



Edinadia Maria Dalberto

**Impacto da pandemia por Covid-19 nas internações por condições sensíveis a
Atenção Primária à Saúde na rede pública do Município de Marau, RS, 2019-
2020**

Marau
2022

Edinadia Maria Dalberto

**Impacto da pandemia por Covid-19 nas internações por condições sensíveis a
Atenção Primária à Saúde na rede pública do Município de Marau, RS, 2019-
2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa.

Linha de Pesquisa: Avaliação de políticas, sistemas e programas de saúde.

Marau

2022

CIP - Catalogação na Publicação

DALBERTO, EDINADIA MARIA
"Impacto da Pandemia por Covid-19 nas Internações
por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde na
Rede Pública do Município de Máraú, RS, 2019- 2020" /
EDINADIA MARIA DALBERTO. -- 2022.
55 f.
Orientador: ROGER DOS SANTOS ROSA.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade
Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto
Alegre, BR-RS, 2022.

1. Internações por Condições Sensíveis à Atenção
Primária à Saúde. 2. COVID-19. 3. Hospitalização. 4.
Atenção Primária à Saúde. I. ROSA, ROGER DOS SANTOS,
orient. II. Título.

Edinadia Maria Dalberto

**Impacto da pandemia por Covid-19 nas internações por condições sensíveis a
Atenção Primária à Saúde na rede pública do Município de Marau, RS, 2019-
2020**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 03 de agosto de 2022.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcelo Rodrigues Gonçalves

(Membro Externo - UFRGS) - 1.º Examinador(a).

Profa. Dra. Vanderléia Laodete Pulga

(Membro Externo - UFFS/Campus Passo Fundo) - 2.º Examinador(a).

Suplentes: Profa. Dra. Claunara Schilling Mendonça (Membro Externo - UFRGS).

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel (Membro Interno - PROFSAUDE/UFRGS).

Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa (UFRGS/FIOCRUZ) –

Presidente da Comissão Examinadora (Orientador).

Marau

2022

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por ter me possibilitado e dado forças para viver até o presente momento e concluir um programa de mestrado. Gratidão!

Aos meus pais e irmão que, mesmo com todas as dificuldades vivenciadas, não mediram esforços para que pudesse estudar e ter acesso à universidade, sem necessidade de trabalhar naquele momento. Obrigada pelo apoio sempre e por deixar em mim os bons ensinamentos da vida.

Ao meu namorado, que se fez presente em toda a minha caminhada, encorajando-me nos momentos difíceis. Obrigada pelo respeito e incentivo.

Ao meu orientador, que utilizando de sua enorme sabedoria, paciência e experiência, colocou-se sempre disponível para ajudar. Com retornos rápidos e precisos, soube conduzir com maestria esta dissertação. Um privilégio ter sido orientada por você! Obrigada por ter acreditado e confiado no meu potencial.

Aos componentes da banca examinadora, por todo carinho e atenção a mim dispensados na leitura e colaborações com meu trabalho.

Às colegas da turma, pela parceira, companheirismo, afeto, empatia e apoio que construímos ao longo destes dois anos, mesmo nos conhecendo somente através de uma tela de computador ou centenas de mensagens de WhatsApp. Desejo sucesso a todas e que tenhamos novos encontros pela estrada da vida.

Aos meus amigos, pela compreensão dos momentos ausentes, pela parceria e amizade.

Ao Secretário Municipal de Saúde pela liberação para que eu participasse da seleção e, após aprovada, cursar o Mestrado Profissional. Aos meus colegas da ESF, por me propiciarem compartilhar momentos do mestrado a fim de aperfeiçoar nosso processo de trabalho.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família que trilharam esse caminho comigo, mesmo estando impossibilitados dos momentos presenciais em virtude do período pandêmico. Foi uma oportunidade de aperfeiçoamento e crescimento com estes profissionais maravilhosos. Sou grata a cada um e gostaria muito de poder abraçá-los!!!

Enfim, a todos que, direta ou indiretamente, ajudaram-me nesta trajetória e na conquista de mais uma etapa em minha vida pessoal e profissional. *Muito obrigada!*

RESUMO

A COVID-19 é a doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, identificado em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. O primeiro caso de coronavírus no Brasil foi confirmado na cidade de São Paulo em fevereiro de 2020, pouco antes de ter sido decretada pandemia mundial pela OMS em março do mesmo ano. Objetivou-se conhecer o impacto da pandemia por COVID-19 nas internações por condições sensíveis à atenção primária a saúde (ICSAPS) no âmbito do SUS de residentes do município de Marau, situado no norte do estado Rio Grande do Sul e que conta com cerca de 45 mil habitantes, no ano 2020 em comparação com o de 2019. Foram analisadas as internações dos residentes no município comparativamente com as dos residentes da Região de Saúde nº 17 (Região do Planalto). O estudo é quantitativo, observacional, em que foram utilizados dados secundários do DATASUS, de arquivos públicos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/ SUS), cujo instrumento é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). As condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAPS) constam na Lista Nacional (Portaria do MS nº 221, de 17/04/2008). Como resultado, foram identificadas 424 hospitalizações por CSAPS de residentes de Marau-RS em 2019 e 257 em 2020, representando 15,9% e 10,4% do total de internações do município. O maior impacto nas internações ocorreu na faixa etária dos 60 aos 79 anos, independentemente de causa, apresentando-se com 38,7% e 40,1% das internações em cada ano. Quanto à variável raça/cor, destaca-se o elevado percentual de AIHs sem informação, atingindo 75% e 70,4% no ano seguinte. Quanto à utilização de leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), evidenciou-se o aumento da gravidade dos casos de ICSAPS de 10 para 23 internações em UTI (2,3 para 5,1). Entretanto, o coeficiente de mortalidade apresentou pequena redução (3,85 para 3,57/10 mil hab.). A Região de Saúde nº17 também mostrou diminuição no número de internações por CSAPS de residentes, com 5.503 (16,1%) em 2019 e queda para 3.940 (13,5%) em 2020. A faixa etária com maior participação nas ICSAPS foi de 60 a 79 anos com 40,1% e 42,8% no ano seguinte. Em relação ao sexo, observaram-se percentuais semelhantes nos dois anos (50,4% e 49,6% para mulheres e homens). A demanda por utilização de UTI também apresentou aumento no número de casos de 5,5% das internações para 8,7%. Em relação aos óbitos por ICSAPS, dentre os 335 em 2019 e 287 no ano seguinte, o maior número também ocorreu na

faixa etária dos 60 aos 79 anos com 45,4% e 46% dos casos. A variação no volume de ICSAPS foi expressiva, mas não uniforme por sexo, faixa etária e raça/cor, com aparente aumento na gravidade das ICSAPS indicado na proporção de utilização de UTI e de óbitos hospitalares. Analisar as ICSAPS antes e durante a pandemia de COVID-19 mostrou ao gestor municipal que, no contexto pandêmico, a redução deste indicador não significa, necessariamente, melhora na resolutividade da atuação da APS, mas que o tradicional indicador ICSAP pode ter outros significados.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. COVID-19. Internações por condições sensíveis à atenção primária.

ABSTRACT

COVID-19 is the infectious disease caused by the new coronavirus, identified in Wuhan, China, in December 2019. The first case of coronavirus in Brazil was confirmed in the city of São Paulo in February 2020, shortly before it was declared pandemic by the WHO in March of the same year. The objective was to know the impact of the COVID-19 pandemic on hospitalizations for primary health care sensitive conditions (HPHCSC) within the scope of the Unified Health System (SUS, in portuguese) of residents of the municipality of Marau, located in the north of the state of Rio Grande do Sul with about 45 thousand inhabitants, in the year 2020 compared to 2019. Hospitalizations of residents in the municipality were analyzed compared to those of residents of Health Region nº 17 (Planalto Region). This was a quantitative, observational study, in which secondary from DATASUS, from public files of the SUS Hospital Information System (SIH/SUS), whose instrument is the Hospital Admission Authorization (AIH, in portuguese). Primary health care sensitive conditions (PHCSC) are included in the National List (MOH Ordinance No. 221, of 04/17/2008). As a result, 424 hospitalizations by SCPHC of residents of Marau-RS were identified in 2019 and 257 in 2020, representing 15.9% and 10.4% of the total hospitalizations in the municipality. The greatest impact on hospitalizations occurred in the age group from 60 to 79 years, regardless of cause, with 38.7% and 40.1% of hospitalizations each year. As for the race/color variable, the high percentage of AIH without information stands out, reaching 75% and 70.4% in the following year. Regarding the use of intensive care unit (ICU) beds, there was an increase in the severity of HPHSC cases from 10 to 23 ICU admissions (235.8 to 894.9/10 thousand inhab.). However, the mortality coefficient showed a small reduction (3.85 to 3.57/10 thousand inhab.). Health Region nº17 also showed a decrease in the number of hospitalizations for PHCSC of residents, with 5,503 (16.1%) in 2019 and a drop to 3,940 (13.5%) in 2020. The age group with the highest participation in HPHCSC was of 60 to 79 years with 40.1% and 42.8% in the following year. Regarding gender, similar percentages were observed in both years (50.4% and 49.6% for women and men). The demand for ICU use also increased in the number of cases from 5.5% of hospitalizations to 8.7%. Regarding deaths from HPHCSC, among the 335 in 2019 and 287 in the following year, the highest number also occurred in the age group from 60 to 79 years old, with 45.4% and 46% of cases. The variation in the

number of HPHCSC was significant but not uniform by gender, age group and race/color, with an apparent increase in the severity of HPHCSC indicated in the proportion of ICU use and in-hospital deaths. Analyzing the HSCPHC before and during the COVID-19 pandemic showed the municipal manager that, in the pandemic context, the reduction of this indicator does not necessarily mean an improvement in the resolution of PHC performance, but that the traditional HPHCSC indicator can have other meanings.

Keywords: Primary Health Care. Hospitalization. COVID-19. Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10ª edição
COVID-19	<i>Corona Virus Disease</i> (Doença do Coronavírus), em que “19” se refere ao ano 2019
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
hab.	habitantes
HCR	Hospital Cristo Redentor
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAPS	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa Saúde da Família
SARS	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH/SUS	Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
3.1 OBJETIVO GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
4 HIPÓTESES	17
5 METODOLOGIA	18
6 ASPECTOS ÉTICOS	20
7 REVISÃO DE LITERATURA	21
7.1 PERFIL DAS INTERNAÇÕES GERAIS E DAS ICSAPS DE ACORDO COM SEXO, FAIXAS ETÁRIAS E RAÇA/COR.....	23
7.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS E NÃO SENSÍVEIS NO RIO GRANDE DO SUL	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIA	33
ANEXO A - Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008	37
ANEXO B - Lista de condições sensíveis à Atenção Primária	38

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil atua como porta de entrada, elemento estruturante e orientador da atenção à saúde. Em 1994, diante das dificuldades para a efetivação dos princípios do SUS, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF). Atualmente é chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), como incentivo à organização da APS nos municípios, com vistas à melhoria do acesso e qualidade de atendimento (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; NEDEL, 2009).

A APS tem sua qualidade avaliada pela presença de atributos considerados como essenciais, quais sejam: acesso de primeiro contato, atenção centrada na pessoa ao longo do tempo (longitudinalidade / continuidade do cuidado), integralidade e coordenação do cuidado, bem como pelos atributos adicionais, cuidado centrado na família, orientação comunitária e competência cultural.

As condições sensíveis à Atenção Primária (CSAPS) são problemas de saúde atendidos no primeiro nível de atenção do sistema, seja com ações de prevenção primária (imunizações, por exemplo), secundária (rastreamento do câncer de colo uterino) ou terciária (controle da hipertensão e diabetes). Independentemente do modo de organização do sistema, certas condições de saúde, como pneumonias bacterianas, complicações do diabetes, hipertensão e asma, podem evoluir para quadros que exigem hospitalização, na falta de atenção oportuna e efetiva da APS. Essas hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e o monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde (NEDEL, 2009).

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) podem ser conhecidas com informações disponíveis na base de dados pública do Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH/SUS. Contudo, o nível mínimo de agregação dessas bases é o município, o que impede relacionar o paciente internado com a unidade de saúde de sua área de residência. Nesse sentido, um algoritmo no SIH/SUS que ligasse o endereço do paciente à unidade de saúde de referência e a possibilidade de vinculação dessas informações, seria de grande apoio à pesquisa e avaliação da APS. Isso porque tal recurso poderia fornecer informação de melhor qualidade para a gestão do SUS (NEDEL *et al.*, 2010). Em tese, desde 2013, essa vinculação poderia ser feita com a base de dados e-SUS Atenção Básica.

As condições sensíveis à atenção primária à saúde são situações que podem ser atendidas de forma eficaz no primeiro nível do sistema de saúde, reduzindo, assim, a necessidade de hospitalizações. Conhecer as possíveis modificações nas características dessas interações em decorrência da pandemia por COVID-19 pode contribuir na melhoria da organização das intervenções na rede de serviços de saúde, o que poderia evitar o agravamento clínico dos pacientes.

A pandemia por COVID-19 teve início com a detecção do novo coronavírus em Wuhan, na China, em dezembro de 2019. O agente patogênico é causador de infecções respiratórias em humanos e animais. Essas infecções foram caracterizadas por sinais e sintomas clínicos semelhantes a um resfriado, com possibilidade de agravamento para síndrome respiratória aguda grave (SARS – *Severe Acute Respiratory Syndrome*). Trata-se de um novo tipo de coronavírus, pertencente ao gênero β (beta), denominado de SARS-Cov-2, que causou a pandemia mundial de COVID-19 (*CO*rona *Virus Disease*, identificada em 2019) (COSTA *et al.*, 2020; MORAES; CASTIEL, 2020).

Informações do Ministério da Saúde (2020) mostram que, de acordo com a OMS, cerca de 80% dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou oligossintomáticos. Entretanto, aproximadamente 20% dos casos detectados requerem atendimento hospitalar em razão de os pacientes apresentarem dificuldades respiratórias, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório. No Brasil, até o final de 2020, foram registrados 7.675.973 casos e 194.949 óbitos pela nova doença. Os dados atualizados em 05/04/2022 mostram 30.040.129 casos e 660.528 óbitos com uma letalidade de 2,2% (<http://covid.saude.gov.br/>).

O surgimento de uma demanda súbita para cobertura de COVID-19 afetou a disponibilidade dos serviços de saúde em todo o território nacional com impactos nos perfis de atenção à saúde.

Localizado no norte do Estado do Rio Grande do Sul e na região do Planalto Médio, Marau foi colonizado por imigrantes italianos em 1904 e transformado em município em 28 de fevereiro de 1955. Possui 44 858 habitantes (estimativa IBGE 2020) e situa-se a 28 km a sudeste de Passo Fundo, distante 269 Km da capital do estado, Porto Alegre. O município de Marau figura com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) - 2010 de 0,774 e sua população possui expectativa de vida ao nascer (2000) de 74,64 anos. Quanto ao coeficiente de mortalidade infantil, apresentou

diminuição expressiva de 16,85 (2015) para 7,52 óbitos por mil nascidos vivos (2017). Sobre a taxa de escolarização no que se refere à faixa etária de 6 a 14 anos, o município atingiu o índice de 94,5% (2010). Marau pertence à macrorregião de saúde Norte e a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (IBGE, 2020; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021; PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, 2020).

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marau presta atendimento à população por meio de 12 Unidades de Saúde da Família, que servem como porta de entrada da APS, um Posto Central (com atendimento por ginecologista/obstetra e pediatra) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I).

Cabe destacar que, em março de 2013, o município de Marau recebeu a primeira turma de residentes do Programa de Descentralização da Residência Integrada em Saúde, vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição com o objetivo de oferecer especialização profissional em diferentes áreas da saúde. A Residência prepara os profissionais por meio da formação em serviço para atuar em equipe, de forma interdisciplinar, nos diversos níveis da atenção do Sistema Único de Saúde. Desde 2015, o programa passou a ser chamado de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, desenvolvido em parceria com a Universidade Federal da Fronteira Sul. O campo de treinamento em serviço são duas equipes de ESF, nas quais atuam seis preceptores (profissionais estatutários dos serviços de saúde), responsáveis por 12 residentes nas áreas de psicologia, enfermagem e farmácia.

O município dispõe de um hospital para o atendimento da população com serviço de urgência e emergência pelo SUS, além dos atendimentos de média complexidade, o Hospital Cristo Redentor (HCR). A instituição constitui-se em uma associação beneficente e filantrópica, sem fins lucrativos, e presta seus serviços também à microrregião (11 municípios), disponibilizando 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, de um total de 109 leitos (HOSPITAL CRISTO REDENTOR, 2020). Além deste, o município possui um hospital privado (com características de hospital-dia e ambulatorial e hospitalar média complexidade) com quatro leitos e internações dia (para permanência por no máximo 24 horas). Ambos os hospitais possuem centro de diagnóstico próprio.

Quanto à regionalização, Marau faz parte da Região de Saúde nº 17 (ou Região do Planalto), composta por 20 municípios e população de 292.174 pessoas. Segundo

o Decreto nº 7.508/2011, região de saúde é a designação dada ao espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

O presente estudo buscou verificar se a pandemia por COVID-19 provocou alterações nas ICSAPS no âmbito do SUS de residentes do município de Marau no ano de 2020 em relação a 2019, comparando também com o total de internações na cidade e na Região de Saúde nº 17.

2 JUSTIFICATIVA

As condições sensíveis à atenção primária à saúde são situações que podem ser atendidas oportuna e efetivamente no primeiro nível de atenção pelas Equipes de Saúde da Família (EqSF), reduzindo a necessidade de hospitalizações, seja em período pandêmico ou não. Dessa forma, pretende-se conhecer as características dessas internações pelo SUS pré-pandemia em comparação com um período da pandemia para analisar possíveis diferenças para os municípios de Marau e em relação aos residentes da Região de Saúde nº 17.

Parte-se da premissa de que a redução nas taxas de internações por CSAPS não significa, necessariamente, que a APS melhorou sua efetividade, como usualmente o fenômeno é interpretado. Entende-se que há grande probabilidade de decorrer do isolamento social indicado, o qual acarretou diminuição tanto das consultas de rotina quanto da procura por assistência em casos mais graves durante o período mais crítico da pandemia em 2020.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da pandemia por COVID-19 nas ICSAPS e no total de internações na rede pública de residentes do município de Marau-RS, e na Região de saúde nº17 no ano de 2020 em comparação com o ano de 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Descrever o perfil das internações por CSAPS e total geral de acordo com sexo, faixa etária e raça/cor;
- b) Analisar a incidência de óbitos hospitalares e a utilização de UTI;
- c) Analisar o grau de impacto da pandemia por COVID-19 nas internações por capítulo da CID-10;
- d) Comparar as taxas de internações por condições sensíveis e não sensíveis do município de Marau com as da Região de Saúde nº 17 (Região do Planalto).

4 HIPÓTESES

A hipótese nula testada é de que a pandemia por COVID-19 não influenciou o número e as características das ICSAPS em Marau – RS. Como hipótese alternativa, postula-se que a pandemia causou diferenças no número dessas internações.

Além disso, há possibilidade de excesso ou déficit de internação, considerando a melhoria na qualidade do atendimento prestado pela APS ou o período de pandemia vivenciado pela população em nível local e regional.

Ademais, deve-se considerar a ocorrência de mudanças de atendimentos na rede de saúde do município em questão, com a diminuição dos atendimentos em virtude de afastamentos de profissionais médicos e ou demais profissionais da equipe. Ainda, altas taxas de internações por condições sensíveis podem significar problemas de acesso ou desempenho da ESF.

5 METODOLOGIA

O trabalho desenvolvido caracteriza-se como um estudo epidemiológico de base populacional e delineamento ecológico de natureza transversal. Trata-se de uma análise sobre o impacto da pandemia por COVID-19 nas ICSAPS de residentes no município de Marau e na Região de Saúde nº 17 do Rio Grande do Sul, no ano 2020 comparado ao ano anterior, pré-pandêmico.

Foi realizada uma análise quantitativa, de cunho descritivo, a partir de dados secundários, tendo como fonte os arquivos públicos do SIH-SUS. Os arquivos utilizados foram os de prefixo RD (reduzidos) das Autorizações de Internações Hospitalares – AIHs, correspondentes aos anos de 2019 e 2020, disponíveis no portal de informações do SUS. A AIH permite a obtenção da quantidade de ICSAPS e de internações por todas as causas da população residente no município e na Região de Saúde.

Foi utilizada a Lista Nacional de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária conforme a Portaria do Ministério da Saúde nº 221, de 17 de abril de 2008 (ANEXO A). Essa lista é composta por 19 grupos de causas e 74 diagnósticos de acordo com a CID-10 (BRASIL,2008). Para as informações populacionais, foram utilizados dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O SIH/SUS utiliza como principal instrumento de coleta de dados a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), que apresenta dois modelos: AIH-1 (Tipo Internamento inicial), para dados de identificação do paciente e registro de procedimentos médicos e de serviços de diagnóstico realizados, e a AIH-5 (Tipo Continuidade), para dados de pacientes crônicos ou psiquiátricos que necessitam de continuidade de tratamento. Foram consideradas, para o presente estudo, as AIHs pagas do Tipo Normal (AIH-1) (BRASIL, 2010).

Apurou-se o volume de internações em cada ano por sexo e faixas etárias e raça/cor. Os coeficientes populacionais de internações foram calculados por 10 mil hab./ano.

A tabulação dos dados obtidos nos arquivos-fonte foi realizada por meio de duas ferramentas disponibilizadas pelo Ministério da Saúde: o TabNet, que possibilita o cruzamento de variáveis básicas pré-estipuladas no próprio site, e o TabWin, que permite maior detalhamento no cruzamento dos dados.

Para análise das ICSAPS, optou-se por adotar as seguintes variáveis: (i) capítulos de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); (ii) faixa

etária (em anos: 0 a 9; 10 a 19; 20 a 39; 40 a 59; 60 a 79; e 80 e mais); (iii) sexo (masculino; feminino); (iv) raça/cor (branca; preta; parda; amarela; indígena); (v) utilização UTI durante a internação (sim; não); (vi) óbito hospitalar (sim; não).

Em relação à análise estatística, foram calculados intervalos de confiança de 95% para as proporções de ICSAPS em relação ao total de internações. A análise dos dados foi realizada em Microsoft Excel®.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, não houve necessidade de submeter o presente estudo ao sistema CEP/CONEP, pois os arquivos do SIH/SUS são de domínio público, disponíveis na internet e divulgados pelo Ministério da Saúde por meio do site do DATASUS em formato que mantém a confidencialidade e a anonimização dos dados.

Finalmente, ressalta-se que a mestrande e seu orientador não têm a declarar qualquer conflito de interesse.

7 REVISÃO DE LITERATURA

As Internações por Condições Sensíveis à APS têm se expandido como indicador indireto do acesso à atenção adequada e eficaz no primeiro nível de atenção à saúde, em que a resolutividade deve se refletir na diminuição das internações hospitalares por um grupo de causas específicas. Do contrário, pressupõe-se que as pessoas internadas por condições sensíveis à APS não receberam atenção de saúde efetiva, o que levou ao agravamento de sua condição clínica e à hospitalização (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

O indicador foi criado ao final da década de 1980 nos Estados Unidos para avaliar o impacto da falta de acesso a serviços de atenção primária. Posteriormente, em países com acesso universal a esse tipo de assistência, como a Espanha, passou a ser usado para comparar a efetividade de modelos de APS (FERNANDES *et al.*, 2009; NEDEL, 2009; NEDEL *et al.*, 2008). Denominado *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), o indicador foi desenvolvido por Billings *et al.* na década de 90, traduzido para o português como “condições sensíveis à atenção primária” e representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a ação efetiva da atenção primária diminuiria o risco de internações. Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, bem como o controle e acompanhamento de patologias crônicas devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

No Brasil, foi estabelecida uma lista com 19 grupos de condições de saúde que, se tratadas de forma adequada na atenção primária, evitariam internações (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Estas condições de saúde representavam 28,3% das hospitalizações realizadas pelo SUS em 2006, em um total de 2,8 milhões. As gastroenterites e complicações, insuficiência cardíaca e asma corresponderam a 44,1% das ICSAPS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Estudo realizado por meio de entrevistas com familiares e pacientes internados em hospitais conveniados com o SUS em Montes Claros (MG), entre os anos de 2007 a 2008, enfatiza que a ESF dispõe das melhores possibilidades para atuar preventivamente sobre as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis. Essa informação corrobora outros estudos que ressaltam a importância do atendimento prestado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF). O acesso, o vínculo e, em especial, a longitudinalidade assegurada pela ESF

propiciam maior relação de confiança entre pacientes e médicos, o que interfere favoravelmente na adesão ao tratamento e às orientações de saúde (FERNANDES *et al.*, 2009). Além disso, cabe destacar que estudos que avaliam as taxas de ICSAP e suas tendências são importantes fontes de dados para o gerenciamento em saúde e para a formulação de políticas e estratégias que visem à redução destas, de modo a aprimorar o sistema de saúde e os investimentos financeiros aplicados (DA COSTA *et al.*, 2016).

Conforme Alfradique (2009), a falta de acesso e a baixa vinculação aos serviços de atenção primária, bem como a busca espontânea dos serviços especializados ou de urgência, e mesmo a incapacidade da APS para resolver o problema, seja por baixa resolutividade, seja por atenção tardia, semelhante à realidade do município a que se refere o estudo, gera as hospitalizações sem necessidade por condições sensíveis a APS.

Como se não bastasse a difícil realidade do sistema público de saúde brasileiro, em fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso do novo coronavírus (SARS-Cov-2) no Brasil, na cidade de São Paulo (SP). A Organização Mundial da Saúde (OMS), declarou, no dia 11 de março do mesmo ano, que elevou o cenário de contaminações à consideração de pandemia mundial de COVID-19. O novo coronavírus é uma emergência internacional que foi categorizada como pandemia com a emissão do mais alto nível de alerta da organização (LANA *et al.*, 2020).

Segundo Santos e França (2020), epidemias têm demonstrado, ao longo do tempo, que as doenças não atingem a população de um modo democrático, haja vista que desigualdade econômica, nível de escolaridade, renda, acesso a saneamento básico e raça/cor contribuem para tornar grupos sociais mais suscetíveis a doenças. Nesse sentido, cita-se que, na pandemia pelo coronavírus, os resultados demonstram que as pessoas negras são mais vulneráveis e têm 77,36% mais chances de morrer pela COVID-19 do que as pessoas brancas.

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Semana Epidemiológica 12), com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), de 26 de fevereiro de 2020 a 26 de março de 2022, foram confirmados 29.832.179 casos e 658.762 óbitos por covid-19 no Brasil. O país apresentou uma incidência total de 101,5 casos/100 mil hab., sendo por região: Centro-Oeste com maior taxa de incidência com 182 casos/100 mil hab., em segundo lugar o Sul com

149,9 casos/100 mil hab., seguido por Sudeste (107,2 casos/100 mil hab.), Norte (75,8 casos/100 mil hab.) e Nordeste (52,3 casos/100 mil hab.). Em relação à taxa de mortalidade, na referida semana, o Brasil ficou com 0,8 óbito/100 mil hab., sendo que, por regiões, o Centro-Oeste apresentou a maior taxa (1,2 óbito/100 mil hab.), seguido por Sudeste (1,0 óbito/100 mil hab.) e, em terceiro lugar, a região Sul (0,8 óbito/100 mil hab.) (BRASIL, 2022).

7.1 PERFIL DAS INTERNAÇÕES GERAIS E DAS ICSAPS DE ACORDO COM O SEXO, FAIXAS ETÁRIAS E RAÇA/COR

No Brasil, a tendência histórica no período de 2001 a 2016 evidenciou redução da taxa padronizada de ICSAPS (120 para 66 internações por 10 mil habitantes/ano com redução de 45%), também observada na média das capitais (redução de 24%) e nos municípios do interior (redução de 48,6%). Quanto às causas de internações, quando se considera o total do país, destacam-se as condições cardiovasculares e cerebrovasculares (25% do total), seguidas de asma (diminuição de 15% para 5%) e das doenças das vias aéreas inferiores (de 12% para 8%). Quanto à proporção das ICSAP em relação ao total de internações por sexo, constata-se declínio ao longo dos anos, com predomínio do sexo masculino (passou de 18% para 14%), quando comparado ao feminino (oscilou de 14% para 11%) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Estudo realizado em 78 municípios do Espírito Santo de 2000 a 2014 mostrou a ocorrência de 2.444.174 internações, perfazendo uma taxa mediana de 470,39 internações por 10.000 habitantes/ano. As ICSAPS representaram 26,3% do total de internações, com uma taxa padronizada estadual que caiu de 146,35 por 10 mil habitantes em 2000 para 104,22 em 2014, uma redução de 28,7%. Quanto às taxas de ICSAPS segundo causas, os principais grupos foram as gastroenterites infecciosas e complicações, a infecção no rim e trato urinário, a insuficiência cardíaca, as pneumonias bacterianas e as doenças cerebrovasculares. Destaca-se que o total das ICSAP no Espírito Santo diminuiu, enquanto as internações totais mantiveram-se estáveis. Quanto à distribuição por sexo, não foram verificadas diferenças marcantes presentes em outros estudos que, em sua maioria, apontaram a maior ocorrência das ICSAP em homens. A faixa etária mais acometida foi entre menores de cinco anos e maiores de 60 anos. No caso destes últimos, há maior prevalência de comorbidades e doenças

crônicas; para a faixa etária da infância, existe maior suscetibilidade a doenças infecciosas, como gastroenterites e pneumonias. Corroborou-se a constatação da influência dos fatores socioeconômicos nas ICSAP com o aumento do risco dessas hospitalizações. Tendo em vista o IDHM, também foi percebido maior risco de ICSAP associado à piora do indicador (PAZÓ *et al.*, 2017).

Nos serviços públicos de saúde do estado de Minas Gerais no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2017, do total de internações realizadas, 21,2% foram ICSAPS. Dos pacientes com maior frequência de ICSAP, 52% foram mulheres e 46,4% com idade igual ou superior a 60 anos. Embora o percentual de ICSAPS seja significativo para o cenário de hospitalizações no estado, elas vêm diminuindo ao longo dos anos no Brasil, o que pode ser resultado de mudanças no que tange à atenção primária à saúde, com novas estratégias de prevenção, diagnóstico precoce e controle das doenças crônicas. Nesse estudo, também foi evidenciado que, dentre as causas principais de internação, estão as doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações, infecções no rim e trato urinário (SALES *et al.*, 2019).

Mesmo com a redução no número de casos no país, em 2010 as ICSAPS representaram 22,5% das internações nos serviços públicos de saúde. As diferenças observadas entre as taxas de internação nas microrregiões se devem a serviços oferecidos em cada uma delas. Ou seja, se a região tem cobertura da atenção básica e, mesmo assim, o número de casos de ICSAP não tem diminuído, pode ser sugestivo de que existem inadequações no modelo assistencial e problemas na qualidade do cuidado prestado (SALES *et al.*, 2019).

Conforme Pinto *et al.* (2019), em um estudo desenvolvido no período de 2009 a 2018 que comparou taxas de ICSAPS em relação ao total de internações no Distrito Federal com outras capitais brasileiras, as desigualdades regionais podem apontar o nível de organização do sistema de saúde e se a atenção primária à saúde é considerada ou não central no sistema. Ainda, em análise realizada nas capitais Florianópolis e Curitiba com altas coberturas de APS, as mesmas apresentam taxas de ICSAPS de aproximadamente 10%, semelhante ao que alcançou a cidade do Rio de Janeiro em 2013, devido à expansão da APS.

Nas regiões Sudeste e Sul, segundo os autores,

[...]entre os menores de 20 anos, há redução nas internações relacionadas às condições evitáveis e imunizáveis, às deficiências nutricionais e anemias,

ao período perinatal e às infectoparasitárias. A não redução - estabilidade ou até o aumento nas análises temporais tem sido apontada nas internações por broncopneumonia e asma [...] No Distrito Federal, para a população adulta e idosa, as reduções são observadas nos grupos das doenças cardiovasculares como hipertensão, insuficiência cardíaca e angina, e aumento nos grupos da diabetes mellitus e AVC (PINTO *et al*, 2019, p. 2107).

Outro estudo analisou as ICSAPS nas regiões brasileiras em 2014 com destaque para as doenças preveníveis por imunização, que totalizaram um dos menores percentuais de ICSAPS, o que mostra o progresso do sistema de saúde em relação aos últimos anos e o sucesso do Programa Nacional de Imunização (PNI). Quanto às taxas de ICSAPS, as mesmas apresentaram variação entre 89,8 e 121,9/10 mil hab., com menor representação na região Sudeste e a maior na região Sul. Em outra pesquisa realizada entre os anos de 1999 e 2007, a região Sudeste também se destacou, apresentando as menores taxas de ICSAP, a qual possui o maior número médio de consultas médicas realizadas e menor proporção de indivíduos internados entre as regiões do país. Porém, a região Sul possui as maiores taxas paralelo à característica de possuir os melhores indicadores de saúde (PEREIRA; SILVA; NETO, 2015).

Conforme pesquisa de Costa (2017), que estudou a ocorrência de ICSAPS em um município da região central do Brasil no período de 2010 a 2014, do número total de internações, 27% eram ICSAPS. Durante esse período, o coeficiente de internações aumentou de 49,2 em 2010 para 56,1/mil hab. em 2014. Estudo realizado em Curitiba (PR), verificou que as ICSAPS representaram 19,4% das internações. Já a análise das ICSAPS no município de Cotia (SP) constatou que, ao longo de quatro anos, 16,6% das internações foram por condições sensíveis. A análise realizada neste município da região central evidenciou que, no período de 2010 a 2014, as ICSAPS diminuíram de 13,4 para 12,4 internações/mil habitantes.

Diversos estudos corroboram essa perspectiva de tendência de diminuição ou estabilização das ICSAPS ao longo do tempo no Brasil. Paralelamente, pesquisas demonstram que ações preventivas reduzem o número de complicações por doenças crônicas não transmissíveis. Entre essas medidas, cita-se o controle da pressão arterial e visitas domiciliares realizadas pela equipe de ESF, bem como redução de tabagismo, sedentarismo, consumo nocivo de álcool e alimentação não saudável. Trata-se de doenças que podem ser evitadas e/ou diagnosticadas precocemente, o que, conseqüentemente, diminui o índice de hospitalizações em decorrência dos referidos fatores (DA COSTA, 2017).

Segundo Sousa *et al.* (2016), a caracterização das ICSAPS de um hospital regional do Distrito Federal (Ceilândia), realizada de 2008 a 2012, mostrou predomínio de pacientes do sexo feminino (55,4%). As doenças cerebrovasculares constituíram a principal causa de óbitos (26,8%), seguidas por diabetes mellitus (22,6%) em 2009 e por insuficiência cardíaca (17,6%) e deficiência nutricional (11,3%) em 2011. Porém, em 2010, as deficiências nutricionais, representadas por 25,5% dos óbitos, superaram as doenças cerebrovasculares (24,8%) e insuficiência cardíaca (12,4%). Já em 2012, os óbitos referentes à insuficiência cardíaca foram mais expressivos, com 18,8%, seguidos pelas deficiências nutricionais (15,6%). Quanto à idade, nos cinco anos, 60,7% dos óbitos foram de indivíduos com 65 anos ou mais. Em relação ao sexo, 52,6% dos óbitos ocorreram no sexo feminino. O sexo feminino prevaleceu nas ICSAPS em todo o período estudado, o que foi verificado também em estudos realizados em outras regiões. Tal resultado relaciona-se à ineficiência da APS frente aos problemas por elas apresentados, ocasionando complicações e, conseqüentemente, internações hospitalares. Tradicionalmente, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, uma vez que estes alegam que o sexo feminino, por ser mais frágil (em sua visão), tende a buscar auxílio médico com maior frequência.

Estudo realizado no estado de Santa Catarina no período de 2008 a 2015, com o objetivo de avaliar as taxas de internação e de mortalidade de idosos por ICSAPS, resultou em 41% em 2008 e 32% em 2015, com variação de 638 em para 486/10 mil hab. As mulheres foram responsáveis por 51,4% das internações. Em relação ao diagnóstico de internação, as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular (insuficiência cardíaca, hipertensão arterial sistêmica, angina e doenças cerebrovasculares) foram responsáveis por 49,5% das ICSAPS de idosos, e com 26,8% apareceram as doenças respiratórias. As taxas de mortalidade apresentaram redução independentemente do sexo (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Pesquisa desenvolvida nos Estados Unidos, com o objetivo de avaliar o impacto da etnia na condição de saúde e as injustiças presentes entre minorias étnicas e hospitalizações por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC), mostrou que as mulheres idosas negras e hispânicas, mesmo com seguro de saúde privado, possuem risco maior de hospitalização por condições sensíveis do que as mulheres idosas brancas não hispânicas. Não foram encontrados estudos em países de baixa e média

renda avaliando etnias e taxas de hospitalização por ACSC (GONÇALVES *et al.*, 2016).

7.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS E NÃO SENSÍVEIS NO RIO GRANDE DO SUL

A relação positiva entre uma maior cobertura populacional por equipes de ESF e menores taxas de ICSAPS em idosos após a implementação da ESF foi resultado de estudo realizado no RS. No que diz respeito às taxas de mortalidade por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, estudo realizado em Santa Catarina apresentou aumento somente na faixa etária acima de 80 anos, o que diverge do estudo de Santos *et al.* (2013), que observou, em alguns municípios do Rio Grande do Sul, aumento nas taxas de mortalidade por condições cardiovasculares sensíveis a APS nas pessoas com mais de 60 anos (RODRIGUES; ALVAREZ; RAUCH, 2019).

Pesquisa realizada em serviços públicos de saúde de Porto Alegre (RS), de 2006 a 2011, buscou verificar a associação entre a qualidade da APS avaliada pelo PCATool e as internações por condições sensíveis à mesma. Foram selecionados 1.200 sujeitos que utilizavam de forma preferencial os serviços da rede básica de saúde, predominantemente mulheres (65,5%), brancos (58,5%), com média de 7,1 anos de escolaridade e de classes econômicas C, D e E (77,4%). Dentre esses participantes, 23% tiveram internação durante o seguimento. Destes, 7% dos sujeitos foram internados por CSAPS, sendo 30,3% dos internados e 21,6% do total de internações. As principais causas de internações por *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) foram: doenças cardiovasculares (40,5%), respiratórias (16,2%), geniturinárias (15,3%) e doenças infecciosas e parasitárias (14,4%). Entre os internados por ICSAP, o predomínio foi de mulheres (65,1%), de classes econômicas mais baixas (86,9%), ≥ 60 anos ou mais (35,7%) e não brancas (54,8%). A realização de atendimento no serviço de saúde há mais de dois anos foi mais frequente no grupo internado (77,1% versus 72,9%). Na frequência dos fatores de risco, como obesidade (37% versus 26,6%), tabagismo (38,6% versus 29,8%), estilo de vida sedentário (31,3% versus 18%) e a presença de doenças crônicas também foi maior (42,9% versus 30,2%) (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Um estudo ecológico que avaliou as taxas de ICSAPS em 19 diferentes coordenções de saúde da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul no período

após a implantação da ESF (1995-2007) apresentou aumento nas taxas de internação nas regiões de Porto Alegre e Osório. Embora a capital do estado seja reconhecida na formação de recursos humanos para APS e possua um dos mais antigos programas de residência médica em medicina de família, apresentava apenas cerca de 30% de cobertura de ESF no momento do estudo, rede fragmentada de serviços e alta rotatividade dos profissionais de saúde. Esses fatores podem ter contribuído para a ausência de impacto nas taxas de internação de ICSAPS. Outro aspecto a ser considerado é o fato de as internações ocorrerem predominantemente por meio dos serviços de emergência hospitalar. A dificuldade de acesso aos serviços do primeiro nível de atenção à saúde pode ser um dos fatores que dificultam o atendimento efetivo e oportuno nessas situações, tornando a busca por outros níveis de atenção a única alternativa viável (SOUZA; COSTA, 2011).

No município de São Leopoldo (RS), foi analisada a tendência temporal das ICSAPS relacionando-a com os gastos em saúde e com a cobertura da ESF, no período de 2003 a 2012, apresentando uma redução de 13,6% do total das internações. No que se refere às ICSAP, foram observados coeficientes de 15,5/mil hab. até 11,5/mil hab., correspondendo a uma redução de 25,9%. Ainda, foi avaliado um aumento no percentual de ICSAPS em relação às internações por todas as causas, de 6,7%, ou seja, no ano de 2003, as ICSAPS representavam 24,4% das internações por todas as causas e, em 2012, foram 26%. De forma contrária ao estudo realizado em São Leopoldo (RS), no período de 2000 a 2006, as ICSAP em todo o país caíram 15,8% e o declínio dessas hospitalizações foi maior do que as internações não sensíveis. Sendo assim, enquanto estudos em outras regiões brasileiras apresentaram tendência de queda das ICSAPS, São Leopoldo (RS) apresentou resultados negativos, o que pode significar problemas de acesso e efetividade do sistema de saúde local (MORIMOTO; COSTA, 2017).

Já em relação a uma pesquisa realizada no período de 1995 a 2007 com população alvo de 20 a 59 anos, comparando as taxas de internações por condições sensíveis em municípios-sede de coordenadorias de saúde do estado do Rio Grande do Sul, houve redução das taxas, exceto em Porto Alegre e Osório, sendo que as maiores quedas foram observadas em Santa Maria e Pelotas. O estudo concluiu que a diminuição das internações em quase todos os municípios foi possível pela ampliação da

APS anterior à criação do PSF. Quando os autores se referem ao termo “hospitalização evitável”, buscam mostrar que os fatores que levaram a essa condição poderiam ser resolvidos no primeiro nível de atenção à saúde. Já quando ocorre a ICSAPS, recursos financeiros são gastos em casos evitáveis. Além disso, o estudo destaca que a resolutividade da APS em alguns municípios pequenos é demonstrada com a diminuição das hospitalizações evitáveis. Contudo, outros tiveram maior taxa de hospitalizações em relação aos grandes e médios. Portanto, as hospitalizações diminuíram, mas continuaram em maior quantidade nas localidades pequenas, pois era necessário a ocupação dos leitos por pessoas com doenças sensíveis à atenção primária para justificar oferta ociosa (SOUZA; COSTA, 2011).

Segundo Da Costa *et al.* (2017), a tendência das ICSAPS no município de Pelotas (RS), em comparação com o restante do estado, no período de 1998 a 2012, revelou expressiva queda, a qual permaneceu, porém não tão acentuada. No restante do estado do Rio Grande do Sul, a redução das ICSAPS foi constante em todo o período examinado, com taxas sempre superiores às de Pelotas, tanto que as menores taxas do restante do estado em 2012 se situavam acima dos níveis já alcançados na cidade nos anos 2002 e 2003. A análise por idade e causas mostrou que as ICSAPS foram mais elevadas entre os menores de um ano e apontou decréscimo nas demais faixas etárias, revelando como causas principais as doenças do aparelho respiratório entre os indivíduos até 19 anos, predominando diabetes *mellitus* e AVC isquêmico transitório na faixa adulta, e insuficiência cardíaca, bronquite e enfisema nos idosos. Os autores destacam, ainda, a inserção de diversas vacinas no PNI, além da distribuição e disponibilização de medicamentos anti-hipertensivos e, posteriormente, de broncodilatadores por meio de programas federais. Ademais, os pesquisadores salientam que as medidas de saúde pública nem sempre apresentam resultados imediatos. Dessa forma, os autores reafirmam que a redução do número de ICSAPS é uma questão estratégica diante da falta de recursos e pode representar economias para o sistema de saúde e possibilidade de reinvestimento em setores prioritários.

No Rio Grande do Sul, a cobertura populacional de equipes de ESF estimada em 2004, segundo o Portal da Atenção Básica do MS, era de 25,5%, atingindo 40,3% em 2012. Posteriormente, atingiu 54,87% de cobertura populacional na competência 12/2020 de ESF e 73,93% de cobertura da APS segundo dados do e-Gestor (BRASIL,

2021). Embora a expansão da ESF no estado tenha sido superior a 30%, as coberturas alcançaram pouco mais da metade da população, o que pode ser considerado insuficiente. Outros estudos mostraram redução das ICSAPS com a implantação da ESF, como em Belo Horizonte (MG), com cobertura de 75,5% de ESF, apresentando significativa diminuição das ICSAP em quatro anos de avaliação. Em Montes Claros (MG), com cobertura de ESF em torno de 50%, o controle de saúde realizado fora da estratégia ou hospitalizações solicitadas por médicos que não atuavam nas equipes de estratégia aumentavam em mais de duas vezes a probabilidade de ICSAPS (DA COSTA *et al.*, 2017).

Quanto às limitações dos estudos ecológicos, analisando tendências históricas, pode-se citar problemas decorrentes de pesquisas com dados secundários no que diz respeito à validade da identificação da causa básica das internações. Além disso, cita-se problemas com a qualidade das fontes de informações utilizadas, como subnotificações e erros de classificação (MORIMOTO; COSTA, 2017; SALES *et al.*, 2019).

A isso, soma-se a indicação de apenas uma causa de internação hospitalar nos casos em que podem haver internações por causas múltiplas, inclusive por condições não sensíveis (SOUZA; COSTA, 2011). Ainda, as análises abrangem apenas as internações SUS, contudo elas representam cerca de 70% das hospitalizações que ocorrem no país. Além disso, embora estudos mostrem a potencialidade do banco de dados pesquisado (SIH/SUS) no que tange a análises epidemiológicas, há questionamentos importantes no que se refere à qualidade das informações nele inseridas (PAZÓ *et al.*, 2017). Por fim, o fato de o SIH-SUS não associar quais pessoas são ou não cobertas pela ESF ou APS constitui outra limitação, bem como fatores como a prevalência e a carga de doenças. A multimorbidade, a prática clínica dos médicos e das equipes multiprofissionais, que potencialmente explicam o desfecho das internações hospitalares, também não fizeram parte da análise, o que pode afetar esses resultados (PINTO *et al.*, 2019).

Em relação aos estudos ecológicos, Souza e Costa (2011) lembram que não é possível fazer inferências individuais, uma vez que isso pode incorrer em falácia ecológica.

No entanto, como a unidade de análise neste estudo foram os municípios, e justamente o que se queria verificar era a tendência das taxas de internação pelas CSAP nesses locais, não houve inferências individuais, tampouco se tentou expandir para o nível individual o que foi levantado na coletividade, não havendo, portanto, esse viés (SOUZA; COSTA, 2011, pag.771).

Conforme a Portaria MS/GM nº 344/2017 do Ministério da Saúde, desde 2017, o preenchimento do quesito raça/cor/etnia é obrigatório nos formulários dos sistemas de informação em saúde, apesar de o sistema apresentar registros anteriores com a anotação de raça.

O Ministério da Saúde lançou, em setembro de 2021, um plano nacional de testagem em massa gratuita da população para a COVID-19 com a estimativa de que 60 milhões de testes fossem distribuídos pelo país pelo SUS até o final de 2021. O Brasil conseguiu alcançar essa expansão um ano e seis meses após o decreto da pandemia do coronavírus (CORREIO BRAZILIENSE, 2021).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de análise sobre as ICSAPS na rede pública de residentes do município de Marau-RS e Região de Saúde nº 17, nos anos 2019 e 2020, perfil das internações, incidência de óbitos hospitalares e a utilização de UTI, comparação das taxas de internações por condições sensíveis e não sensíveis entre município e região, percebeu-se que a variação no volume de ICSAPS foi expressiva. Contudo, ela não foi uniforme por sexo, faixa etária e raça/cor, com aparente aumento na gravidade das ICSAPS indicado na proporção de óbitos hospitalares e utilização de UTI. A redução das ICSAPS mostrou-se semelhante a outros estudos realizados nos últimos anos.

Sendo assim, analisar as ICSAPS antes e durante a pandemia de COVID-19 mostrará ao gestor municipal que, no contexto pandêmico, essa redução pode estar relacionada aos impactos das mudanças ocorridas na vida população. Ademais, o estudo evidencia que a redução deste indicador não significa, necessariamente, melhorias no atendimento prestado pela rede de atenção primária à saúde. Portanto, o tradicional indicador ICSAP pode ter outros significados.

Por conseguinte, tendo em vista o contexto pandêmico pela COVID-19 com aumento expressivo das internações pelo código B34.2 do CID-10, cujo potencial de redução por ações de APS é identificável, sugere-se a inserção do mesmo na Lista Nacional de CSAPS.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E. *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)*. *Cadernos de Saude Pública*, v. 25, n. 6, p. 1337–1349, 2009. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> > Acesso em: 20 out.2020.
- BRASIL, Ministério da Saúde. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL 106. Secretaria de Vigilância em Saúde Semana Epidemiológica, 2022. Disponível em: <<file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20N%C2%BA%20106%20-%20Boletim%20COE%20Coronav%C3%ADrus.pdf>>. Acesso em: 5 abril 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001 : regulamentação da Lei nº 8.080/90 / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html> Acesso em: 12 out. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) E-Gestor Atenção Básica - Cobertura da Atenção Básica. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 29 abril 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Regulação, Avaliação e Controle/Coordenação Geral de Sistemas de Informação – Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar – Orientações Técnicas. Versão 01.2012 119 Pg.,2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_sistema_informacao_hospitalar_sus.pdf >Acesso em: 05 março 2022.
- CASTRO, D.M. *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cad. Saúde Pública*, v.36, n.11, 2020.
- CORREIO BRAZILIENSE. Ministério da Saúde lança plano nacional de testagem em massa para covid-19. Disponível em: <<https://www.correiobraziliense.com.br/brazil/2021/09/4950122-ministerio-da-saude-lanca-plano-nacional-de-testagem-em-massa-para-covid-19.html>> Acesso em: 07 abril 2022.
- COSTA, F. A. *et al.* COVID-19: seus impactos clínicos e psicológicos na população idosa. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49811–49824, 2020. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/13704/11475>> Acesso em: 05 nov. 2020.
- COVID-19 Painel Coronavírus. Coronavírus Brasil. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>> Acesso em 06 abril 2022

DA COSTA, J. S. D. *et al.* Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciencia & Saude Coletiva*, v. 21, n. 4, p. 1289–1296, 2016. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1289.pdf>> Acesso em: 05 nov.2020.

DA COSTA, J. S. D. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. *REV BRAS EPIDEMIOL*, v.20, n.2, p. 345-354, Abr-Jun. 2017. Disponível em : <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/9GCZ7zVcLy57V3tZmKkr8Kq/?lang=pt>> Acesso em: 4 nov.2020.

DA COSTA, S.B. INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL, 2017.[Dissertação] Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão para obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional. Disponível em : <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/9987/5/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20-%20Sabina%20Borges%20da%20Costa%20-%202017.pdf>> Acesso em: 4 nov. 2020.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 6, p. 928–936, 2009. Disponível em <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>> Acesso em: 20 out.2020.

GONÇALVES, M.R. *et al.*, Qualidade da atenção primária à saúde e internações por condições sensíveis à atenção primária no sistema público de saúde de Porto Alegre, Brasil *Family Practice* , v.33, n. 3, p. 238–242, June 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz051>> Acesso em: 4 nov.2020.

HOSPITAL CRISTO REDENTOR. Disponível em:<<http://www.hcrmarau.com.br/>> Acesso em: 03 nov.2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>> Acesso em 14 nov.2020.

LANA, R.M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 3, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpR-xQL/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 04 nov.2020.

LUCIANO, T.V., DIAS, J.A. Internações por condições sensíveis a atenção primária em município da região Norte do Espírito Santo. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v. 17, n.3,p. 23-32, jul-set, 2015.

MORAES, R., CASTIEL, L.D.; *Infecção pelo Coronavírus e Disfunção Vasculare: impactos na saúde e economia e na prática de atividades físicas*. Federação de Triathlon do Estado do Rio de Janeiro, 2020. Disponível em <http://www.triathlon.org.br/docs/artigo_corona.pdf> Acesso em: 05 nov.2020.

MORIMOTO T, COSTA J.S.D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 891-900, 2017.

NEDEL, F. B. *et al.* Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção

primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p. 1041–1052, 2008. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf> > Acesso em: 20 out.2020.

NEDEL, F.B. *Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa de Saúde da Família sobre as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil*. Pelotas : UFPel, 2009.279 f. : il. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Pelotas ; Programa de PósGraduação em Epidemiologia, 2009. Disponível em <<http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/tese%20nedel.pdf>> Acesso em: 20 out.2020.

NEDEL, F. B. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 19, n. 1, p. 61–75, 2010. Disponível em: < <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf> > Acesso em: 20 out.2020.

PAZÓ, R.G. *et al.* Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. *Rev Bras Med Fam Comunidade*, v. 12, n. 39, p. 1-12, 2017. Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1546](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546)> Acesso em: 16 out.2020.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; NETO, E. A.L. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1008-1017, out.-dez. 2015.

PINTO, L.F. *et al.*, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2105-2114, 2019

PINTO, LF.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-952672>> Acesso em: 10 out.2020.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Disponível em: < <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau> > Acesso em: 03 nov.2020.

RODRIGUES, M.M., ALVAREZ, A.M., RAUCH, K.C. Tendência das internações e da mortalidade de idosos por condições sensíveis à atenção primária. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 22, p. e190010, 2019.

SALES *et al.* Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*, v.32, p. 9664, 2019.

SANTOS, E.L.S, FRANÇA, J.F.T, A cor da pandemia – Um estudo sobre a mortalidade por COVID-19 entre brancos e negros no Brasil. 2020.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARAU-RS. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Jun.-jul/2017.

SOUSA, N.P., *et al.* Internações sensíveis a Atenção Primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm [Internet]*, v. 69, n. 1, p. 106-13, 2016.

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/t7qx69LhRG7kWn-pPq8GZdHL/?lang=pt>> Acesso em: 20 nov.2020.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/nTSbhVG5Ncv7KXC75D9khhB/?lang=pt>> Acesso em: 13 nov. 2020.

ANEXO A - 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 B - Lista de condições sensíveis à Atenção Primária

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por 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	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46

8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73

17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde.