been carried out with patients and from July 2007 to July 2008, including medical records review. To define the ACSC it was used the official list of Brazilian Health Ministry. After bivariate analysis, a multivariate analysis with logistic regression was carried out.

RESULTS: 660 patients had been interviewed. The percentage of ACSC among all the hospitalizations was 38.8% (n=256). The variables statistically associated with the ACSC in this study were: previous hospitalization (OR=1.62; 95%CI=1.51-2.28), regular visits to a health center (OR=2.20; 95%CI=1.44-3.36), low educational level (OR=1.50; 95%CI =1.02-2.20), health control

assistance not realized by the FHS team (OR=2.48; 95%CI=1.64-3.74), hospitalization request by doctors who do not act in FHS (OR=2.25; 95%CI=1.03-4.94) and age equal to or above 60 (OR=2,12; IC95%=1,45-3,09).

CONCLUSIONS: The results showed better performance of the Family Health Strategy Teams to control the ACSA. There is a need for further studies about this indicator that is still little used in Brazil.

DESCRIPTORS: Health Services Evaluation. Primary Health Care. Hospitalization.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. As primeiras equipes começaram a ser implantadas no Brasil a partir de 1994, com o grande objetivo de reorganizar a prática assistencial da Atenção Primária, em substituição ao modelo tradicional, centrado da consulta médica, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais.²²

Não parece haver dúvidas de que a Atenção Primária fortalecida e adequadamente estruturada é de extrema importância na organização dos sistemas de saúde.^{2,23} Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos, desenvolvidos de forma organizada, contribui efetivamente para que os gestores e profissionais tenham informações e adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde, com qualidade, para ampliar a resolubilidade do sistema.

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada na atenção primária representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção.^{2,6,17} Desenvolvido no final dos anos 80, nos Estados Unidos, esse indicador tem sido utilizado para avaliar acessibilidade e efetividade do cuidado primário.^{4,8,9,12,21} Alguns estudos apresentam significativas diferenças entre as taxas de internação hospitalar por determinadas afecções, entre populações distintas, denotando acesso diferenciado aos serviços de atenção primária.^{7,19} Assim, embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutive dos serviços de atenção primária na evitabilidade de algumas hospitalizações tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde.

No Brasil, existem, poucos estudos sobre internações sensíveis ao cuidado primário e somente em abril de 2008 foi publicada uma lista nacional de condições sensíveis à atenção primária.⁵ O presente estudo se insere na proposta avaliativa do cuidado primário. Com a hipótese de que os pacientes assistidos pela ESF são menos propensos à hospitalização por causas evitáveis, estabeleceu-se como objetivo deste estudo aferir a qualidade da atenção à saúde em áreas assistidas pela ESF, em relação aos demais serviços de atenção primária disponíveis para a população, tomando como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em Montes Claros, ao Norte de Minas Gerais. A cidade representa o principal pólo regional e sua população, de aproximadamente 350 mil habitantes, é predominantemente urbana. As unidades da ESF estão localizadas em áreas periféricas da cidade e atendem as comunidades mais carentes, assumindo uma cobertura de aproximadamente 50% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém 15 Centros de Saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à rede hospitalar, a cidade conta com cinco hospitais gerais e um hospital psiquiátrico, possui três pronto-socorros abertos ao público em geral e uma unidade de Serviço Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Neste cenário, realizou-se um inquérito de morbidade hospitalar com amostra aleatória de pacientes admitidos em enfermarias de clínica médica e cirúrgica dos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), no período de julho de 2007 a julho de 2008.

O número de leitos e hospitalizações em cada setor hospitalar foi fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, que é responsável pela regulação dos leitos conveniados com o SUS. Na determinação do cálculo amostral, tomou-se como parâmetros o número de internações realizadas por cada uma das instituições no ano anterior e uma frequência esperada conservadora de 50% do evento, considerando a inexistência de dados prévios sobre o indicador estudado, com erro aceitável de 5% e nível de confiança de 99%. Esse cálculo forneceu um número de 610 elementos para a amostra.

Foram considerados elegíveis para a entrevista os pacientes internados nas clínicas médicas e cirúrgicas dos hospitais selecionados, que fossem residentes no município, que pudessem responder à entrevista ou estivessem acompanhados de algum familiar que pudesse fazê-lo e que concordassem com a entrevista, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos o hospital psiquiátrico e dois hospitais de menor porte que não possuíam credenciamento de internações hospitalares pelo SUS para todas as áreas.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados questionários semi-estruturados com perguntas que ensejavam respostas curtas e rápidas. Além da investigação acerca da condição nosológica que motivou a internação, foram obtidos dados sobre variáveis demográficas e socioeconômicas. Um estudo piloto realizado em uma das instituições hospitalares validou as questões apresentadas. A equipe de entrevistadores para o trabalho de campo foi constituída por estudantes da graduação do curso de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros e foi especialmente treinada para os procedimentos.

Cada um dos hospitais foi visitado uma vez por semana, ao longo de um ano, com seleção aleatória das unidades de internação e dos dias de visitas, em esquema de rodízio. Assim, cada hospital recebia visitas em diferentes setores e em diferentes dias a cada semana. Essa proposta objetivou obter maior heterogeneidade da amostra dentro do mesmo hospital e ao longo do período da coleta de dados.

A definição das áreas geográficas assistidas pela ESF foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e o cadastro na unidade de saúde foi confirmado através da

informação do paciente ou acompanhante. Para a definição das afecções cujas internações são sensíveis ao cuidado primário utilizou-se a relação publicada pelo Ministério da Saúde.⁵ A definição diagnóstica foi realizada através de pesquisa no prontuário do paciente. Somente o diagnóstico principal foi considerado. Sempre que havia dúvidas sobre o diagnóstico por parte da dupla de entrevistadores, a definição era realizada pelo coordenador da coleta de dados. O software Epi info foi utilizado para entrada e análise dos dados. A regressão logística foi utilizada para avaliação conjunta das variáveis associadas às condições sensíveis de internação.

Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa contou com o apoio da secretaria municipal de saúde e dos diretores clínicos das instituições e a entrevista hospitalar somente foi realizada com autorização do próprio paciente ou da família, mediante consentimento livre e esclarecido. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESULTADOS

Foram entrevistados 660 pacientes nas clínicas médicas masculinas e femininas dos hospitais selecionados, incluindo-se leitos cirúrgicos. Não foram registradas recusas para participar do estudo. As principais características sociais e demográficas da população estudada são apresentadas na Tabela 1. O grupo se mostrou relativamente homogêneo em relação ao gênero e ao estado civil. A idade dos entrevistados variou de 14 a 99 anos, com média de 53 anos. A escolaridade média do grupo foi de cinco anos, destacando-se um percentual de 19,8% (n=131) de pacientes analfabetos.

As condições sociais investigadas revelaram uma população com limitado acesso aos bens e serviços em geral, residente em habitações pequenas (até seis cômodos) e, muitas vezes, com muitos moradores no mesmo domicílio (Tabela 1).

Entre os entrevistados, 455 (68,9%) referiam fazer controle de saúde regularmente. Destes, 229 (34,7%) faziam acompanhamento em unidades da ESF, 203 (30,8%) em Centros de Saúde ou policlínicas e 23 (3,5%) em consultórios particulares.

O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário no grupo estudado foi de 38,8% (n=256). A duração média da internação foi de nove dias e duração mediana foi de cinco dias. Entre os pacientes avaliados, 283 (42,9%) referiram episódio de internação prévia. As principais causas de internação aferidas através do prontuário do paciente foram: insuficiência cardíaca, pneumonia, tumores em geral, doença coronariana, diabetes e suas complicações, traumas e causas externas, afecções cirúrgicas eletivas e infecções da pele e subcutâneo.

A tabela 2 apresenta os resultados das análises bivariadas entre as variáveis estudadas e o tipo de internação, categorizado, segundo o código diagnóstico como condição sensível ou não ao cuidado primário. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas até o nível de 20% ($p < 0,20$) foram selecionadas para análise multivariada.

A tabela 3 apresenta o resultado da análise de regressão logística. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário identificadas no presente estudo após análise conjunta foram: relato de internação prévia (OR=1,62; IC95%=1,51-2,28), relato de realização

de controle regular de saúde (OR=2,20; IC95%=1,44-3,36), escolaridade inferior a quatro anos do ensino fundamental (OR=1,50; IC95%=1,02-2,20), controle de saúde fora das unidades de saúde da família (OR=2,48; IC95%=1,64-3,74), solicitação de internação realizada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC95%=1,03-4,94) e idade superior a 60 anos (OR=2,12; IC95%=1,45-3,09).

DISCUSSÃO

A escassez de estudos nacionais sobre a temática das internações sensíveis ao cuidado primário destaca a necessidade de realização de pesquisas na área. O indicador, bastante utilizado em outros países, representa uma ferramenta útil ao gestor de saúde, que pode, a partir do mesmo, monitorar de forma rápida, a efetividade e a qualidade dos serviços de atenção primária sob sua responsabilidade.

No presente estudo algumas limitações do indicador foram antecipadas, como por exemplo, a qualidade do diagnóstico no prontuário, que foi aferido “in loco” e não a partir de dados secundários. A coleta de dados ao longo de todo o ano evitou a influência da sazonalidade de algumas afecções. Todavia, algumas limitações ainda existem e devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal delas foi a restrição das internações às clínicas médicas e cirúrgicas dos hospitais, excluindo-se, por exemplo, as internações decorrentes da assistência ao parto, principal motivo de internação no país, ou internações da área da saúde mental, que não representam condições sensíveis, segundo a lista do Ministério da Saúde.¹⁵ Assim, o percentual de 38,8% reflete apenas a proporção de internações por condições sensíveis no grupo avaliado. Deve-se reiterar, todavia, que essa limitação restringe-se à generalização dos

dados e não à análise comparativa entre os modelos de assistência à saúde, que foi o objetivo do presente estudo.

Em vários estudos realizados em todo o mundo, encontra-se ampla faixa de variação dos índices de internação por CSAA. Essas diferenças são influenciadas por vários fatores ligados à acessibilidade ao médico de atenção primária, acessibilidade do hospital, nível socioeconômico da população avaliada, características organizativas próprias da atenção primária, critérios adotados para a hospitalização e cobertura de seguro de saúde.^{2,6,12}

Salienta-se, para o Brasil, a dificuldade de se comparar o percentual de internações consideradas sensíveis ao cuidado primário com estudos realizados em outros países. Tanto na Europa como nos Estados Unidos, os estudos apresentam listas diferentes e utilizam como referência a nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9), enquanto no Brasil a relação oficial emprega a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o que pode gerar distorções significativas na análise comparativa. Ainda assim, destaca-se que o padrão de grupos de diagnósticos nas internações evitáveis coincidem com outros estudos, especialmente para pneumonia e insuficiência cardíaca.^{2,7,17,20}

Embora não se tenha verificado a renda familiar no presente estudo, as características da população estudada (Tabela 1) permitem inferir que se trata de uma população socialmente negligenciada, pois mais da metade dos pacientes não referiu escolaridade além da primeira fase do ensino fundamental. A associação de internações por CSAA com variáveis que denotam baixo nível socioeconômico, como a observada neste estudo através da associação com baixa escolaridade (OR=1,50; IC95%=1,02-2,20) é consistente com outros estudos.^{3,18,20}

No presente estudo pessoas adultas com escolaridade igual ou inferior a quarta série do ensino fundamental apresentaram 50% mais chances de serem hospitalizados por CSAA. Compreende-se que mais anos de estudo significam maior capacidade de leitura e escrita e estão relacionados a menores índices de hospitalização em geral e, particularmente, às hospitalizações por condições sensíveis.¹ Nos Estados Unidos, para os pacientes beneficiários do *Medicare* que possuíam melhores índices de escolaridade, as chances de internações evitáveis se mostraram reduzidas.¹⁰

A associação de hospitalizações evitáveis com paciente idosos, verificada no presente estudo, também já foi apontada em outras pesquisas.^{2,6,7} Para os idosos, em geral, as principais causas de internações são por CSAA.¹⁵

Duas das variáveis estudadas no presente trabalho, que se mantiveram no modelo final, estatisticamente associadas com internações por CSAA, são relacionadas às condições de saúde próprias do paciente. Internações progressivas e realização de controles regulares de saúde podem denotar condições mais graves e/ou pacientes mais vulneráveis. Em condições habituais, uma fonte regular, contínua, de cuidados em saúde está associada a menores taxas de internação.^{14,23} Contudo, diante de pacientes mais graves e com relatos de internações prévias, a insegurança do médico, do paciente e da própria família conduzem a uma conduta mais intervencionista, geralmente a nível hospitalar. No presente estudo pacientes que referiam realizar controle de saúde regularmente também apresentaram uma chance maior de estarem hospitalizados por CSAA (OR=2,20; IC95%=1,44-3,36). Em princípio essa associação parece paradoxal. Para os autores ela releva a possibilidade de pacientes mais críticos e/ou qualidade precária do acompanhamento.

Quando o acompanhamento esteve associado à unidades de saúde que não possuíam equipes de Saúde da Família, observou-se que maiores chances de hospitalizações por CSAA (OR=2,48; IC95%=1,64-3,74). Essa constatação confirma a hipótese inicial do estudo e corrobora outros estudos avaliativos que destacam as vantagens da estratégia.^{11,16} Efetivamente, as equipes de saúde da família têm as melhores condições para atuar preventivamente sobre as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis. Equipes de Saúde da Família estão, quase sempre, estrategicamente localizadas em áreas periféricas das cidades, facilitando o acesso oportuno aos cuidados de saúde. A longitudinalidade assegurada pela ESF propicia maior relação de confiança entre pacientes e médicos, interferindo favoravelmente na adesão ao tratamento e às orientações de saúde.^{8,23}

Outro aspecto das internações por CSAA estritamente ligado ao sistema de saúde foi identificado no presente estudo: o médico que solicita a internação é, quase sempre, o plantonista do pronto-socorro (Tabela 2). Assim é que, embora 229 pacientes tenham referido ser acompanhados por equipes de Saúde da Família, menos de um quarto desses pacientes tiveram sua hospitalização definida pelo médico da equipe. Observou-se uma chance duas vezes maior de hospitalização por CSAA para pacientes que tiveram sua internação solicitada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC95%=1,03-4,94). Esse aspecto já foi apontado em outros estudos. Em muitos locais, o sistema de saúde, de modo geral, tem pouca interferência sobre as políticas de admissão adotadas pelo hospital. Márquez-Calderón *et al.* (2003) mostraram que a maior acessibilidade ao hospital esteve associada a maiores taxas de internações por CSAA.¹⁷ Para os autores, o número de leitos hospitalares disponíveis faz pensar que os recursos da atenção especializada desempenha um papel importante na variabilidade destas taxas. Outro estudo demonstrou que maior proximidade ao hospital estava associada a

maiores as taxas de hospitalização por CSAA.⁷ Os autores também discutem que as características da atenção especializada, a facilidade de acesso ao hospital e os padrões de utilização por parte da população, em detrimento da atenção primária, podem explicar estes achados. Em relação ao médico que assiste o paciente, acredita-se que o internista atue fundamentado no contexto de sua prática hospitalar, enquanto o médico da atenção primária se caracteriza por colocar o contexto social no problema do paciente, o que justifica uma variabilidade clínica prudente e necessária.¹³

Embora outros estudos nacionais tenham apontado o bom desempenho das equipes de Saúde da Família, o indicador “internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial” ainda é pouco difundido e novas pesquisas são necessárias para generalização dos dados. O município onde se realizou o estudo possui particularidades que o distingue da maior parte do país, pois possui em sua rede de atenção primária grande parte de médicos e enfermeiros com formação específica na modalidade de residência (médica e multiprofissional em saúde da família) e conta também com inserção de acadêmicos das várias áreas da saúde na rede de atenção primária. Considerando as características e potencialidades do indicador e o incremento que vem sendo aplicado à estratégia saúde da família, novos processos avaliativos podem inseri-lo à rotina das equipes de saúde, possibilitando maior discussão sobre a lista de CSAA e sobre a efetividade das ações dos serviços de atenção primária. É sempre oportuno lembrar que a ESF encontra-se, quase sempre, estrategicamente dirigida à população de maior vulnerabilidade. Muitas vezes, para essa população, o acesso precoce a um serviço de saúde de boa qualidade representa a possibilidade de sobrevida. Aferir a qualidade da assistência prestada representa, pois, um compromisso ético com essa parcela da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Car Res Rev.* 2006; 63(6):719-41.
2. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria.* 2004;33(6):305-11.
3. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs.* 1996;15(3):239-49.
4. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs.* 1990;9(4):158-65.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o

desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Diário Oficial da União. Brasília, 18 abr. 2008; Seção 1, nº 75, p.70.

6. Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003;31(1):6-14
7. Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermsilla Pérez E, Martín Mateo M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Rev Clín Esp*. 2001;201(9):501-7.
8. Caminal J; Starfield B; Sánchez E; Casanova C; Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14:246-51.
9. Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. *Health Serv Res*. 2005;40(4):953-956.
10. Culler SD, Parchman ML, Przybylski M. Factores related to potentially preventable hospitalizations among the elderly. *Med Care*. 1998;36:804-17.
11. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV *et al*. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(3):669-81.
12. Falik M; Needleman J; Herbert R; Wells B; Politzer R; Benedict MB. Comparative effectiveness of health centers as regular source of care: application of sentinel ACSC events as performance measures. *J Ambul Care Manage* 2006; 29:24-35.
13. Gervas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):205-18.
14. Gill JM, Mainous AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7:352-357.

15. López MIV, Morata JLG, Jiménez MM, López MMV, Cavanillas AB. To identify primary care interventions that reduce hospitalization of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2007;39(10):525-33.
16. Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:13-19.
17. Márquez-Calderón S; Rodríguez del Aguila MM; Perea-Milla E; Ortiz J; Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003; 17:360-7.
18. Menéndez-Asenjo AA, Leal CF, Pena SS. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit*. 2003;1(4):657-78.
19. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:17-22.
20. 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;40(4):1167-85.
21. Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place*. 2001;7:27-38.
22. Santana LM. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade* 2001; 10:1-25.
23. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.

TABELAS

Tabela 1: Características da população hospitalizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) nos setores de clínica médica e cirúrgica em Montes Claros (MG), 2007/2008.

Variável	(n)	(%)
Idade (anos)		
14-19	23	3,5
20-39	153	23,2
40-59	208	31,5
≥ 60	276	41,8
Gênero		
Masculino	342	51,8
Feminino	318	48,2
Estado civil		
Casado/União estável	366	55,5
Solteiro/Viúvo/Separado	294	44,5
Escolaridade (anos de estudo)		
Nenhum	131	19,8
1-4	213	32,3
5-8	161	24,4
9-11	143	21,7
≥ 12	12	1,8
Moradores no domicílio		
1-3	282	42,7
4-6	306	46,4
≥ 7	72	10,9
Número de cômodos no domicílio		
1-3	76	11,5
4-6	403	61,1
≥ 7	181	27,4
Internação prévia		
Sim	283	42,9
Não	377	57,1
Controle de saúde		
Sim	455	68,9
Não	205	31,1
Local onde realiza controle de saúde		
Centro de Saúde	174	26,3
PSF	229	34,7
Consultório Particular	23	3,5
Policlínica	29	4,4
Não realiza	205	31,1
Duração da internação (dias)		
1-4	321	48,6
5-9	153	23,2
10-14	67	10,2
≥ 15	119	18,0

Tabela 2: Associação entre as características estudadas e hospitalização com condições sensíveis ao cuidado primário, análise bivariada; Montes Claros (MG), 2008

Variável	Condição sensível		Condição não sensível		P	OR (IC95%)
	n	%	n	%		
Gênero						
Masculino	136	53,1	206	51,0	0,649	1,09(0,78-1,51)
Feminino	120	46,9	198	49,0		
Idade (anos)						
≥ 60	148	57,8	128	31,7	0,000	2,95(2,10-4,16)
< 60	108	42,2	276	68,3		
Estado civil						
Casado/União estável	130	50,8	236	58,4	0,065	0,73 (0,53-1,02)
Solteiro/Viúvo	126	49,2	168	41,6		
Internação prévia						
Sim	135	52,7	148	36,6	0,000	1,93 (1,38-2,70)
Não	121	47,3	256	63,4		
Controle regular de saúde						
Sim	196	76,6	259	64,1	0,001	1,83 (1,27-2,65)
Não	60	23,4	145	35,9		
Percepção sobre o serviço de saúde						
Negativa	28	12,4	61	16,1	0,260	0,74 (0,44-1,22)
Positiva	198	87,6	318	83,9		
Vínculo com o PSF						
Não	142	56,3	168	41,7	0,000	1,81 (1,30-2,51)
Sim	110	43,7	235	58,3		
Duração da internação (dias)						
< 5	110	43,0	211	52,2	0,025	0,69 (0,49-0,96)
≥ 5	146	57,0	193	47,8		
Número de Residentes no domicílio						
< 5	167	65,2	261	64,6	0,935	1,03 (0,73-1,45)
≥ 5	89	34,8	143	35,4		
Escolaridade (anos)						
≤ 4	165	64,5	179	44,3	0,000	2,28 (1,62-3,20)
> 4	91	35,5	225	55,7		
Número de cômodos da residência						
< 5	71	27,7	119	29,5	0,698	0,92 (0,64-1,32)
≥ 5	185	72,3	285	70,5		
Controle de saúde no PSF						
Não	187	73,0	244	60,4	0,001	1,78 (1,24-2,54)
Sim	69	27,0	160	39,6		
Controle de saúde no PSF (apenas entre os que fazem controle)						
Não	127	64,8	99	38,2	0,000	2,97 (1,98-4,48)
Sim	69	35,2	160	61,8		
Indicação da internação						
Médicos do PS/Outros	245	96,5	362	89,6	0,002	3,16 (1,44-7,15)
Médicos do PSF	9	3,5	42	10,4		

Tabela 3: Resultado da análise multivariada para fatores associados à internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial; Montes Claros (MG), 2007/2008.

Variáveis	p-valor	OR ajustado(IC95%)
Internação prévia	0,006	1,62(1,15-2,28)
Realiza controle regular de saúde	0,000	2,20(1,44-3,36)
Escolaridade até quatro anos	0,038	1,50(1,02-2,20)
Falta de vínculo com o PSF	0,000	2,48(1,64-3,74)
Indicação da internação por outro médico	0,042	2,25(1,03-4,94)
Idade superior a 60 anos	0,000	2,12(1,45-3,09)

ARTIGO 2

Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção ambulatorial

Pediatrics hospitalizations due ambulatory care sensitive
conditions

Viviane Braga Lima Fernandes, Antônio Prates Caldeira, Walysson Pereira Fonseca,
Anderson Antônio Faria

Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

RESUMO:

Serviços de atenção primária oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva tendem a reduzir o número de hospitalizações por algumas doenças. O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e os fatores associados com as internações pediátricas por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Realizou-se inquérito hospitalar ao longo de um ano, com amostra representativa e aleatória de crianças hospitalizadas em um município do Norte de Minas Gerais. Foram entrevistadas 365 famílias de crianças hospitalizadas e a prevalência de internações classificadas como condições sensíveis ao cuidado primário foi de 41,4% (n=151). A análise de regressão logística revelou que, em uma análise conjunta, as variáveis se mantiveram estatisticamente associadas com as internações sensíveis ao cuidado primário foram: residir em área assistida pela Estratégia de Saúde da Família (OR=1,65; IC95%=1,04-2,60) e idade menor a dois anos de idade (OR=2,39; IC95%=1,54-3,71). Ambas as variáveis podem ser consideradas indicadores de vulnerabilidade social, pois as variáveis diretamente vinculadas com a assistência não se mantiveram no modelo final. A carência de estudos nacionais compromete análises mais detalhadas dos resultados.

Palavras-chave: Hospitalização. Saúde da criança. Atenção Primária à Saúde. Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT:

Effective and opportune ambulatory care tends to reduce the number of hospitalizations for some illnesses. The objective of the study was to evaluate the prevalence and the factors associated with pediatric hospitalization due ambulatory care sensitive conditions. A hospital survey throughout one year was carried out with representative and random sample of children hospitalized in a city of the North of Minas Gerais, Brazil. It had been interviewed 365 families of hospitalized children and the prevalence of hospitalization due ambulatory care sensitive conditions were of 41.4% (n=151). The logistic regression analysis showed that, in a joint analysis, the variables statistically associated with hospitalization due ambulatory care sensitive conditions were: to inhabit in area attended by the Strategy of Health of Family (OR=1.65; 95%CI=1.04-2.60) and children under two years of age (OR=2.39; 95%CI=1.54-3.71). Both the variables can indicate social vulnerability because others variables directly linked with health care had not been remained in the final model. The lack of national studies affect further detailed analyses of the results.

Key-Words: Hospitalization. Child Health (Public Health). Primary Health Care Ambulatory Care

INTRODUÇÃO

Diversos estudos têm apontado que as internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) são um importante marcador de acesso aos serviços de saúde e da capacidade resolutiva da atenção primária¹⁻⁴. Essas condições constituem um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços de atenção primária oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva diminuiriam as chances de internação⁴⁻⁶. São diversas as ações da atenção primária à saúde que podem ajudar a reduzir os índices dessas internações na área da saúde infantil. A prevenção de algumas doenças pode ser alcançada através das vacinas, o tratamento adequado de episódios agudos como gastroenterites pode evitar complicações que necessitem internações, bem como o controle de doenças crônicas, como a asma, por exemplo^{5,7-9}.

Diferentemente da população adulta, na qual as hospitalizações concentram patologias cardiovasculares e outras condições crônicas, na população infantil predominam as condições agudas, como as afecções das vias aéreas. A relação também é inversa quando se considera o padrão etário, ou seja, para os adultos quanto maior a idade, maiores são as taxas de hospitalização, enquanto para as crianças quanto menor a idade, maiores são estas taxas¹⁰.

O estudo dos fatores associados às internações pediátricas consideradas evitáveis pode oferecer oportunidades de intervenções exitosas em grupos populacionais específicos. Alguns fatores apontados na literatura como associados às internações pediátricas por condições sensíveis ao cuidado primário são o gênero da criança, a renda familiar, o nível de escolaridade dos pais, a maior disponibilidade de leitos hospitalares, o baixo peso ao nascer e as características do processo de trabalho da atenção primária^{7,11,12}. Em relação a este último aspecto, salienta-se que a proporção de

internações por CSAA pode ser utilizada como indicador de impacto de programas de atenção primária à saúde, particularmente para as camadas socialmente menos favorecidas^{11,13}.

No Brasil, a reorganização da prática assistencial da atenção primária à saúde, iniciou-se em 1994, com a implantação do Programa de Saúde da Família¹⁴. O modelo assistencial centrado na consulta médica, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais tem sido, desde então, gradualmente substituído pelo modelo centrado na família e na assistência realizada por equipes multiprofissionais e prioritariamente dirigido às populações mais pobres.

Embora muito utilizado em outros países, o indicador de internações por CSAA ainda é pouco utilizado no Brasil. Somente em abril de 2008 o país passou a contar com uma lista oficial de condições sensíveis publicada pelo Ministério da Saúde¹⁵. O presente estudo teve como objetivo conhecer a prevalência e os fatores associados com as internações pediátricas por condições sensíveis ao cuidado primário.

METODOLOGIA

O presente estudo, transversal e analítico, foi conduzido em Montes Claros, ao Norte de Minas Gerais. A cidade possui cerca de 350.000 habitantes e representa o principal pólo regional. A população é predominantemente urbana. Existem, na área urbana do município, 44 unidades da ESF, que assumem uma cobertura de aproximadamente 50% da população total. Existem ainda no município 15 Centros de Saúde tradicionais, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à rede hospitalar, a cidade conta com cinco hospitais gerais e um hospital psiquiátrico, possui

três pronto-socorros abertos ao público em geral e uma unidade de Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Foi realizado inquérito hospitalar com amostra aleatória de crianças admitidas nas enfermarias pediátricas dos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), no período de julho de 2007 a julho de 2008.

O número de leitos pediátricos e hospitalizações em cada hospital foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, que é responsável pela regulação dos leitos conveniados com o SUS. Na determinação da amostra, tomou-se em consideração o número de internações realizadas por cada uma das instituições no ano anterior e a uma frequência esperada de 50% do evento, com margem de erro aceitável de 5%. A frequência assumida é dita conservadora, por fornecer o maior número de elementos da amostra, sendo utilizada pela ausência de dados prévios sobre o indicador estudado. O cálculo realizado definiu um número de 352 elementos.

Foram considerados elegíveis para a entrevista os familiares de crianças internadas nas clínicas pediátricas dos hospitais selecionados, que fossem residentes no município, que pudessem e concordassem em responder à entrevista assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos pacientes oriundos de outros municípios, além dos pacientes do hospital psiquiátrico e dos dois hospitais de menor porte que não possuíam enfermarias de pediatria credenciadas para internações pelo SUS.

Para a coleta de dados foram utilizados questionários semi-estruturados contendo perguntas que ensejavam respostas curtas e rápidas. Além da investigação acerca da

condição nosológica que motivou a internação, foram obtidos dados sobre variáveis demográficas e socioeconômicas. Um estudo piloto foi realizado em uma das instituições para validação do instrumento utilizado e calibração da equipe de entrevistadores. Esta equipe era constituída por estudantes de medicina da Universidade Estadual de Montes Claros e foi especialmente treinada para os procedimentos. Para a definição das afecções cujas internações são sensíveis a atenção ambulatorial, utilizou-se a relação oficial publicada pelo Ministério da Saúde¹⁵.

A pesquisa de campo foi realizada através de busca ativa periódica ao longo dos meses do estudo nos serviços públicos ou contratados pelo SUS para as internações pediátricas. Cada hospital foi visitado uma vez por semana, com seleção aleatória dos dias de visitas, em esquema de rodízio. Assim, cada hospital recebia visitas em diferentes dias a cada semana. Essa proposta objetivou obter maior heterogeneidade da amostra dentro do mesmo hospital e ao longo do período da coleta de dados.

O software Epi info foi utilizado para entrada e análise dos dados. A regressão logística foi utilizada para avaliação conjunta das variáveis associadas às condições sensíveis de internação. Em relação aos aspectos éticos, a pesquisa contou com o apoio da secretaria municipal de saúde e dos diretores clínicos das instituições e a entrevista hospitalar somente foi realizada com autorização da família, mediante consentimento livre e esclarecido. O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 365 famílias de crianças hospitalizadas ao longo de um ano de acompanhamento. Não foram registradas recusas para participação na pesquisa. A

prevalência de internações classificadas como condições sensíveis ao cuidado primário foi de 41,4% (n=151). O gênero masculino representou 58,1% das internações (n=212). A idade das crianças avaliadas variou de 3 dias a 13,6 anos, com média de idade de 3,6 anos e mediana de 2,1 anos. A maioria das mães era casada ou vivia em união estável, possuía idade inferior a 30 anos e não havia concluído o segundo grau (Tabela 1). A maior parte das crianças abordadas possuía um ou dois irmãos e o número médio de moradores em cada domicílio foi de cinco (Tabela 1).

Em relação à assistência e aos cuidados de saúde, verificou-se que 211 (57,8%) famílias eram cadastradas em equipes de Saúde da Família e 283 (77,5%) famílias informaram que as crianças realizavam acompanhamento regular em alguma unidade de saúde (Tabela 1).

As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as internações por condições sensíveis ao cuidado primário, na análise bivariada foram a idade inferior a dois anos, o número de residentes no mesmo domicílio superior a cinco, a vinculação à equipes de Saúde da Família e o controle regular de puericultura (Tabela 2). A regressão logística revelou que, em uma análise conjunta, as variáveis se mantiveram estatisticamente associadas com as internações sensíveis ao cuidado primário foram a vinculação à ESF (OR=1,65; IC95%=1,04-2,60) e a idade menor que dois anos de idade (OR=2,39; IC95%=1,54-3,71).

As principais causas de internação para o grupo estudado foram: Pneumonias, queimaduras, asma, infecções da pele e subcutâneo, infecções do rim e trato urinário, traumas e fraturas em geral, intervenções cirúrgicas programadas, doenças infecciosas e parasitárias e gastroenterites. A investigação sobre quem solicitou a internação revelou que o médico do pronto-socorro foi o principal solicitante (n=268; 73,4%), seguido do

médico do centro de saúde (n=53; 14,5%). A duração média das internações foi de 5,4 dias com mediana de 3,0 dias.

DISCUSSÃO

Este estudo compreende o primeiro registro nacional sobre internações pediátricas por condições sensíveis ao cuidado primário, desde a publicação da lista oficial do Ministério da Saúde. A coleta de dados realizada de forma longitudinal e com busca ativa nos prontuários dos pacientes foi utilizada para evitar o viés que a sazonalidade e o diagnóstico baseado apenas na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) poderiam introduzir na análise dos dados¹⁶. Os resultados mostram que a proporção de internações pediátricas consideradas evitáveis a partir da lista oficial do Ministério da Saúde foi semelhante àquela observada em estudos realizados em outros países, embora esses percentuais variem de acordo com a idade, com a população avaliada ou com a lista de referência para as condições consideradas sensíveis à atenção ambulatorial^{7,17}.

Apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que geralmente levam à hospitalização de crianças é universal^{7,17}. Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que as principais causas evitáveis de internação foram pneumonias, infecções da pele, gastroenterites e asma¹⁷. Estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças registraram que os principais diagnósticos foram as pneumonias e as gastroenterites, consideradas causas evitáveis de internações^{12,18}. No presente estudo, as pneumonias também se configuraram como principal causa de internação e as infecções de pele e subcutâneo e gastroenterites também surgem entre os principais diagnósticos.

Nos resultados encontrados, não foram verificadas associações estatisticamente significativas entre as condições sensíveis e algumas variáveis já identificadas na literatura. Todavia, os estudos não se mostram consensuais em relação a todas essas variáveis. O gênero feminino, por exemplo, observado como fator de risco em pesquisa realizada na Espanha⁷, não foi confirmado no presente estudo. De fato, é pouco compreensível essa associação, pois são as crianças do gênero masculino as que mais adoecem e mais utilizam os serviços de saúde¹⁹⁻²¹.

A escolaridade materna não se mostrou associada com maiores chances de hospitalizações por condições evitáveis no presente estudo. Essa variável não é uniformemente associada com os riscos de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial. Embora tenha sido apontada em alguns estudos, não se mostrou associada em outros. Curiosamente, há registros de associação de maiores taxas de internações por condições sensíveis tanto com baixa escolaridade materna, como com escolaridade materna mais elevada^{7,17,22}. No Brasil, uma pesquisa de fatores associados à hospitalização de menores de cinco anos em São Paulo, também apontou associação estatisticamente significativa com o maior nível de escolaridade materna¹⁸. Os resultados conflitantes denotam necessidade de maiores conhecimentos sobre a relação investigada.

As variáveis idade materna e estado civil da mãe não se mostraram associadas com as hospitalizações por condições sensíveis à atenção ambulatorial neste estudo. Estas variáveis não foram investigadas em outros estudos sobre o tema. O relato de internações prévias também não se mostrou associado com maiores chances de internações por condições sensíveis. Estudo realizado no Sul do país sobre fatores

associados com hospitalizações em crianças menores de um ano também não encontrou associação com tal variável²⁰.

No modelo final, as variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com maiores chances de hospitalização por condições sensíveis a atenção ambulatorial foram a idade inferior a dois anos (OR=2,39; IC95%=1,54-3,71) e a vinculação com a ESF (OR=1,65; IC95%=1,04-2,60). O encontro de maiores chances de hospitalização para crianças menores de dois anos de idade está em consonância com outros estudos^{7,21,23}. Lactentes são mais susceptíveis às doenças de modo geral e, quando doentes, geram maiores preocupações para suas famílias e mesmo para os profissionais de saúde, que ficam mais predispostos a recomendarem a hospitalização.

A vinculação com a ESF registrada no modelo final deve ser interpretada com cautela. Ela diz respeito apenas ao local de residência da família ser área de cobertura da ESF. Considerando-se que as equipes de Saúde da Família estão localizadas, prioritariamente, nas áreas mais carentes do município, o resultado deve ser compreendido como um indicador de vulnerabilidade social mais do que um indicador assistencial. Essa observação se confirma com o fato de que outras variáveis mais estritamente ligadas à assistência (realização de controle de puericultura, profissional que realiza a assistência e local onde realiza o acompanhamento) não se mostraram estatisticamente associadas com as internações por condições sensíveis ao cuidado primário.

Não foi investigada a renda familiar para a amostra estudada. Isto ocorreu porque o estudo foi restrito à população hospitalizada através do SUS que, em tese, inclui a população mais carente, não assistida por seguros de saúde. Todavia, deve-se considerar que, mesmo entre os usuários do SUS, existem distintas classes sociais e que as famílias cadastradas e assistidas pelas equipes de saúde da família representam, de modo geral,

os estratos mais inferiores dessas classes. Dessa forma, os resultados do estudo são concordantes com outros que registram maiores chances de hospitalizações por CSAA para populações mais pobres^{13,22,23}.

O uso da proporção de hospitalizações por condições sensíveis como um indicador de qualidade da atenção primária não está isento de limitações, conforme apontam alguns autores^{3,24}. Vários fatores devem ser ponderados quando o objetivo for avaliar a atenção primária mediante o índice de internações ditas “evitáveis”: a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar, a morbidade e prevalência da patologia, os fatores relacionados à hospitalização que estão fora do âmbito da atenção primária (por exemplo, nível de escolaridade) e os critérios para considerar uma patologia “sensível” ou não, que podem ser tão subjetivos quanto baseados em evidências científicas^{3,5,25}.

Para o município avaliado, a atenção primária ainda registra a convivência do modelo proposto pela ESF com o modelo dos Centros de Saúde tradicionais, onde a assistência à saúde infantil é quase sempre pontual, centrada na figura do pediatra e orientada para a cura das condições agudas. Embora muitas famílias sejam cadastradas e residam em áreas assistidas pela ESF, o acesso aos centros de saúde é livre, fato que pode ser comprovado pela diferença observada entre o número de famílias cadastradas pela ESF e o número de famílias que realizam o controle de saúde nas mesmas unidades (Tabela 1).

Também deve ser destacado o acesso livre aos pronto-socorros locais do município. Muitas vezes, a família do paciente procura espontaneamente os serviços hospitalares de pronto-socorro por avaliarem tais serviços como mais resolutivos. A observação das principais causas de internações mostrando que quase sempre se trata de condições

agudas e o registro de que o profissional que solicitou a hospitalização foi o médico do pronto-socorro na maioria absoluta das vezes (73,4%) enseja questionamentos sobre o acesso e efetividade dos serviços de atenção primária e também sobre a política de internação dos hospitais, a oferta de leitos pediátricos e a rede de referência adotada pela população.

Em tese, as equipes de saúde da família estão aptas para prestar uma atenção mais coordenada e integral às crianças e suas famílias, o que tenderia a reduzir o percentual de internações por condições sensíveis à assistência ambulatorial. Existem estudos apontando os bons resultados alcançados pela sobre os indicadores de saúde infantis^{26,27}.

Deve-se pontuar ainda que a participação dos profissionais de saúde nas equipes de Saúde da Família pressupõe atividades de consultas, visitas domiciliares e desenvolvimento de vínculo e compromisso real com o paciente e sua família. Diante dos resultados obtidos, questiona-se se a demanda que as crianças vinculadas à ESF apresentam aos outros serviços de saúde não estaria refletindo uma atuação precária das equipes de Saúde da Família, em relação à atenção integral à saúde da criança.

Algumas limitações deste estudo devem ser apresentadas. A delimitação do estudo às hospitalizações do Sistema Único de Saúde não possibilita a generalização dos dados, embora seja reconhecido o fato de que as crianças de melhores níveis socioeconômicos raramente são hospitalizadas. A definição diagnóstica coletada a partir do prontuário do paciente reduz a possibilidade de erros em relação à utilização de dados secundários obtidos apenas com o diagnóstico da ficha de internação (AIH), mas ainda assim é passível de crítica. Informação sobre o tempo de vínculo com a família, aspecto importante para a atuação das equipes de saúde da família, pois define a longitudinalidade do cuidado, não foi investigado no presente estudo.

Por se tratar de um tema ainda pouco abordado na literatura nacional, importantes contribuições deverão ainda surgir com novos trabalhos que permitam conhecer melhor a dinâmica de atuação dos serviços de atenção primária e a complexa inter-relação entre os determinantes do adoecer na infância e a adequada abordagem na atenção primária.

REFERÊNCIAS

- 1) Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place* 2001;7:27-38.
- 2) Caminal J; Starfield B; Sánchez E; Casanova C; Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*, 2004; 14:246-51.
- 3) Márquez-Calderón S; Rodríguez del Aguila MM; Perea-Milla E; Ortiz J; Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*, 2003; 17:360-7.
- 4) Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003Enero;31(1):6-14
- 5) Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11.
- 6) Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. *Health Serv Res*. 2005Aug;40(4):953-956.

- 7) Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care*. 1996;8(1):51-9.
- 8) 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*. 2005Aug;40(4):1167-85.
- 9) Sarinho E, Queiroz GRS, Dias MLCM, Silva AJQ. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. *J Bras Pneumol*. 2007;33(4):365-371.
- 10) Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "*hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria*". *Rev Esp Salud pública*. 2002; 76(3):189-196
- 11) Friedman B, Basu J. Health insurance, primary care, and preventable hospitalization of children in a large state. *Am J Manag Care*. 2001May;7(5):473-481.
- 12) Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999Out/Dez;15(4):749-757.
- 13) Weissman JS, Gatsonis C, Epstein M. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992Nov;268(17):2388-94.
- 14) Santana LM. Programa Saúde da Família no Brasil: Um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade* 2001; 10:1-25.

- 15) Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica: versão consulta pública. Diário Oficial da União. Brasília, 21 set. 2007; Seção 1, nº183, p.50.
- 16) VERAS, C.M.T., MARTINS, M.S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 10, n. 3, pág. 339-55, jul/set 1994.
- 17) Flores G, Abreu M, Chaisson CE, Sun D. Keeping children out of hospitals: parents' and physicians' perspectives on how pediatric hospitalization for ambulatory care sensitive conditions can be avoided. Pediatrics 2003; 112:1021-30.
- 18) Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública 2002; 36(3):285-91.
- 19) Cafferata GL, Kasper J. Family structure and children's use of ambulatory physician services. Med Care 23(4):350-1985.
- 20) Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. Rev Saúde Pública 2007;41(3):351-8
- 21) Newacheck PW. Characteristics of children with high and low usage of physician services. Med Care 30(1):30,1992.
- 22) Blustein J, Hanson K, Shea S. Preventable hospitalization and socioeconomic status. Health Aff (Millwood) 1998;17:177-189.

- 23) Parker JD, Schoendorf KC. Variation in hospital discharges for ambulatory care sensitive conditions among children. *Pediatrics* 2000; 106:942-8.
- 24) Menéndez-Asenjo AA, Leal CF, Pena SS. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit.* 2003;1(4):657-78.
- 25) Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31(1):61-5.
- 26) Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Rev C S Col* 2006; 11(3):669-81.
- 27) Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health.* 2006;60:13-19.

Tabela 1: Características da população pediátrica hospitalizada através do Sistema Único de Saúde, Montes Claros (MG), 2007-2008.

Variável	(n)	(%)
Idade		
< 1,1 anos	113	31,0
1,1 a 2,0 anos	61	16,7
2,1 a 5,0 anos	82	22,4
> 5,0 anos	109	29,9
Gênero		
Masculino	212	58,1
Feminino	153	41,9

Estado civil da mãe			
Casada/União estável	276	75,6	
Solteira/Viúva/Separada	89	24,4	
Idade materna			
15 a 19 anos	33	9,1	
20 a 29 anos	184	50,4	
30 anos ou mais	148	40,5	
Escolaridade da mãe			
0-4 anos	51	14,1	
5-8 anos	131	35,9	
9-11 anos	167	45,9	
12 anos ou mais	15	4,1	
Número de irmãos			
Nenhum	109	29,9	
1 ou 2 irmãos	204	55,9	
3 ou 4 irmãos	39	10,6	
5 ou mais irmãos	13	3,6	
Moradores no domicílio			
1-3 moradores	99	27,1	
4-6 moradores	221	60,5	
Acima de 7 moradores	45	12,3	
Internação prévia			
Sim	76	20,8	
Não	289	79,2	
Controle de saúde			
Sim	283	77,5	
Não	82	22,5	
Vinculada à ESF			
Sim	211	58,1	
Não	152	41,9	
Local onde realiza controle de saúde			
Centro de Saúde	109	29,9	
PSF	146	40,0	
Consultório Particular	16	4,4	
Policlínica	12	3,3	
Não realiza	82	22,5	

Tabela 2: Associação entre as características estudadas e hospitalização com condições sensíveis ao cuidado primário, análise bivariada; Montes Claros (MG), 2008

Variável	Condição sensível		Condição não sensível		P	OR (IC95%)
	N	%	n	%		
Gênero						
Masculino	88	58,3	124	57,9	0,965	1,01 (0,65-1,58)
Feminino	63	41,7	90	42,1		
Idade						
< 2 anos	92	60,9	82	38,3	0,000	2,51 (1,60-3,94)
≥ 2 anos	59	39,1	132	61,7		

Idade materna						
≤20 anos	26	17,2	25	11,7		
>21 anos	125	82,8	189	88,3	0,177	1,57 (0,83-2,97)
≥ 35 anos	20	13,2	41	19,2		
< 35 anos	131	86,8	173	80,8	0,177	0,64 (0,35-1,19)
Estado civil da mãe						
Solteira/Viúva	34	22,5	55	25,7		
Casada/União estável	117	77,5	159	74,3	0,566	0,84 (0,50-1,41)
Internação prévia						
Sim	34	22,5	42	19,6		
Não	117	77,5	172	80,4	0,589	1,19 (0,69-2,04)
Controle regular						
Sim	126	84,0	157	73,4		
Não	24	16,0	57	26,6	0,023	1,91 (1,09-3,36)
Profissional que acompanha						
Membro da ESF	52	34,7	85	39,9		
Pediatra	98	65,3	128	60,1	0,366	0,80 (0,51-1,26)
Vinculação à ESF						
Sim	99	66,0	112	52,6		
Não	51	34,0	101	47,4	0,015	1,75 (1,11-2,76)
Número de Residentes no domicílio						
≥ 5 pessoas	38	25,2	33	15,4		
< 5 pessoas	113	74,8	181	84,6	0,029	1,84 (1,06-3,21)
Escolaridade materna						
≤ 8 anos	80	53,0	102	47,7		
> 8 anos	71	47,0	112	52,3	0,371	1,24 (0,80-1,92)

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
2. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
3. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2004.

4. Fleury S. Projeto Montes Claros: a utopia revisitada. Rio de Janeiro: ABRASCO;1995.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 29 mar. 2006; Seção 1, nº 61, p. 01.

6. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Saúde da Família. Brasília, Brasil; 2008. [capturado 02 set. 2008] Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>

7. Jorge MHPM, Gotlieb SLD. O Sistema de Informação de Atenção Básica como Fonte de Dados para os Sistemas de Informações sobre Mortalidade e sobre Nascidos Vivos. Informe Epidemiológico do SUS. 2001;10(1):7-18.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família. Informe da Atenção Básica. 2005Mai/Jun;(29).

9. Brasil. Ministério da Saúde. O projeto de expansão e consolidação do saúde da família – PROESF. Informe da Atenção Básica. 2003Set/Out;(18).

10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação

qualificador do processo de gestão do SUS. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2003Abr/Jun;3(2):221-224.

11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. [citado 2008 Mai 27]. 34 p. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab>

12. Freitas FP, Pinto IC. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica – SIAB. Rev latinoam enferm. 2005Jul/Ago13(4):547-554.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família. Guia de Implantação Municipal AMQ. Brasília,2006.

14. Tamborero Cao G. Hospitalizaciones inadecuadas: un nuevo reto para la atención primaria. Aten Primaria. 2003Enero;31(1):15-17.

15. Bunker JP. A comparison of operations and surgeons in the United States and in England and Wales. New Eng J Med. 1970Jan;282(3):135-144.

16. Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. Health Serv Res. 2005Aug;40(4):953-956.

17. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs*. 1990;9(4):158-65.
18. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*. 1993;12(1):162-73.
19. Weissman JS, Gatsonis C, Epstein M. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992Nov;268(17):2388-94.
20. Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003;17(5):360-7.
21. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs*. 1996;15(3):239-49.
22. 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*. 2005Aug;40(4):1167-85.
23. 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*. 2003Nov;112(5):1021-30.

24. Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermosilla Pérez E, Martín Mateo M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Rev Clín Esp.* 2001Sep;201(9):501-7.
25. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Car Res Rev.* 2006Dec;63(6):719-41.
26. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care.* 1996;8(1):51-9.
27. Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria.* 2003Enero;31(1):6-14
28. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria.* 2004;33(6):305-11.
29. Vali FM. Access to primary care in New Jersey: geographic variation of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in 1995 & 1997. *Health Research & Educational Trust of New Jersey.* 2001Jan;1-20.

30. Bindman AB, Chattopadhyay A, Osmond DH, Huen W, Bacchetti P. The impact of Medicaid managed care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res.* 2005Feb;40(1):19-37.

31. Bermudez D, Baker L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care Poor Underserved.* 2005;16:96-110.

32. Shah BR, Gunraj N, Hux JE. Markers of access to and quality of primary care for aboriginal people in Ontario, Canada. *Am J Public Health.* 2003May;93(5):798-802.

33. Wong LR, Perpetuo IHO, Berenstein CK. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira. [online] Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais: desafios e oportunidades do crescimento zero; 2006 [capturado 2 jun. 2008]; Caxambu, Minas Gerais. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_466.pdf.

34. Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução nº 1093, de 29 de dezembro de 2006. Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial. [online]. Belo Horizonte, Brasil;2006 [capturado 15 fev. 2008] Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2006/res_1093.doc.

35. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. [online] Trabalho apresentado no XII Seminário sobre a Economia Mineira; 2006 [capturado 2 jun. 2008]; Diamantina, Minas Gerais. Disponível em: http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/diamantina_2006.php.

36. Caminal Homar J, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. Aten Primaria. 2003;31(1):61-5.

37. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. Eur J Public Health. 2004;14(3):246-51.

38. Gérvas J, Caminal Homar J, et al. Las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions (ACSC)* desde el punto de vista del médico de atención primaria. Rev Esp Salud Pública. 2007Enero/Febrero;81(1):7-13.

39. Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes. BMJ. 1999Jul;319:94-8.

40. Victorian Government Department of Human Services. The Victorian ambulatory care sensitive conditions study: preliminary analyses. Public Health Division. 2001May.

41. Caminal Homar J. Hospitalisations due to ambulatory care sensitive conditions and the results of medical care. *Aten Primaria*. 2007;39(10):532-3.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica: Lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica: versão consulta pública nº 04 de 20 de setembro de 2007 [online]. Brasília, Brasil;2007 [capturado 10 out. 2007] Disponível em:

http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/consulta_publica/cp2/consulta_publica_dab2_notatec.pdf

43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. *Diário Oficial da União*. Brasília, 18 abr. 2008; Seção 1, nº 75, p.70.

44. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Montes Claros, Brasil; 2008. [capturado 19 out. 2008] Disponível em: www.montesclaros.mg.br/cidade/aspectosgerais/index.htm

45. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [capturado 09 nov. 2008] Disponível em: www.ibge.gov.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - Formulário de pesquisa sobre internações por causas sensíveis ao cuidado primário da clínica médica

Hospital:

(1) HU (2) Santa Casa (3) Aroldo Tourinho

HOSPITAL I__I

Número da entrevista

NÚMERO I__I__I__I__I

Entrevistador:

Nome do Paciente:

Data da visita hospitalar

DATAVISITA I__I__I__I__I__I

Data da Internação:

DATAINTERN I__I__I__I__I__I

Idade: _____ anos

IDADE I__I__I

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

SEXO I__I

Estado Civil:

(1) Casado ou união estável

(2) Solteiro ou viúvo ou separado
I__I

ESTCIVIL

Até que ano estudou (e foi aprovado) na escola?

ESCOLAR I__I__I

Quantas pessoas moram na mesma casa?

MORAM I__I__I

Há quanto tempo reside na mesma casa?

RESIDE I__I__I

Quantos cômodos têm a casa?

COMODOS I__I__I

Já internou-se antes pelo mesmo motivo?

(1) Sim (2) Não

INTERNOU I__I

O “Paciente” faz controle de saúde? (Visita regularmente alguma unidade de saúde?)

(1) Sim (2) Não

CONTROLE I__I

Em caso afirmativo, onde? (ou qual local?) _____

- (1) Centro de Saúde (2) PSF
(3) Consultório particular (4) Policlínica
(8) Não se aplica

LOCAL I__I

Quando o “paciente” procura uma unidade de saúde (Centro de saúde ou PSF), como avalia a disponibilidade de atendimento nesta unidade?

- (1) É sempre ou quase sempre atendido
(2) Quase nunca ou Nunca consegue ser atendido

PERCEBE I__I

O “Paciente” conhece o Programa de Saúde da Família?

(1) Sim (2) Não

I__I

CONHECE

O “Paciente” é assistido pelo Programa de Saúde da Família?

(1) Sim (2) Não

I__I

ATENDE

O atendimento de saúde prestado no seu bairro é:

- (1) Bom
(2) Ruim
(3) Não sabe informar

ACHA I__I

A internação foi solicitada por:

(1) Médico que acompanha no PSF

I__I

(2) Médico que acompanha em outro serviço

(3) Médico do Pronto-Socorro

(4) Outro _____

INDICOU

Endereço do paciente:

_____ INFORMAÇÕES QUE SERÃO COMPLEMENTADAS

Causa da Internação:

Nº

prontuário: _____

CID-10 (Será preenchido em outro momento):

CID I__I__I__I__I

Trata-se de causa sensível ao cuidado primário? (Será preenchido em outro momento)

(1) Sim (2) Não

SENSÍVEL I__I

APÊNDICE B - Formulário de pesquisa sobre internações por causas sensíveis ao cuidado primário da clínica pediátrica

Hospital:

(1) HU (2) Santa Casa (3) Aroldo Tourinho

HOSPITAL I__I

Número da entrevista

NUMERO I__I__I__I__I

Entrevistador:

Nome da Criança:

Data da visita hospitalar

DATAVISITA I__I__I__I__I__I

Data da Internação:

DATAINTERN I__I__I__I__I__I

Data de Nascimento:

DATANASC I__I__I__I__I__I

Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

SEXO I__I

Qual é a idade da “mãe”:

IDADEMAE I__I__I

Até que ano a “mãe” estudou na escola?

ESCOLAMAE I__I__I

Qual é o estado civil da “mãe”?

- (1) Casada ou união estável
- (2) Solteira ou viúva ou separada

CIVILMAE I__I

Quantos irmãos tem “criança”

IRMAOS I__I__I

Quantas pessoas moram na mesma casa?

MORAM I__I__I

Já internou-se antes pelo mesmo motivo?

- (1) Sim
- (2) Não

INTERNOU I__I

A “criança” faz controle? (Visita regularmente alguma unidade de saúde?)

- (1) Sim
- (2) Não

CONTROLE I__I

Em caso afirmativo, onde? (ou qual local?) _____

- (1) Centro de Saúde
- (2) PSF
- (3) Consultório particular
- (4) Policlínica
- (8) Não se Aplica

LOCAL I__I

Quando “criança” necessita de um atendimento na unidade de saúde (Centro de saúde ou PSF), como a família avalia a disponibilidade de atendimento nesta unidade?

- (1) É sempre atendida ou quase sempre atendida
- (2) Nunca ou quase nunca consegue ser atendida

PERCEBE I__I

A família de “criança” conhece o Programa de Saúde da Família?

- (1) Sim
- (2) Não

CONHECE I__I

“Criança” é assistida pelo Programa de Saúde da Família?

- (1) Sim
- (2) Não

ATENDE I__I

A internação foi solicitada por:

- (1) Médico que acompanha no PSF
- (2) Médico que acompanha em outro serviço

- (3) Médico do Pronto-Socorro
- (4) Outro _____

INDICOU I__I

Endereço do paciente:

_____ INFORMAÇÕES QUE SERÃO COMPLEMENTADAS

Causa da Internação:

Nº do prontuário:

CID-10 (Será preenchido em outro momento):

CID I__I__I__I__I

Trata-se de causa sensível ao cuidado primário? (Será preenchido em outro momento)

(1) Sim (2) Não

SENSÍVEL I__I

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: “Internações por causas sensíveis ao cuidado primário: uma ferramenta para avaliação do programa de saúde da família”.

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Atenção:

Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1 – Objetivo: A presente pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da assistência serviços de Centros de Saúde e das Unidades de Saúde da Família em Montes Claros.

2 – Metodologia/Procedimentos: A metodologia se baseia em análises de entrevistas realizadas com pacientes adultos internados por determinadas patologias ou com familiares de crianças também internadas por algumas doenças.

3 – Justificativa: O trabalho tem como justificativa a necessidade de se avaliar qualitativamente a atenção primária em Montes Claros comparando a estratégia de saúde da família com outros serviços de atenção primária.

4 – Benefícios: Conhecer indicadores de qualidade e definir estratégias para otimizar a assistência, através de melhoria do acesso, da integralidade e da resolubilidade da assistência.

5 – Desconfortos e riscos: Não existem.

6 – Danos: As pessoas entrevistadas não serão expostas a nenhum tipo de risco ou dano.

7 – Metodologia/procedimentos alternativos: Nenhum procedimento alternativo será utilizado.

8 – Confidencialidade das informações: Todas as informações serão preservadas e não será divulgado nenhum dado que identifique ou comprometa o participante.

9 – Compensação/indenizações: Por ser realizado em forma de inquérito, nenhuma compensação ou indenização será feita.

10 – Outras informações pertinentes: Sem outras informações.

11 – Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

Entrevistado (paciente) ou Responsável

**APÊNDICE D - Termo de autorização para realização de entrevistas com
pacientes hospitalizados**

Prezado Dr.

Ilmo. Diretor Clínico do Hospital:

A Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros está realizando a pesquisa “Internações por causas sensíveis ao cuidado primário: uma ferramenta para avaliação do programa de saúde da família”, sob a coordenação de Antônio Prates Caldeira. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade da atenção dos serviços de Centros de Saúde e das Unidades de Saúde da Família em Montes Claros e sua metodologia se baseia em análises de entrevistas realizadas com pacientes adultos internados por determinadas patologias ou com familiares de crianças também internadas por algumas doenças que são consideradas condições sensíveis ao cuidado primário. O trabalho tem como justificativa a necessidade de se avaliar qualitativamente a atenção primária em Montes Claros comparando a estratégia de saúde da família com outros serviços de atenção primária, o que permitirá conhecer indicadores de qualidade e definir estratégias para otimizar a assistência, através de melhoria do acesso, da integralidade e da resolubilidade da assistência. Não existem riscos ou desconfortos para os pacientes que

serão entrevistados ou suas famílias e, de forma análoga, não existem compensações pessoais pelas entrevistas. Assegura-se o sigilo e a confidencialidade, pois todas as informações serão preservadas e não será divulgado nenhum dado que identifique ou comprometa o participante. Ainda assim, será garantido ao paciente/responsável o direito de recusar a participação.

Diante da proposta, solicitamos a autorização para a realização das entrevistas após consentimento livre e esclarecido dos pacientes ou responsáveis, que transcorrerá uma vez por semana, ao longo de um ano nas unidades de internação de crianças e adultos.

Atenciosamente,

Antônio Prates Caldeira
Coordenador da Pesquisa– Unimontes

Dr. João Batista Silvério
Secretário Municipal de Saúde de Montes Claros

AUTORIZAÇÃO: Compreendendo o objetivo da pesquisa, autorizo a realização das entrevistas com os pacientes ou seus responsáveis, em conformidade com a proposta discriminada acima. Receberei uma cópia assinada deste documento e poderei a qualquer momento solicitar esclarecimentos sobre o andamento do processo.

Diretor clínico

ANEXOS

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 21 de Outubro de 2006

Processo Nº 445

Título do Projeto de Pesquisa: “INTERNAÇÕES POR CAUSAS SENSÍVEIS AO CUIDADO PRIMÁRIO: UMA FERRAMENTA PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.”

Equipe: João Felício Rodrigues Neto, Viviane Braga Lima

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Relator: Prof. José Higinio Dias Filho

Histórico

O Programa Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de indivíduos e da família, sadios ou doentes, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua. Ele tende a substituir o modelo tradicional, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais. A estratégia reafirma e incorpora os princípios básicos do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. As ações do PSF e seus resultados são acompanhadas pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Mérito

Esse projeto propõe uma pesquisa que pretende avaliar a qualidade da assistência em áreas assistidas pelo PSF da zona urbana de Montes Claros (MG), estabelecendo análise comparativa com os demais serviços de atenção primária disponíveis para a população, tomando como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes, analisou o processo 445, entendemos o mesmo está dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela APROVAÇÃO do projeto.

Profª Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes

Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B - Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção

Primária

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites 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	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06

5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas,	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a

	neurul., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo- intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo- intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo- intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50

19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0
------	-------------------------------	-------

ANEXO C – Lista de Condições do indicador “ Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial” de Minas Gerais

RESOLUÇÃO SES/MG Nº 1093, de 29 de dezembro de 2006

Estabelece condições que compõem o indicador Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS e Gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais – SES/SUS/MG, no uso de suas atribuições legais que lhe confere o art. 93 da Constituição Estadual e considerando:

- as disposições da Constituição Federal/88;
- a Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990;
- a Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;
- a Resolução SES/MG nº 661/2005
- a necessidade de regulamentar o monitoramento dos indicadores de saúde,

RESOLVE:

Art. 1º Fica instituída a lista de condições que compõem o indicador “Internações Sensíveis à Atenção Ambulatorial”, conforme previsto na Resolução SES/MG nº 661/2005, nos termos do Anexo Único desta resolução.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 29 de dezembro de 2006.

Marcelo Gouvêa Teixeira
Secretário de Estado de Saúde e
Gestor do SUS/MG

ANEXO ÚNICO

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO AMBULATORIAL		
Nº	DIAGNÓSTICOS	CID-10
1	Sarampo	B05
2	Coqueluche	A37
3	Difteria	A36
4	Tétano	
	Tétano do recém-nascido(neo-natal)	A33
	Tétano obstétrico	A34
	Outros tipos de Tétano	A35
5	Meningite p/Haemophilus	G00.0
6	Sífilis congênita	A50
7	Outras Sífilis	A51 A53
		A15.0 - A15.3
8	Tuberculose Pulmonar	A16.0-A16.2
9	Meningite Tuberculosa	A17.0
10	Outras Tuberculosas	A15.4 - A15.9
		A16.3 - A16.9
		A17.1-A17.9
		A18,A19
11	Gastroenterites Infeciosas	
	Cólera	A00
	Febre tifóide e paratifóide	A01
	Enterite por salmonela	A02.0
	Infecção NE por salmonela	A02.9
	Shigelose	A03

	Outras infecções bacterianas intestinais especificadas	A04.8
	Infecção intestinal bacteriana NE	A04.9
	Outras intoxicações alimentares bacterianas	A05
	Disenteria Amebiana aguda	A06.0
	Amebíase NE	A06.9
	Giardíase	A07.1
	Infecções Intestinais virais e as NE	A08
	Diarréia Infeciosa presumível	A09
12	Desidratação	
	Depleção de volume	E86
13	Anemia p/deficiência de ferro	D50.0-D50.9
14	Anemia p/deficiência nutricionais	D51.0-D53.9
15	Desnutrição	
	Kwashiorkor	E40
	Marasmo Nutricional	E41
	Kwashiorkor marasmático	E42
	Desnutrição protéico-calórica grave NE	E43
	Desnutrição protéico-calórica moderado leve	E44
	Atraso desenvolvimento devido à desnut. protéico calórica	E45
	Desnutrição protéico-calórica NE	E46
16	Outras Deficiências Nutricionais	
	Deficiência de Vitamina A	E50
	Deficiência de Tiamina	E51
	Deficiência niacina(pelagra)	E52
	Deficiência de outras vitaminas do grupo B	E53
	Deficiência de ácido ascórbico	E54
	Deficiência de vitamina D	E55
17	Otite média supurativa	H66
18	Infec Ag V A Superiores	
	Nasofaringe aguda(resfriado comum)	J00
	Sinusite aguda	J01
	Faringite aguda	J02
	Amigdalite aguda	J03
	Infecção aguda VAS localizações múltiplas e NE	J06
19	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
20	Pneumonias Bacterianas	
	Pneumonias Pneumocócica	J13
	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
	Pneumonia por Stretococcus	J15.3,J15.4
	Pneumonia bacteriana NE	J15.9
	Pneumonia,broncopneumonia por microorganismo NE	J18
21	Bronquite aguda	J20,J21
22	Asma	J45,J46
23	Doença Pulmonar obstrutiva crônica	
	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
	Bronquite crônica não especificada	J42
	Efisema	J43
	Bronquectasia	J47
	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
24	Febre reumática aguda	I00-I02
25	Hipertensão	
	Hipertensão Essencial	I10
	Doença Cardíaca Hipertensiva	I11
26	Angina Pectoris	I20

27	Insuficiência cardíaca	I50
28	Edema agudo de pulmão	J81
29	Diabetes melitus	E10.0-E10.1 E11.0-E11.1 E12.0-E12.1 E13.0-E13.1 E14-E14.1 E10.2-E10.8 E11.2-E11.8
	com coma ou cetoacidose	E12.2-E12.8 E13.2-E13.8 E14.2-E14.8 E10.9,E11.9 E12.9-E13.9 E14.9
	com complicações (renais,oftálmicas,neurológicas, circulatorias, periféricas,múltiplas,outas e não especificadas)	
	Sem complicações específicas	
30	Hipoglicemia	E16.1,E16.2
31	Gastroenterites não Infecciosas	
	Doença de crohn	K50
	colite ulcerativa	K51
	Outras gastroenterites e colites infecciosas	K52
32	Convulsões	R56
33	Epilepsias	G40,G41
34	Hipertensão na gravidez/Eclampsia	010.0,011,
35	Infecção no Rim e Trato Urinário	
	Nefrite túbulo-intertiscial aguda	N10
	Nefrite túbulo-intertiscial crônica	N11
	Nefrite túbulo-intertiscial NE aguda crônica	N12
	Doença renal túbulo-intertiscial NE	N15.9
	Infecção do trato Urinário de localização NE	N39.0
36	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
	Impetigo	L01
	Abcesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
	Celulite	L03
	Linfadenite aguda	L04
	Outras infecções localizadas na pele e no tecido subcutâneo	L08
37	Doença Inflamatória órgãos pélvicos feminos	
	Salpingite ooforite	N70
	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
	Doença inflamatória do colo do útero	N72
	Outras doenças inflamatórias pélvicas feminas	N73
	Doença da glândula de Bartholin	N75
	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
38	Saúde Mental	
	Dependência Química	F10-F19
	Psicoses	F20-F29
	Transtornos do humor	F30-F40

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)