

---

## Pronto Socorro: porta de entrada para condições sensíveis à atenção primária?

*Emergency Room: gateway to conditions sensitive to primary care?*

*Sala de Emergencias: ¿puerta de entrada a condiciones sensibles a la atención primaria?*

Naiara Pereira de Sousa<sup>1</sup>

Marina Morato Stival<sup>2</sup>

Fabiana Alves de Amorim<sup>3</sup>

Walter Massa Ramalho<sup>4</sup>

Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem<sup>5</sup>

### RESUMO

Objetivo: Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária que ocorreram em caráter de urgência em hospital regional do Distrito Federal entre os anos de 2008 e 2014. Método: Estudo descritivo. Os dados secundários foram obtidos junto ao Sistema de Informações Hospitalares. A seleção das internações sensíveis foi realizada com base na lista brasileira.

Utilizou-se estatística descritiva no processamento e análise dos dados. Resultados: As internações sensíveis apresentaram tendência de redução, representando 20% das internações registradas. 99,6% foram atendidas em caráter de urgência. Mulheres e Idosos ( $\geq 60$  anos) apresentaram maior participação. Insuficiência cardíaca, pneumonias bacterianas e doenças cerebrovasculares foram os diagnósticos mais frequentes. Em contrapartida

---

<sup>1</sup> Especialista em Saúde Pública e Urgência e Trauma. Docente do Instituto Federal de Brasília. Campus Ceilândia. E-mail: [nairapsousa@hotmail.com](mailto:nairapsousa@hotmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Ciências e Tecnologias em Saúde. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

<sup>3</sup> Especialista em Nefrologia. Enfermeira da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

<sup>4</sup> Doutor em Medicina Tropical. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva. Professor Adjunto da Faculdade de Ceilândia. Universidade de Brasília

aqueles com maiores reduções foram anemia, deficiências nutricionais e asma. Conclusão: Os dados da pesquisa poderão incentivar a utilização desse indicador na avaliação da qualidade do sistema de saúde e na busca pela diminuição de internações hospitalares evitáveis.

**Palavras-chave:** Hospitalização, Avaliação, Atenção Primária à Saúde.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To characterize hospitalizations for conditions sensitive to primary care that occurred as an emergency in a regional hospital in the Federal District between 2008 and 2014. **Method:** Descriptive study. Secondary data were obtained from the Hospital Information System. The selection of sensitive hospitalizations was based on the Brazilian list. Descriptive statistics were used in data processing and analysis. **Results:** Sensitive hospitalizations tended to decrease, representing 20% of registered hospitalizations. 99.6% were attended on an urgent basis. Women and Elderly ( $\geq 60$  years old) showed greater participation. Heart failure, bacterial pneumonias and cerebrovascular diseases were the most frequent diagnoses. On the other hand, those with greater reductions were anemia, nutritional deficiencies and asthma. **Conclusion:** The research data may encourage the use of this indicator in assessing the quality of the health system and in the search for the reduction of avoidable hospital admissions.

**Key words:** Hospitalization, Evaluation, Primary Health Care.

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Caracterizar las hospitalizaciones por condiciones sensibles de atención primaria ocurridas como emergencia en un hospital regional del Distrito Federal entre 2008 y 2014. **Método:** Estudio descriptivo. Los datos secundarios se obtuvieron del Sistema de Información del Hospital. La selección de hospitalizaciones sensibles se basó en la lista brasileña. Se utilizó estadística descriptiva en el procesamiento y análisis de datos. **Resultados:** Las hospitalizaciones sensibles tendieron a disminuir, representando el 20% de las hospitalizaciones registradas. El 99,6% fueron atendidos de forma urgente. Mujeres y Adultos Mayores ( $\geq 60$  años) presentaron mayor participación. La insuficiencia cardíaca, las neumonías bacterianas y las enfermedades cerebrovasculares fueron los diagnósticos más frecuentes. Por otro lado, los que presentaron mayores reducciones fueron la anemia, las deficiencias nutricionales y el asma. **Conclusión:** Los datos de la investigación pueden incentivar el uso de este indicador en la evaluación de la calidad del sistema de salud y en la búsqueda de la reducción de los ingresos hospitalarios evitables.

**Palabras clave:** Hospitalización, Evaluación, Atención Primaria en Salud.

## INTRODUÇÃO

Os hospitais, inicialmente desenvolvidos por organizações religiosas, tornaram-se instituições sociais mantidas pelo Estado a partir da consolidação da democracia. Primeiramente vinculadas às camadas populares de baixo poder aquisitivo e à escassez de recursos tecnológicos, as unidades hospitalares foram, com o passar do tempo, constituindo-se centros especializados de tratamento de patologias e alvos de fortes investimentos por parte da iniciativa privada. Assim, fatores como a maior concentração de profissionais e de recursos tecnológicos influenciaram diretamente na consolidação da visão hospitalocêntrica ainda vigente<sup>1-2</sup>.

Atualmente, as transições epidemiológicas e demográficas vêm impactando fortemente na capacidade de resolução dos sistemas de saúde, os quais tiveram sua cultura organizacional inicialmente desenvolvida para responder às condições agudas e não às crescentes e preponderantes condições crônicas. Nesse contexto, são evidentes tanto os sinais de esgotamento e de insustentabilidade desse modelo de atenção quanto a necessidade de mudança, a qual está baseada na instituição das redes de atenção à saúde (RAS) e na consolidação da atenção primária à saúde (APS) como centro de comunicação dessa rede<sup>1-2</sup>.

Assim, a maior resolutividade da APS possibilita o diagnóstico precoce, o acompanhamento apropriado das condições crônicas e a prevenção dos episódios de agudização de determinadas patologias, os quais são frequentes nas salas de atendimento de urgência e emergência das unidades hospitalares<sup>3</sup>. Além disso, há evidências de que a busca desordenada por serviços de urgência, a baixa resolutividade do sistema de saúde e problemas de acesso e efetividade nos

primeiros níveis de atenção estão relacionados ao aumento dos ingressos hospitalares por causas potencialmente evitáveis<sup>4,5</sup>.

O estudo inicial de tais internações estava relacionado à busca de métodos que diminuíssem as sobrecargas nos sistemas de saúde que já se encontravam com capacidades limitadas<sup>6</sup>. Além dessa aplicação, as internações sensíveis à atenção primária (ICSAP), conhecidas internacionalmente pelo termo *Ambulatory Care Sensitive Conditions*, constituem-se importante indicador da avaliação da atenção primária e hospitalar. O fundamento adotado é que quando a capacidade de resolução da APS está diminuída, ocorrerá aumento dos ingressos hospitalares por problemas de saúde que seriam tipicamente resolvidos nesse primeiro nível de atenção<sup>3</sup>.

Assim, sabendo-se que o custo médio de atendimento é mais elevado nas unidades hospitalares, faz-se necessária a diminuição das ICSAP visando garantir maior eficiência na aplicação dos recursos destinados à saúde<sup>9</sup>. Essa gestão de recursos é de fundamental importância, tendo em vista que o sistema de saúde brasileiro aplica em média 8% do PIB (Produto Interno Bruto) ao setor da saúde. Destes, apenas 3,6% são destinados ao SUS. Além disso, vale destacar que a atenção hospitalar consome cerca de 67% de todo o recurso da saúde<sup>9</sup>. Nesse sentido, o uso prudente desse indicador pode ajudar a incrementar a capacidade de resolução da APS, concretizando os princípios da universalidade e integralidade. Além disso, é possível haver a identificação de áreas claramente passíveis de melhorias, evidenciando problemas de saúde que necessitam de melhor seguimento e coordenação entre os níveis assistenciais<sup>10</sup>.

Dessa forma, considerando a adoção das ICSAP como indicador de avaliação da atenção hospitalar no Brasil, com possibilidade de identificar a ocorrência do atendimento em caráter eletivo ou de urgência, justifica-se a realização de estudos de investigação do comportamento destas internações em

diferentes contextos regionais. Nesse sentido, o presente estudo, tem como objetivo caracterizar as condições sensíveis à atenção primária que ocorreram em caráter de urgência no Hospital Regional do Gama (Distrito Federal), no período compreendido entre os anos de 2008 e 2014.

## **MÉTODOS**

Trata-se de estudo descritivo, onde foram levantados dados das internações hospitalares de usuários internados por condições sensíveis à atenção primária (CSAP) no Hospital Regional do Gama (HRG)/DF no período de 2008 a 2014, cujos atendimentos foram realizados em caráter de urgência. Estabeleceu-se o ano de 2008 como ponto de partida da análise tendo em vista a publicação da lista brasileira de CSAP e o ano de 2014 como limite em função do fechamento do banco de dados do SIH/SUS, considerando o período de início de realização deste estudo. A escolha do referido hospital deu-se pela sua posição estratégica no atendimento a casos de urgência e emergência da referida região administrativa e de municípios circunvizinhos pertencentes ao estado de Goiás.

A seleção das ICSAP foi realizada com base na lista brasileira a qual é composta por 19 grupos de causas e 74 diagnósticos classificados de acordo com a CID-10. Os dados foram obtidos da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde, sendo selecionadas apenas as internações relacionadas a atendimentos de urgência.

Para análise das ICSAP foram adotadas as seguintes variáveis: (1) grupo de diagnósticos, (2) faixa etária (<1 ano, 1 a 14 anos, 15 a 34 anos, 35 a 59 e 60 anos ou mais), (3) sexo (masculino ou feminino), (4) município de origem do paciente, (5) óbitos e (6) gastos relacionados às internações do tipo

Não-CSAP e por CSAP.

As internações por CSAP foram definidas como aquelas que continham no campo “Diagnóstico Principal” da AIH um agravo codificado pelo CID-10 pertencente à Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária<sup>8</sup>. Os dados foram tabulados via Tabwin (Versão 3.5), tabelas e estatísticas foram realizadas por meio do programa Microsoft Excel®. Foram calculados ainda os respectivos intervalos de confiança, em nível de significância de 5%, para testar a hipótese nula de igualdade de proporções para estimativas selecionadas, entre os anos estudados. As variações percentuais foram calculadas obtendo-se primeiramente a diferença entre os valores registrados no último (2014) e no primeiro ano (2008), dividindo tal resultado pelo valor registrado no primeiro ano (2008) e, por último, multiplicando o resultado por 100.

Quanto aos aspectos éticos, o estudo foi realizado com dados de saúde de base não nominal e de domínio público, disponíveis no site do DATASUS, não incorrendo, portanto, em qualquer risco à população estudada.

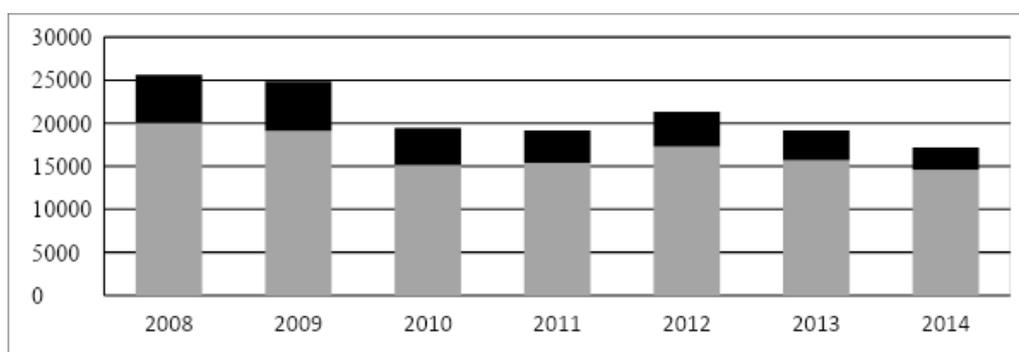
## **RESULTADOS**

Entre os anos de 2008 a 2014 foram registradas no HRG cerca de 117.292 (80%; IC95%: 79,7 a 80,1) internações do tipo Não-ICSAP e 29.398 (20%; IC95%: 19,8 a 20,2) internações do tipo CSAP.

A grande maioria (99,6%; n= 29.288) dos atendimentos aos pacientes com diagnósticos relacionados à CSAP ocorreu em caráter de urgência, enquanto uma pequena fração (0,4%; n=110) ocorreu de forma eletiva. Ao analisar de forma agregada o período estudado verifica-se declínio de 54,6% nas ICSAP, de 27% nas internações Não-ICSAP e de 54,3% nas ICSAP atendidas em caráter de urgência (Figura 1). Analisando-se o total de ICSAP registradas

nos hospitais regionais do Distrito Federal entre os anos de 2008 e 2014, observa-se que o HRG apresenta maior número de registros (n=29.288), sendo seguido pelos hospitais regionais de Taguatinga (n=25.474), Ceilândia (n=16.449), Samambaia (n=15.999) e Planaltina (n=15.247).

**Figura 1 – Variação no número de internações por CSAP e Não-CSAP registradas no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008-2014**



Fonte: SIH/SUS.

Quanto à participação de cada faixa etária nas internações por CSAP observou-se maior predominância dos idosos (37,5%; IC95%: 36,9 a 38) (Tabela 1). Os diagnósticos mais frequentes nessa faixa etária foram: insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares. Nos adultos, com idade entre 35 e 59 anos, os diagnósticos mais expressivos foram insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e angina. Dentre os indivíduos com idade de 15 a 34 anos, as úlceras gastrointestinais, infecções no rim e trato urinário e pneumonias bacterianas apresentaram maior participação proporcional. As crianças com idade entre 01 e 14 anos internaram principalmente pelos diagnósticos relacionados às gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas e asma. Em

menores de um ano os diagnósticos mais frequentes foram pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e doenças pulmonares.

Em todo o intervalo de tempo analisado, as ICSAP predominaram entre o sexo feminino (52,2%; IC95%: 51,6 a 52,7) tendo como principais diagnósticos: insuficiência cardíaca (7,3%), pneumonias bacterianas (6,1%) e infecção no rim e trato urinário (5,6%). Vale ressaltar que, entre as mulheres, os diagnósticos relacionados às doenças infecciosas (doenças preveníveis por imunização, gastroenterites infecciosas, infecção de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, infecção no rim e trato urinário e infecção da pele e tecido subcutâneo) representaram 33,7% das internações, sobrepondo aqueles relacionados ao aparelho circulatório (insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e hipertensão) os quais corresponderam a 31,2% das internações. O contrário aconteceu no sexo masculino, onde a maior participação foi de diagnósticos relacionados ao aparelho circulatório (37,6%) em detrimento das causas infecciosas (35,9%).

No período analisado, cerca de 61,6% (IC95%: 61,1 a 62,2) das internações por CSAP atendidas em caráter de urgência estavam relacionadas a indivíduos residentes em Brasília (DF). Porém, o município do Novo Gama (GO) apresentou o segundo maior número (n=3.696; 12,6%) de residentes internados no HRG por CSAP, sendo seguido pelos municípios de Luziânia (GO), Valparaíso de Goiás (GO), Cidade Ocidental (GO), Santo Antônio do Descoberto (GO) e Cristalina (GO) (Tabela 1).

**Tabela 1 – Caracterização das ICSAP atendidas em caráter de urgência no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008 - 2014**

Variáveis	Proporção (IC 95%)
<b>Faixa Etária (anos)</b>	
<1	6,6 [6,3 a 6,9]
1 a 14	13,6 [13,2 a 13,9]
15 a 34	15,3 [14,9 a 15,7]
35 a 59	27,0 [26,5 a 27,5]
≥ 60	37,5 [36,9 a 38,0]
<b>Sexo</b>	
Masculino	47,8 [47,2 a 48,4]
Feminino	52,2 [51,6 a 52,8]
<b>Município de Origem</b>	
Brasília (DF)	61,6 [61,1 a 62,2]
Novo Gama (GO)	12,6 [12,2 a 13,0]
Luziânia (GO)	11,6 [11,8 a 12,0]
Valparaíso (GO)	8,3 [8,0 a 8,6]
Cidade Ocidental (GO)	2,7 [2,5 a 2,8]
<b>Grupos Diagnósticos</b>	
Insuficiência cardíaca	15,87 [15,45-16,29]
Pneumonias bacterianas	12,92 [12,53-13,3]
Doenças Cerebrovasculares	8,17 [7,86-8,48]
Infecção no rim e trato urinário	8,11 [7,8-8,42]
Diabetes mellitus	7,53 [7,23-7,84]
Gastroenterites infecciosas e complicações	6,92 [6,63-7,21]

Fonte: SIH/SUS.

Considerando os sete anos analisados e comparando-se o primeiro e o último ano, verificou-se que todos os grupos diagnósticos apresentaram redução em suas participações. Aqueles que apresentaram maiores reduções foram: anemia (-100%), deficiências nutricionais (-89,6%) e gastroenterites infecciosas (-86,7%). Em contrapartida, os diagnósticos relacionados às doenças cerebrovasculares (-21,5%), infecção no rim e trato urinário (-23,6%) e doenças

relacionadas ao pré-natal e parto (-36,8%) apresentaram as menores reduções no período (Tabela 2).

**Tabela 2 – Número e distribuição percentual de ICSAP atendidas em caráter de urgência segundo grupos diagnósticos no Hospital Regional do Gama, Distrito Federal, DF, Brasil, 2008-2014**

Grupos Diagnósticos	2008		2014		Tendência (2008-2014)
	n	%	n	%	%
Anemia	15	0,3	0	0	- 100
Deficiências nutricionais	29	0,5	3	0,1	-89,6
Gastroenterites infecciosas e complicações	769	13,8	102	4	- 86,7
Asma	350	6,3	65	2,5	-81,4
Pneumonias Bacterianas	452	8,2	139	5,5	-69,2
Úlcera Gastrointestinal	160	2,9	54	2,1	-66,2
Infecção de ouvido, nariz e garganta	88	1,6	30	1,2	- 65,9
Infecção da pele e tecido subcutâneo	259	4,6	118	4,6	-54,4
Hipertensão	252	4,5	123	4,8	-51,2
Insuficiência cardíaca	831	14,9	409	16,1	-50,8
Doenças preveníveis por imunização	160	2,9	81	3,2	-49,4

Epilepsias	170	3	89	3,5	-47,6
Diabetes mellitus	461	8,3	256	10	-44,5
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	130	2,3	73	2,9	-43,8
Doenças pulmonares	222	4	128	5	-42,3
Angina	232	4,2	139	5,5	-40,1
Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	239	4,3	151	6	-36,8
Infecção no rim e trato urinário	399	7,1	305	12	-23,6
Doenças cerebrovasculares	358	6,4	281	11	-21,5
<b>TOTAL</b>	<b>5.576</b>	<b>100</b>	<b>2546</b>	<b>100</b>	<b>-54,3</b>

Fonte: SIH/SUS.

Ao analisar os óbitos, observa-se que entre 2008 e 2014 foram registrados 1.096 casos. Desses, 31,9% ocorreu devido insuficiência cardíaca, 26,8% por doenças cerebrovasculares, 13,9% por pneumonias bacterianas, 6,2% por diabetes mellitus, 4,5% por úlcera gastrointestinal, 3,6% por doenças pulmonares e 2,7% por doenças preveníveis por imunização.

Em relação a ambos os sexos, observa-se que três diagnósticos obtiveram maior participação nos óbitos: insuficiência cardíaca (31,9%; n=350), doenças cerebrovasculares (26,8%; n=294) e pneumonias bacterianas (13,9%; n=152). Já em relação a idade tem-se o seguinte panorama: a faixa etária de  $\geq 60$

anos representou 75,5% (n=839) dos óbitos e a faixa de 35 a 59 anos 20% destes. Os principais diagnósticos nessas duas faixas de idade foram: insuficiência cardíaca (32,7% e 30,6% respectivamente), doenças cerebrovasculares (28,1% e 23,3% respectivamente) e pneumonias bacterianas (14,1% e 12,8% respectivamente). O grupo de idade entre 15 e 34 anos correspondeu a 5,7% dos óbitos tendo como principais diagnósticos: doenças cerebrovasculares (27%), insuficiência cardíaca (25,4%) e na terceira posição diabetes mellitus (10%) e infecção no rim e trato urinário (10%).

Entre os anos de 2008 a 2014, o Distrito Federal registrou um gasto de R\$190.373.571,98 com ICSAP atendidas em caráter de urgência, os quais representaram 15,9% dos gastos totais com internações hospitalares. O Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), Instituto de Cardiologia do Distrito Federal (ICDF) e Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB) apresentaram os três maiores gastos com ICSAP sendo seguidos pelo HRG, o qual representou 14,9% (R\$ 16.288.705,33) dos gastos com ICSAP. Os diagnósticos mais onerosos no HRG foram: insuficiência cardíaca (R\$ 4.564.875,87), pneumonias bacterianas (R\$ 2.938.991,20), doenças cerebrovasculares (R\$ 1.904.931,20) e diabetes mellitus (R\$ 1.176.489,15).

Uma pequena fração (1,1%; n= 326) das ICSAP registradas no HRG necessitou de internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), porém os gastos com tais internações representaram 11,2% dos gastos totais com ICSAP no referido hospital, totalizando R\$ 1.833.331,96, tendo nesse caso como diagnósticos mais onerosos a insuficiência cardíaca (31%; R\$ 569.348,89), doenças cerebrovasculares (26%; R\$ 475.938,25), pneumonias bacterianas (20,8%; R\$ 381.385,18), diabetes mellitus (7,7%; R\$ 141.882,28) e doenças pulmonares (4,0%; R\$ 74.008,64).

## DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo revelaram uma participação de 20% das CSAP entre as internações registradas no HRG. Resultados de estudos realizados nos estados de Minas Gerais<sup>11</sup> e Rio de Janeiro<sup>12</sup> demonstraram valores superiores. Em sentido contrário, pesquisas nos estados de São Paulo<sup>13</sup> e Distrito Federal<sup>14</sup> estimaram participações de ICSAP inferiores ao da presente pesquisa. O perfil de declínio nas ICSAP está em consonância com outros estudos<sup>12,15</sup>, porém, autores encontraram cenários de progressão<sup>13</sup> e estabilização<sup>16</sup>. Vale ressaltar que não há como categorizar as ICSAP em níveis adequados ou inadequados, tendo em vista a inexistência de um valor ideal de participação das ICSAP entre as internações registradas em determinado hospital.

Este panorama heterogêneo demonstra o comportamento variável das ICSAP nos diferentes contextos regionais aos quais as análises são submetidas, tendo em vista os diversos fatores relacionados às internações sensíveis, destacando-se o perfil de cobertura da APS, os determinantes sociais, o grau de vulnerabilidade, o registro das internações e a qualidade da rede de atenção à saúde<sup>13-17</sup>. Sendo a educação um importante determinante do processo saúde doença, vale destacar que em pesquisa recente, cerca de 70,8% da população do Gama, declarou não estudar, outros 32,5% declararam possuir ensino fundamental completo e apenas 12,2% ensino superior completo<sup>18</sup>. Além disso, embora o aumento das ICSAP esteja relacionado a diversos determinantes sociais, estudos apontam a contribuição de baixas coberturas das equipes de saúde da família (ESF) na construção desse cenário<sup>11,13</sup>. Na RA do Gama, entre os anos de 2008 e 2014 houve um acréscimo de 145% nas ESF, porém a cobertura populacional foi de 57% no ano de 2014. Consoante a essa panorama,

pode-se inferir que, um prejuízo no primeiro nível de atenção à saúde pode contribuir para uma maior procura às unidades de pronto atendimento, em decorrência de prejuízos no cuidado primário às condições sensíveis<sup>19,20</sup>.

Tal relação pode estar evidenciada no tipo de atendimento das CSAP, os quais, no presente estudo, ocorreram, em sua maioria (99,6%), em caráter de urgência. Além da baixa cobertura das ESF, esse panorama pode estar relacionado à desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, refletindo na alta demanda por serviços de urgência e emergência e por consequência na superlotação hospitalar. Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção às Urgências estabelece que o atendimento aos pacientes com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entradas do SUS, garantindo a resolutividade no primeiro contato ou a transferência do paciente para um nível de maior complexidade, mantendo a responsabilização, hierarquização e regulação<sup>19,20</sup>.

Para isso, a APS está inserida como um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências, sendo responsável pela ampliação do acesso aos serviços de saúde, com a implantação da avaliação de riscos e vulnerabilidades, até a transferência ou encaminhamento para outros pontos de atenção<sup>19</sup>. Todavia, diversas causas estão relacionadas à busca direta por serviços de urgência e emergência, quais sejam: a cultura hospitalocêntrica, permeada pela visão da densidade tecnológica e da maior resolutividade do atendimento nos hospitais; a autopercepção da doença, a qual leva o paciente a buscar níveis de atenção de maior complexidade; os horários ininterruptos de atendimento nos ambientes hospitalares; a visão simplificada da APS, dentre outras<sup>21</sup>. Entretanto, vale destacar que muitos diagnósticos relacionados às CSAP, em especial condições cardiológicas (insuficiência cardíaca, angina e hipertensão arterial sistêmica), com sintomatologia sugestiva de maior gravidade como dor torácica e dispneia,

acabam influenciando a busca direta pelos serviços de urgência e emergência em detrimento dos primeiros níveis de atenção.

A implantação de um modelo de atenção aos eventos agudos vem sendo discutida e recomendada para o manejo das condições agudas ou das agudizações das condições crônicas. Esse modelo está estruturado em quatro níveis: no primeiro, predominam as intervenções de promoção da saúde; no segundo, incorporam-se as intervenções de prevenção em subpopulações de risco; no terceiro e quarto nível o evento agudo está em evolução aparente sendo necessárias as classificações de risco, de modo a determinar tanto o tempo e lugar certo para atendimento, quanto às intervenções de controle da condição diagnosticada. Nesse modelo, a APS desempenha papel fundamental no diagnóstico precoce e no acompanhamento dos usuários por meio de diversas abordagens, como por exemplo, o autocuidado apoiado, que reduziria ou evitaria o agravamento e provável internação hospitalar; e a estratificação de risco<sup>22</sup>. Em relação ao primeiro aspecto têm-se a metodologia dos 5 As como base de sustentação, a qual apoia-se na avaliação da condição do indivíduo, na transmissão significativa de conhecimento e não apenas de informação, na construção conjunta de um plano de cuidados, no ensino de habilidades de autocuidado e no acompanhamento regular do indivíduo. O segundo aspecto relaciona-se ao estabelecimento de parâmetros para disponibilização dos recursos disponíveis conforme estratos de risco, oferecendo um cuidado mais direcionado aos pacientes com maiores necessidades de atenção<sup>2,22</sup>.

Em relação ao município de origem, verificou-se que a maior parte das internações esteve representada por indivíduos residentes em Brasília. Pesquisa realizada pela Companhia de Planejamento do Distrito Federal revelou que cerca de 74,2% dos moradores da RA do Gama não possuem plano de saúde. Além disso, a utilização do hospital público foi relatada por 86,2% dos habitantes dessa

região e destes, 95,1% o fazem na própria região. Outros 87,1% utilizam o centro de saúde e destes, 97,2% o fazem na própria região<sup>23</sup>. Porém, vale destacar que nesse caso, o sistema DATASUS não distingue as demais regiões administrativas do DF, como o faz com os municípios das demais regiões do Brasil. Assim, é possível que os moradores da própria RA do Gama e das demais regiões administrativas pertencentes ao DF estejam englobadas na RA de Brasília.

Além disso, ressalta-se o elevado número de internações relacionadas aos moradores do estado de Goiás. Convém destacar nesse contexto, a presença da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE) a qual é composta pelo Distrito Federal, dezenove municípios goianos e dois mineiros. Essa região foi criada com o intuito de reduzir as desigualdades regionais decorrentes do fluxo migratório entre os municípios pertencentes a RIDE, principalmente aquelas decorrentes da intensa urbanização de Brasília. Assim, diversas ações relacionadas ao desenvolvimento econômico e social devem ser desenvolvidas buscando-se atingir o objetivo primário da criação da RIDE. Dentre elas, vale destacar a recente reestruturação administrativa da secretaria de saúde do DF em sete regiões de saúde, buscando-se aumentar o grau de descentralização, de resolubilidade e autonomia da RAS, integrando o atendimento de saúde do DF aos municípios do entorno. Nesse sentido, a proximidade geográfica, e muitas vezes fronteira, da RA do Gama com municípios de Goiás, destacando-se Valparaíso de Goiás, Cidade Ocidental e Novo Gama, bem como o fluxo populacional mantido pelas relações socioeconômicas e culturais contribuem para o perfil encontrado no presente estudo.

A predominância do sexo feminino entre as ICSAP está em consonância com outros estudos<sup>(11,14)</sup> e pode estar relacionada aos determinantes

sociais, à maior busca das mulheres por atendimentos de saúde, sejam eles primários ou secundários, ao direcionamento das políticas de saúde às mulheres, crianças e idosos; e à própria rede de atenção à saúde, a qual pode estar fracamente estruturada para responder efetivamente ao problema de saúde trazido por essas mulheres, resultando por conseguinte em internações hospitalares<sup>(14,17)</sup>. Porém, o cenário oposto também foi verificado por outros autores, os quais apontaram para a predominância do sexo masculino entre as ICSAP<sup>12-13-16</sup>. Vale destacar, que a busca por serviços primários de saúde, pelo sexo masculino, está culturalmente associada a sentimentos de vulnerabilidade e fragilidade. Somando-se a esse contexto, tem-se a dificuldade de reconhecimento das necessidades em saúde e de adequação entre os horários de funcionamento das unidades básicas de saúde e as atividades laborais. Além disso, a necessidade de comprometimento regular em um tratamento crônico pode constituir-se fator limitador na manutenção da qualidade de vida. Mediante esse aspecto, os serviços de urgência e emergência se estabelecem como as principais portas de entrada para o segmento masculino, seja pelo próprio perfil de motivos que os levam até esse tipo serviço, caracterizado pelas causas externas, doenças do aparelho circulatório e agudização de doenças crônicas, seja por esses ambientes emergenciais concentrarem condições mais oportunas, rápidas e efetivas de resolução dos problemas apresentados. Esse cenário pode estar relacionado ao panorama de predominância do sexo masculino entre os óbitos por condições sensíveis, tendo em vista que a postergação dos cuidados primários pode levar a uma busca por atendimento em face do agravamento de determinada condição.

Os idosos ( $\geq 60$  anos) obtiveram maior participação em relação às demais faixas etárias, tendo como diagnósticos mais frequentes aqueles relacionados ao aparelho circulatório. Sabe-se que a população brasileira vive

um momento de transição demográfica e epidemiológica, relacionado à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade e ao aumento na expectativa de vida<sup>1</sup>. Tal panorama é caracterizado pelo envelhecimento populacional, declínio das doenças infecciosas, incremento das condições crônicas e de outras *causas mortis* relacionadas ao processo de modernização da sociedade, tais como: acidentes de trânsito, alcoolismo e tabagismo. Assim, como o presente estudo apresentou, há uma coexistência entre as condições crônicas e as causas infecciosas, revelando um cenário característico de países em desenvolvimento como o Brasil.

Projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a proporção de idosos brasileiros com idade superior a 65 anos que era de 3% em 1930 passará a 22,5% em 2050. No Distrito Federal, o fenômeno do envelhecimento pode ser evidenciado pelas baixas taxas de fecundidade, as quais apresentam os menores níveis do país (1,45 filhos por mulher) e pelo aumento na expectativa de vida ao nascer, a qual apresentou um ganho de quatro anos para ambos os sexos, no período de 2000 a 2010<sup>(1)</sup>. Esse cenário de envelhecimento populacional revela um crescimento nas condições crônicas, as quais esbarram em sistemas de saúde deficientes, ainda voltados para resolver condições agudas<sup>2</sup>.

Em relação aos gastos com internações hospitalares preveníveis observa-se em alguns estados brasileiros um panorama de crescimento<sup>15</sup>. No Distrito Federal, entre os anos de 2008 e 2012 o gasto total com ICSAP chegou a 6,622 milhões de reais, apresentando aumento de 81,6% <sup>(14)</sup>. Em São Paulo, no período de 2008 a 2010, devido um aumento de 26,5%, esse valor chegou a 30,370 milhões de reais, representando 17% do total gasto com internações hospitalares<sup>24</sup>. Esses valores gastos com internações preveníveis devem ser vistos como possível fonte de economia para o sistema de saúde, uma vez que

poderiam ser direcionados para o investimento na própria rede de atenção à saúde, principalmente no nível primário, diminuindo o uso dos serviços de emergência por pacientes portadores de doenças crônicas em estados agudizados, os quais estão associados a cuidados mais onerosos<sup>6</sup>.

Nesse sentido, o presente estudo constitui-se linha de base para avaliações posteriores da atenção hospitalar/primária no DF, tendo em vista o recente processo de reformulação da organização e estruturação da atenção primária, a qual deverá estar fundamentada na Estratégia Saúde da Família de forma a concretizar sua função de ordenadora da rede. Dessa forma, tendo em vista que sistemas de saúde orientados por meio da APS estão associados a melhores níveis de saúde e redução de gastos, serão necessários estudos futuros que relacionem o impacto das ICSAP no novo cenário de saúde que poderá ser vivenciado no DF<sup>25</sup>.

## **CONCLUSÃO**

O presente estudo evidenciou participação expressiva dos atendimentos de urgência às CSAP registradas no HRG, havendo predominância dessas internações entre mulheres e idosos. Além disso, foi possível evidenciar que o referido hospital apresentou o maior número de registros de ICSAP entre os demais hospitais regionais do Distrito Federal, registrando ainda o quarto maior gasto com essas condições.

Este estudo esteve sujeito a limitações, devido a utilização de dados secundários registrados no SIH/SUS, banco de dados onde são registradas apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, apresentando, portanto, apenas parte da realidade nacional.

Ademais, apesar das ICSAP apresentarem-se como indicador do desempenho da atenção primária e hospitalar, alguns estudos já apontam para a visão parcial deste indicador, o qual permite a avaliação apenas dos pacientes internados, não abrangendo aqueles que, devido alguma descompensação clínica, buscaram as unidades de urgência e emergência e não necessitaram de internação, não tendo por consequência, o preenchimento de AIHs, as quais são a base para a alimentação do banco de dados do SIH/SUS. Porém, apesar de evidenciar apenas parte da demanda assistencial, o SIH/SUS ainda é o maior banco de dados de base nacional que oferece, com maior abrangência, as informações necessárias para a avaliação das ICSAP.

Os dados da pesquisa permitem incentivar a utilização desse indicador por gestores e profissionais de saúde, na avaliação da qualidade do sistema de saúde, o qual deve buscar uma melhor estruturação da APS a fim de garantir seu papel fundamental de primeiro contato, aumentando sua resolutividade e melhorando o manejo das condições agudas e crônicas, a fim de diminuir a busca por atendimentos de urgência que poderão acarretar em internações hospitalares. Além disso, será possível a utilização dos dados da presente pesquisa para avaliações futuras da situação de saúde do DF que atravessa um período de reformulação do seu modelo de atenção.

## **REFERÊNCIAS**

1. Campos MB, Borges GM. Projeção de níveis e padrões de fecundidade no Brasil. In: Ervatti LR, Borges GM, Jardim AP. Mudança Demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. p.30-41.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010;15(5):2297-305.

3. Homar JC, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):61-5.
4. Rehem TC, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Cienc. Saúde Colet*. 2011; 16(12): 4755-66.
5. Gervas J, Homar J. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:7-13.
6. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff*. 1990; 9(4):158-65.
7. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). *Cad. SaúdePública*. 2009; 25(6):1337-49.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008. Pública em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União* 2008.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. *Introdução à Gestão de Custos em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Nedel FB, Facchini LA, Bastos JL, Martin-Mateo M. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Cien Saude*. 2011; 16 Suppl 1: S1145-54.
11. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 34(4):227-34.
12. Botelho JF. Internações por condições sensíveis à atenção primária e fatores associados em Itaboraí, RJ [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.

13. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência. saúde coletiva*. 2017; 22(3):891-900.
14. Sousa NP, Rehem TCM, Santos WS, Santos CE. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm*. 2016; 69(1):106-13.
15. Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infantil*. 2016; 16 (2): 179-188.
16. Avelino CC, Goyatá SL, Nogueira DA, Rodrigues LB, Siqueira SMS. Quality of primary health care: an analysis of avoidable hospitalizations in a Minas Gerais county, Brazil. *Cienc. Saúde Colet*. 2015; 20(4):1285-93.
17. Pitilin EB, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Peloso SM. Sensitive female-specific hospitalization in primary care. *Cienc. Saúde Colet*. 2015; 20(2):441-8.
18. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Distrito Federal: Gama (RA II). Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2015.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2011.
20. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23 (3): 463-74.
21. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2015. A atenção primária nas redes de atenção à saúde; p.19-40
22. Sousa NP, Sousa MF, Araujo DE, Santos WS, Lima LR, Rehem TC. Estratificação de Risco Cardiovascular na Atenção Primária segundo escore de Framingham. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*. 2017; 10(1): 157-67.

23. Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN). Diretoria de Estudos e Pesquisas Socioeconômicas. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios Distrito Federal: Gama (RA II) [Internet]. Brasília (DF): Companhia de Planejamento do Distrito Federal; 2013.
24. Ferreira JB, Borges MJ, Santos LL, Forster AC. Hospital admissions due to ambulatory care-sensitive conditions in a health region of São Paulo State, Brazil, 2008-2010. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2014; 23(1):45-56.
25. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria n.77 de 14 de fevereiro de 2017. *Diário Oficial da União*.