

* Artigo Original

Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde

Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (ASCS): the limits on using this indicator in a primary health care evaluation

Vilma Constancia Fioravante dos Santos

Mestranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem, da UFRGS (PPGenf/UFRGS). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS).

vilma.santos@ufrgs.br

Eliziane Nicolodi Francescato Ruiz

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR/UFRGS). Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS).

elizianeruil@yahoo.com.br

Adriana Roese

Profª Drª Curso de Análise de Políticas de Sistemas de Saúde na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

adiroese@gmail.com

Alice Kalsing

Graduação em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC/UFRGS).

alicekalsing@hotmail.com

Tatiana Engel Gerhardt

Doutora em Antropologia Social e Cultural, Université de Bordeaux 2 Victor Segalen, França; Pesquisadora e professora associada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no curso de Graduação em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem e Prof. Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PGenf/UFRGS), Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS) e Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural (PGDR/UFRGS).

tatiana.gerhardt@ufrgs.br

DOI: 10.3395/reciis.v7i2.779pt

Resumo

Visou-se problematizar, com base em informações produzidas a partir de dados secundários do DATASUS, a utilização do indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) na avaliação da Atenção Básica (AB). O estudo foi quantitativo, descritivo e exploratório, tendo como subsídios informações de 13 municípios do Rio Grande do Sul. Os dados apontam que, apesar de haver tendência de diminuição nas taxas de ICSAP em todos municípios, há grandes disparidades entre eles. Ao analisar a capacidade instalada, verificou-se que os municípios que apresentaram menores tendências de diminuição nas ICSAP possuem pelo menos um hospital; já os que obtiveram maiores tendências de diminuição nas ICSAP são os que possuem apenas AB. Constatou-se também, que a diminuição das taxas de ICSAP não acompanhou o aumento na cobertura populacional por ESF. Sugere-se que a demanda por internações nos municípios analisados estaria ocorrendo mais na direção de uma oferta hospitalar instalada e das inadequações do sistema de saúde como um todo, do que das necessidades em saúde não atendidas pela AB. Assim, o uso isolado deste indicador para avaliar a AB, sem levar em conta outras questões desse âmbito e da rede de serviços dos Municípios, é um importante limite do seu uso.

Palavras chave: Atenção primária à saúde; Internação hospitalar; Sistemas de informação em Saúde; Avaliação em saúde, Indicadores de Saúde.

Abstract

This paper questions using the indicator hospitalization for ambulatory care sensitive conditions (ASCS) in primary health care (PHC) evaluations based on information from secondary data in the Brazilian Unified Health System Databank (Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS). This study is quantitative, descriptive and exploratory, and we used information from 13 municipalities in Rio Grande do Sul. Although the ASCS rates are declining in each municipality, the data indicate large disparities. By analyzing the medical facilities, we found that the municipalities with decreased ASCS rates have at least one hospital, and municipalities with the greatest ASCS rate decrease only have PHC. Further, the ASCS rate decline was not consistent with increased population coverage by family health care teams (Equipes de Saúde da Família - ESF). This result suggests that the hospitalization demand in such municipalities is more related to availability of a hospital facility and health system inadequacies, not that health needs are unmet by PHC. Thus, it is limiting to only use this indicator to evaluate PHC without considering additional issues related both to PHC and Municipal service network.

Key words: Primary health care; Hospitalization; Health information systems; Health assessment; Health indicators

Introdução

A busca por indicadores que retratem a saúde das populações tem sido tema de constante dedicação por parte da Saúde Pública, haja vista que a geração e utilização de informação é condição essencial para a análise da situação em saúde em níveis cada vez mais desagregados, tomada de decisões e programação em saúde (OPAS, 2001). Para atender tal demanda, o Ministério da Saúde têm, ao longo do tempo, desenvolvido e implantado, em todo o Brasil, Sistemas de Informação em Saúde (SIS), o qual vem apresentando qualificações progressivas e um interessante potencial de utilização (PAIM, 2006; DRUMOND et al., 2009).

Os SIS, assim, vem ampliando as possibilidades dos gestores planejar e avaliar, mas também dos pesquisadores em realizar, além estudos de base populacional a baixo custo, desenvolver novos indicadores, formas de apreciar a situação de saúde, bem como avaliar e refletir sobre o uso de tais indicadores e análises, tal como este trabalho, que se insere no número temático da RECIIS, se propõe a fazer.

No Brasil, o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que recebeu tal denominação em 1991, acompanhando o processo de Reforma Sanitária vivenciado pelo País, configura-se como o principal instrumento de avaliação de políticas relacionadas à organização e ao financiamento da assistência médico-hospitalar no sistema público de saúde (CARVALHO, 2009). Atualmente, este sistema de informação, por meio do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), permite livre acesso a dados que facilitam a avaliação em saúde (DATASUS, 2012). Ainda, com mesma importância, outros sistemas, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ao condensar as principais informações acerca da produtividade das ações da Estratégia da Saúde da Família, apresenta-se como o principal instrumento de monitoramento em âmbito nacional da Atenção Primária em Saúde (APS) (REHEM; EGRAY, 2011).

A mudança do perfil epidemiológico vivenciado pelo Brasil nas últimas décadas, o qual é possível acompanhar pela geração de informações sistemáticas, traz consigo a necessidade de refletir, criar novos e/ou adequar os indicadores em saúde à realidade dos Municípios. Isso, de certa forma, tem reforçado e mobilizado a discussão em torno do desempenho da APS, sendo ela considerada a porta de entrada no SUS. Destaca-se que a avaliação da APS é um tema que permeia discussões em diferentes Países no cenário mundial, em especial aqueles que adotaram este nível de atenção como prioridade de organização dos sistemas de saúde. Na região das Américas este passo tem sido dado pela quase totalidade de Países que a compõem (OPAS, 2011).

Atendendo a necessidade de realizar avaliações, a literatura aponta que as taxas de hospitalizações por determinados agravos têm sido utilizadas internacionalmente de forma crescente como indicadores na avaliação de programas da APS (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; CAMINAL et al., 2003; LÓPEZ, 2007). É então, ao encontro desta discussão, que as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) foram traçadas como um novo indicador que possibilita avaliar a resolutividade e o funcionamento deste nível de atenção (REHEM; EGRAY, 2011).

No Brasil, esse indicador constitui-se a partir da lista nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP), publicada em 2008 pelo Ministério da Saúde, seguindo exemplos de outros países que também possuem listas semelhantes (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008). A lista brasileira é composta por 19 grupos de agravos, contendo condições preveníveis por imunizações, infecciosas e doenças crônicas (BRASIL, 2008).

A organização da Lista Nacional de CSAP teve o intuito de atender a uma demanda por indicadores em saúde, com base em dados secundários, que pudessem avaliar o impacto e o desempenho da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Sistema Público de Saúde Brasileiro. Além disso, com tal informação aposta-se ser possível também oferecer análises que permitam comparações entre Estados, regiões do País (ALFRADIQUE et al., 2009) e até mesmo com outros Países.

As internações por CSAP corresponderam a 28,5% das internações pelo SUS em 2006, sendo as condições mais frequentes as gastroenterites e suas complicações, insuficiência cardíaca, asma, doenças das vias aéreas inferiores, pneumonias bacterianas, doenças cerebrovasculares e hipertensão (ALFRADIQUE et al., 2009). Tais internações são consideradas evitáveis a partir de uma assistência oportuna nos serviços de Atenção Básica (AB). Nessa assistência, inclui-se

a prevenção das doenças, diagnóstico precoce e controle de patologias crônicas (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008). Segundo autores, uma elevada cobertura e capacidade de resolução por parte da atenção primária deveria implicar em uma diminuição das internações hospitalares causadas pelas CSAP. Estas condições são, assim, apontadas como importantes referências na análise da AB, sendo que as hospitalizações decorrentes delas indicariam fragilidades deste nível de atenção, dificuldades no acesso ao sistema de saúde ou problemas em seu desempenho (FERNANDES et al., 2009; NEDEL et al., 2008, 2010, 2011; ALFRADIQUE et al., 2009; FACCHINI et al., 2008; PERPÉTUO; WONG, 2006; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; BRASIL, 2008).

Muitos dos estudos que envolvem a temática das CSAP versam sobre a responsabilização da APS pelo desfecho que essas condições manifestam (NEDEL et al., 2008, 2010, 2011; ALFRADIQUE et al., 2009; FACCHINI et al., 2008; PERPÉTUO; WONG, 2006; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; BRASIL, 2008). A partir disso, quando as CSAP são entendidas como agravos para os quais a APS teria recursos suficientes para evitar internações, aproxima-se da interpretação de que a adequada cobertura por este nível de atenção conseguiria arcar com a responsabilidade em relação às demandas em saúde geradas por estas condições.

Contudo, mesmo que a APS seja considerada com capacidades resolutivas, entende-se que as internações pelas CSAP poderiam ser uma realidade decorrente não exclusivamente da AB e do seu grau de cobertura, mas sim de multidimensões e determinantes a ela articulada. Neste sentido, outros elementos poderiam também estar em jogo, tais como a forma como a oferta de serviços se organiza, o modelo de atenção em saúde vivenciado e reproduzido no sistema de saúde como um todo, além de fatores como as condições de vida da população, que seriam, por sua vez, exógenos ao próprio controle do setor saúde.

Ainda nesta perspectiva, Nedel et al. (2011) ao discutirem a aplicabilidade deste indicador e as possibilidades de comparabilidade, alertam que, mesmo havendo a necessidade de internacionalização de indicadores para comparar Países e situações de saúde, deve-se atentar para especificidades locais. Portanto, ao encontro desse argumento surgem questões referentes à rede de serviços locais, à regionalização da atenção em saúde, às características populacionais, dentre outras particularidades das municipalidades e regiões que, ao emergirem, caberiam ser levadas em conta quando se discute a avaliação da AB pelas internações por CSAP.

Partindo então do exposto, com base em dados secundários de Municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, buscar-se-á problematizar a utilização do indicador ICSAP na avaliação da atenção básica em saúde, assinalando, para tanto, limites a tal uso. Assim, a fim de construir um pano de fundo para esta discussão, as seguintes informações sobre os municípios serão consideradas: taxas de ICSAP, capacidade instalada de serviços de saúde e cobertura populacional por ESF.

Metodologia

Este estudo faz parte do projeto intitulado "Fluxos de utilização dos serviços hospitalares de treze Municípios da Metade Sul do RS e perfil das Internações Por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP)", coordenado pela equipe do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (GES/UFGRS).

A área empírica do estudo foi composta pelos municípios de Amaral Ferrador, Arambaré, Camaquã, Canguçu, Cerro Grande do Sul, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Encruzilhada do Sul, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul, Sentinela do Sul e Tapes. Esta área empírica, totalizando 13 municípios, faz parte da denominada "Metade Sul" do Rio Grande do Sul e

compõe um quadro de significativa diversidade de situações (relativas à história da ocupação do território, ao porte populacional, às dinâmicas sociais locais, ao ambiente, ao mercado e às políticas públicas) que formaram condições propícias para o escopo da construção de um Programa de Pesquisa Interdisciplinar (PROINTER/UFRGS) no qual o GESC/UFRGS se insere com a interface de temáticas ligadas a saúde (BECK et al., 2010).

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e exploratório. Com o intuito de obter resultados mais próximos a realidade da situação de saúde de cada município e formular apreciações mais consistentes em relação ao uso do indicador como fonte de avaliação da AB, foram enfatizados dados secundários, tais como: taxas de internações (por Município de residência) dos agravos que compõem a Lista Nacional de CSAP (BRASIL, 2008); capacidade instalada de serviços de saúde e cobertura populacional de ESF.

Os dados secundários sobre as internações hospitalares, referentes ao período de 2000 a 2011, foram coletados em janeiro de 2012, diretamente no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS/DATASUS), através das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs). Quanto a capacidade instalada, coletou-se dados sobre os estabelecimentos de saúde no mês de dezembro de 2011, tendo como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/DATASUS). Sobre a cobertura da população por ESFs, coletaram-se os dados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Quanto às estimativas populacionais referentes aos anos em estudo, as informações foram obtidas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sendo coletados através do *site* do DATASUS.

Para tabulação das causas sensíveis, foram selecionados, no Sistema de Informação Hospitalar, dados referentes às AIHs por Município de residência e gerados, por meio do programa TabWin, arquivos reduzidos em formato .DEF. Os dados filtrados por meio deste programa foram organizados em planilhas do *software* Excel para que assim fosse possível a construção do indicador ICSAP. A taxa de ICSAP foi calculada pela fórmula: nº de hospitalizações por CSAP no município e período/população no mesmo município e período X 1000. Para o estudo foram selecionadas as internações hospitalares por CSAP em todas as faixas etárias. Ressalta-se que a análise das tendências de variação foi ajustada a linha de tendência conformada pelos dados de todos os anos que compõem o estudo. Este método foi escolhido por ser um modelo mais robusto para o cálculo dos resultados, pois diminui as incertezas de comparações simples entre o último e primeiro ano em estudo.

Para a organização dos dados sobre a capacidade instalada realizou-se a espacialização dos serviços nos Municípios por meio do Software ArcGIS 10. Os serviços especializados foram os de Atenção Básica (AB) e de Média Complexidade (MC), destacando-se alguns serviços de maior relevância para este estudo, de forma que foram organizados como: - Atenção Básica, compreendendo Unidade Básica de Saúde (UBS), Posto de Saúde, Policlínica, Consultório Isolado; - Atenção de Média Complexidade, compreendendo Clínica Especializada, Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia (USADT), Unidade Mista e Hospital Geral.

No que diz respeito a cobertura populacional por ESF nos Municípios, foi calculado o valor da porcentagem da população a partir do número de pessoas cadastradas por estas equipes dividido pela população de cada Município correspondente, em seguida multiplicado por 100.

O projeto de pesquisa no qual este estudo se insere foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob o número 20494, em 15 de dezembro de 2011.

Resultados

Partindo-se da análise das taxas de ICSAP entre os Municípios estudados (Tabela 1), verifica-se tendência de diminuição nas internações por estas causas em todos os Municípios. No entanto, esta diminuição não se dá de maneira uniforme, havendo grandes disparidades entre eles. Destaca-se algumas variações importantes, como no município de Chuvisca em que houve uma variação de -92,13%, sendo esta a maior tendência apresentada de diminuição das taxas de ICSAP, seguido por Amaral Ferrador, -87,07%, e Camaquã, -79,65%. Um ponto importante é que estes municípios superaram a tendência de diminuição das taxas de ICSAP apresentadas pelo Estado do RS (-38,71%) no mesmo período. Por outro lado, quando se observam as menores tendências de variação de diminuição das internações, aparece o município de São Lourenço do Sul, com -5,39%, seguido por Encruzilhada do Sul, -19,15%, e Santana da Boa Vista, -29,06%.

Tabela 1 - Taxas de ICSAP na população residente do Município e no Estado do RS, por 1000 habitantes, segundo o ano, com a tendência de variação das taxas, no período de 2000 a 2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Varição Percentual
Amaral Ferrador	30,5	29,9	32,5	38,9	29,6	26,8	26	12,5	5,2	4,7	8,7	8,6	-87,1
Arambaré	25	18,6	14,6	11,2	17,8	15,9	15,5	10,5	13,2	12	14,6	14,4	-37,
Camaquã	43,6	39,8	36,4	32,8	27,5	24,1	24	19,5	17,9	14	11,6	11,4	-79,7
Canguçu	34,8	38,4	30,8	26	24,2	24,1	27,4	26,4	22,8	21,9	20,4	29,5	-33,8
Cerro Grande do Sul	18	26,3	35,7	24,8	26,1	20	17,5	17,3	11,9	14,7	13,5	11,3	-59,0
Chuvisca	34,4	37,8	36,7	28,3	17,3	13,4	15,3	9,6	13,7	9,3	7,1	7,8	-92,1
Cristal	22,3	21,2	20,3	21,5	19,1	14,6	12,8	15,8	18,8	14,6	14,6	13,4	-39,7
Dom Feliciano	36,9	41,4	36,1	32,9	30	30,7	30,8	29,5	22,5	23,2	20,7	5,9	-62,6
Encruzilhada do Sul	38	36,8	41,6	39,7	41,4	39,3	39	38,2	34,6	29,7	33,7	32,8	-19,2
Santana da Boa Vista	43,8	44,1	28,3	22,8	21,8	25,6	23,8	26,4	24,6	24,9	30,1	32,1	-29,0
São Lourenço do Sul	33	35,2	37,5	35,9	36,9	31,8	35,3	38,2	38,8	34,9	32,5	30,3	-5,4
Sentinela do Sul	32,3	30,5	26,7	26,9	33,2	21,1	22,5	22	14,1	20,5	17,9	11,1	-57,3
Tapes	40,1	32,7	32,2	29,2	22,4	26,8	22,3	25,9	17,9	20,2	23,6	16	-53,1

Área Empírica	36,5	36,5	34,3	31,1	28,9	26,8	27,5	26,5	23,7	21,6	21	20,8	-47,0
RS	23,8	22,6	21,9	21,1	19,5	18,1	18,4	17,7	16,4	15,9	15,8	14,5	-38,7

Legenda: Municípios com sombreado cinza escuro tem as menores tendências de diminuição de taxas de ICSAP, Municípios com sobreamento cinza claro tem as maiores tendências de diminuição.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS/DATASUS, dados populacionais do IBGE/DATASUS/RS.

Levantou-se a hipótese de que, estatisticamente, a redução das ICSAP, em Chuvisca e Amaral Ferrador, poderia estar ligada ao pequeno número de internações e, assim, qualquer diminuição deste desfecho poderia ser representativo em termos percentuais. No entanto, verifica-se (Tabela 2) que a população residente dos municípios pouco varia, em contraposição, o quantitativo bruto das ICSAP (Tabela 3) reduziu consideravelmente no período, o que refuta tal hipótese.

Tabela 2 - População residente por Município e no Estado do RS, segundo o ano, no período de 2000 a 2011.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Amaral Ferrador	5740	5726	5695	5684	5673	5626	5609	5592	6527	6601	6353	6446
Arambaré	3917	4028	4104	4191	4279	4479	4575	4684	3931	3930	3693	3660
Camaquã	60383	61023	61511	62032	62551	63736	64335	64931	62556	62723	62764	63124
Canguçu	51447	51561	51677	51776	51885	52123	52245	52368	55679	56064	53259	53533
Cerro Grande do Sul	8273	8367	8436	8514	8590	8763	8857	8943	9714	9855	10268	10570
Chuvisca	4502	4522	4545	4559	4576	4621	4644	4670	5102	5158	4944	5011
Cristal	6632	6695	6746	6805	6859	6980	7047	7107	7328	7393	7280	7378
Dom Feliciano	13297	13449	13841	13968	14093	14380	14528	14669	15151	15301	14380	14503
Encruzilhada do Sul	23902	24191	24135	24367	24601	25134	25402	25676	25032	25155	24534	24671
Santana da Boa Vista	8621	8645	8672	8686	8707	8754	8778	8803	8873	8891	8242	8185
São Lourenço do Sul	43691	43998	44203	44437	44674	45209	45483	45752	43451	43386	43111	43024
Sentinela do Sul	4892	4916	4952	4982	5005	5069	5102	5132	5536	5605	5198	5245
Tapes	16291	16566	16762	16986	17206	17705	17957	18209	17143	17220	16629	16681
Área empírica	251588	25368	25527	25698	25869	26257	26456	26653	26602	26728	26065	262031

		7	9	7	9	9	2	6	3	2	5	
RS	10187798	10310021	10408428	10511009	10613256	10845002	10963216	11080317	10855214	10914042	10693929	10732770

Legenda: Municípios com sombreado cinza escuro tem as menores tendências de diminuição de ICSAP, Municípios com sobreamento cinza claro tem as maiores tendências de diminuição.

Fonte: Dados populacionais provenientes do IBGE/RS.

Tabela 3 – Quantitativo bruto de ICSAP por Município e no Estado do RS, segundo o ano, no período de 2000 a 2011.

Município	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Amaral Ferrador	175	171	185	221	168	151	146	70	34	31	55	55
Arambaré	98	75	60	47	76	71	71	49	52	47	54	53
Camaquã	2635	2426	2240	2037	1720	1535	1544	1269	1121	877	730	716
Canguçu	1788	1980	1593	1347	1258	1256	1434	1382	1267	1225	1089	1574
Cerro Grande do Sul	149	220	301	211	224	175	155	155	116	145	139	118
Chuí	155	171	167	129	79	62	71	45	70	48	35	39
Cristal	148	142	137	146	131	102	90	112	138	108	106	98
Dom Feliciano	490	557	499	459	423	442	447	433	341	355	298	85
Encruzilhada do Sul	909	891	1003	968	1019	989	990	980	866	747	828	807
Santana da Boa Vista	378	381	245	198	190	224	209	232	218	221	248	264
São Lourenço do Sul	1442	1549	1658	1594	1649	1437	1606	1746	1688	1514	1401	1304
Sentinela do Sul	158	150	132	134	166	107	115	113	78	115	93	58
Tapes	653	542	539	496	386	475	400	472	307	347	393	266
Área empírica	9178	9255	8759	7987	7489	7026	7278	7058	6296	5780	5469	5437
RS	242125	233458	227785	222025	207306	196349	201515	195841	177696	173237	168735	156018

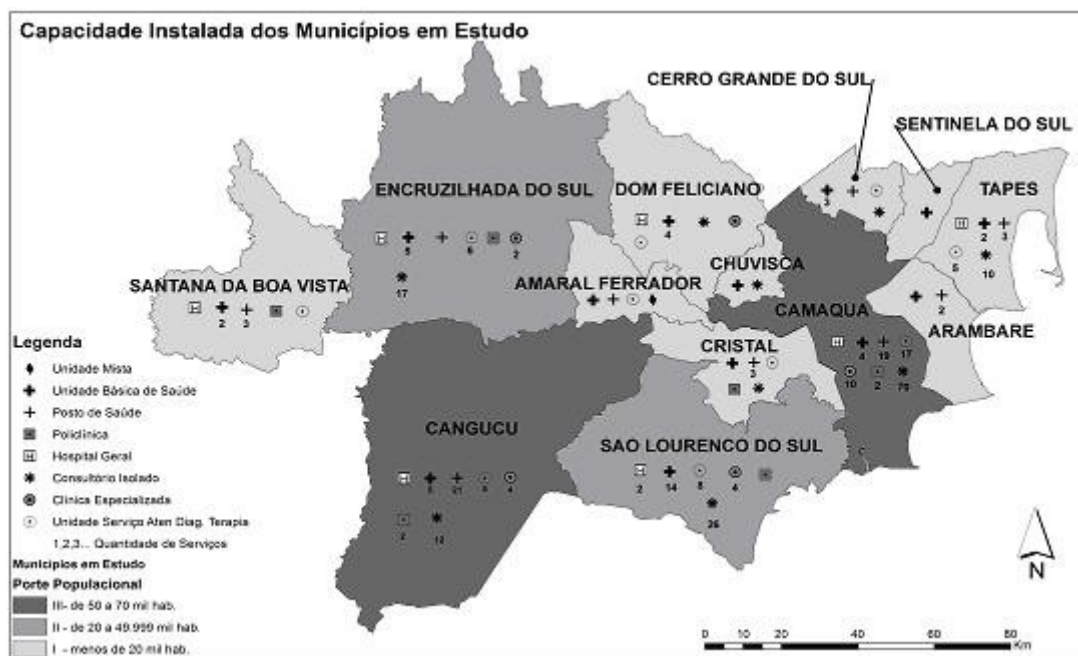
Legenda: Municípios com sombreado cinza escuro têm as menores tendências de diminuição e ICSAP, Municípios com sobreamento cinza claro tem as maiores tendências de diminuição.

Fonte: Sistema de Informação Hospitalar-SIH/SUS/DATASUS.

No que diz respeito a Rede de Serviços de Saúde dos Municípios (Figura 1) é possível ilustrar a sua disponibilidade na área empírica a partir da capacidade instalada de serviços de AB e MC. Destaca-se, que sendo nove municípios considerados de pequeno porte populacional (menos de 20.000 habitantes), em relação à rede de serviços municipais, verifica-se que, em alguns deles, ela é composta somente por serviços de AB, como é o caso de Arambaré, Sentinela e Chuvisca.

Cabe ressaltar que em toda área empírica existem oito hospitais gerais implantados (em sete dos treze municípios) atendendo à média complexidade: Dom Feliciano, Tapes, Santana da Boa Vista, São Lourenço (2 estabelecimentos), Encruzilhada do Sul, Canguçu e Camaquã.

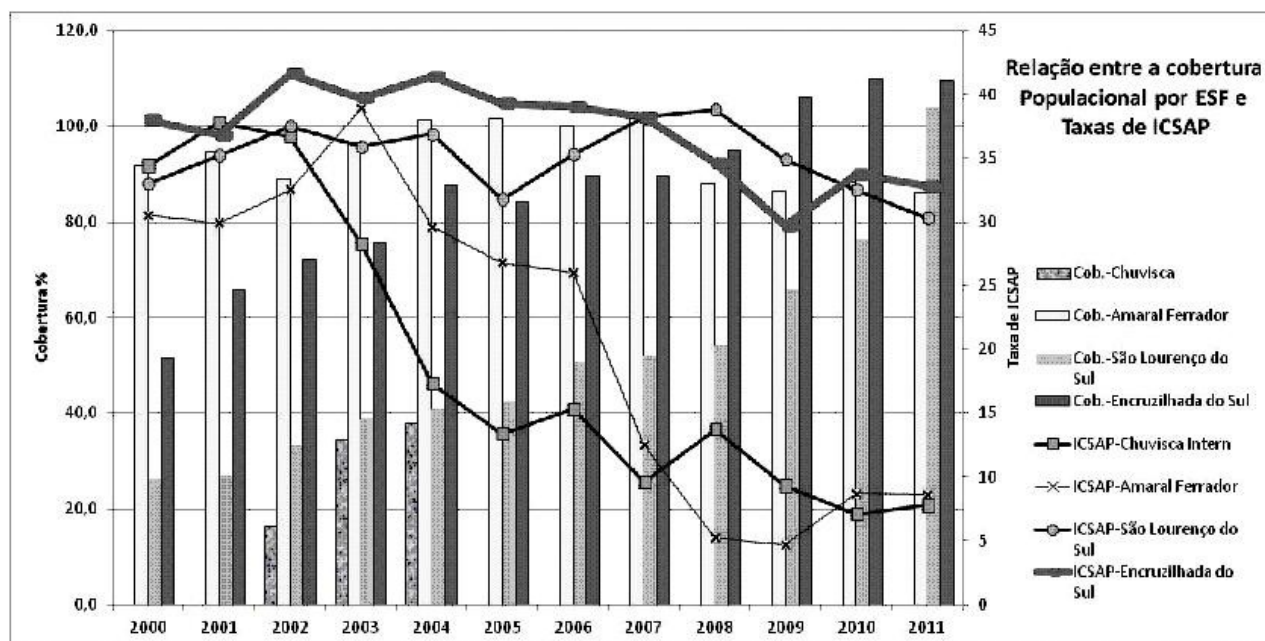
Figura 1 – Capacidade instalada dos serviços de saúde dos Municípios em estudo, 2012.



Fonte: Estabelecimentos de Saúde conforme DATASUS/CNES (BRASIL, 2011) e estimativa populacional conforme IBGE (2011).

Com o intuito de realizar aproximações com o objeto de pesquisa proposto e ilustrá-lo, foram eleitos, a partir das taxas de ICSAP por local de residência, quatro Municípios, para que fosse possível relacionar tais taxas com a cobertura populacional por ESF. Assim, construiu-se o gráfico a seguir com os municípios de **Chuvisca** e **Amaral Ferrador**, que são os Municípios com as maiores tendências de diminuição das ICSAP, e **São Lourenço do Sul** e **Encruzilhada do Sul** como aqueles com menores tendências de diminuição (Figura 2).

Figura 2 – Taxas de ICSAP, por 1000 hab., comparada à cobertura populacional por ESF na população residente, de 2000 a 2011 - Área Empírica/RS.



Fonte: Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS/DATASUS.

Ao comparar as variáveis verifica-se que, em Amaral Ferrador, as taxas de ICSAP apresentaram uma redução considerável quando comparadas aos demais Municípios, mas a cobertura populacional por ESF/EACS não teve variações expressivas entre os anos em estudo. Chувиска, mesmo com cobertura populacional por ESF/EACS somente entre os anos de 2002 e 2004, e menor que os demais municípios nestes anos, também apresentou diminuição nas taxas de ICSAP ao longo do tempo. Em contraponto, em São Lourenço do Sul e Encruzilhada do Sul, ocorreu um aumento importante na cobertura populacional, mas as taxas de ICSAP mantiveram-se elevadas durante o período.

Discussão

Com a finalidade de problematizar o uso do indicador ICSAP para a avaliação da AB em seu potencial de evitar internações, serão apontados, a partir da discussão dos dados descritos, alguns limites de tal uso.

Ao focar a análise na tendência de variação nas taxas de ICSAP e na capacidade hospitalar instalada dos Municípios da área empírica, verifica-se que os municípios que apresentaram as menores tendências de diminuição nas taxas de ICSAP: **São Lourenço do Sul, Encruzilhada do Sul e Santana da Boa Vista**, possuem pelo menos um hospital instalado. **São Lourenço do Sul** se destaca dos demais municípios (e também dentro da região) por ser o único a possuir dois hospitais, com 157 leitos, e apresentar as menores diminuições nas taxas de ICSAP. Isto pode estar relacionado ao que apontam Souza e Dias da Costa (2011) quando alertam que a redução da demanda por leitos gera a ociosidade desta oferta e, em municípios pequenos, que possuem hospitais que não são referências regionais, há tendência de mantê-los ocupados para justificar a demanda dos mesmos, ainda que os agravos pudessem ser resolvidos pela Atenção Básica.

Em contraposição, os Municípios que obtiveram as maiores tendências de diminuição nas taxas de ICSAP possuem a assistência concentrada nos serviços de AB e/ou ESF. Este é o caso de **Chувиска**, que possui uma UBS e um consultório isolado, e **Amaral Ferrador**, que tem um serviço de UBS, um posto de saúde, uma unidade mista e uma unidade de serviço de apoio de diagnose e terapia; ou seja, municípios com serviços de AB e MC, e que, mesmo com boa

cobertura populacional da AB (como é o caso de Amaral Ferrador - Figura 2), não possuem oferta de leitos no próprio Município.

Camaquã apesar de possuir um hospital geral instalado, com 125 leitos, é o terceiro município que mais reduz as taxas de ICSAP. No entanto, isto poderia estar atrelado à especificidade deste ser o único hospital de referência regional da área estudada (BRASIL, 2011). Informação que sugere que este município manteria seus leitos ocupados com internações que são regionais, ou seja, mesmo diminuindo as internações pelos residentes esta oferta continuaria sendo demandada. Isto posto propicia a discussão em torno do fato de que quanto maior a oferta de leitos, maior parece ser também a demanda.

Ao encontro desse achado, em estudo sobre hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios do Estado de Goiás-Go, autores destaca que o grupo de municípios que demonstrou a maior tendência a altas taxas de internações foi aquele em que havia maior oferta de serviços, maior proximidade do hospital, o funcionamento de unidades 24 horas e o excesso de número de consultas (BATISTA et al, 2012). Isto é, onde havia a oferta, a tendência foi também dela ser demandada.

A partir, então, dos dados e dessa discussão sobre a relação entre as ICSAP e a capacidade instalada da atenção em saúde, sugere-se que a demanda por internações nos municípios analisados poderia estar ocorrendo mais na direção do preenchimento de uma oferta hospitalar instalada, do que na direção das necessidades em saúde que não estariam sendo atendidas pela Atenção Básica.

Dessa forma, argumenta-se que as necessidades em saúde poderiam ser, muitas vezes, traduzidas como demanda por serviços hospitalares, o que, na verdade, como aponta Cecílio (2001), em boa medida, são as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem. Isto significa que a oferta e a demanda estariam a se retroalimentar: os serviços (a oferta) interpretam as necessidades e problemas como algo que precisaria ser suprimido pela adequada atenção hospitalar, e a demanda, por sua vez, se constitui a partir do que estaria sendo ofertado como símbolo de sua resolutividade. A oferta e a demanda seriam assim acomodadas em função de consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames (as ofertas tradicionalmente tida como mais resolutivas em termos de saúde), já as necessidades poderiam ser bem outras (CECÍLIO, 2001).

Assim, para sintetizar, argumentamos que ao referir que as internações poderiam estar ocorrendo mais ao encontro de uma oferta/aceso hospitalar do que da falta da resolutividade da AB/ESF, entendemos, como base nos argumentos de Cecílio (2001), e também nos achados de Souza e Dias da Costa (2011) e Batista et al. (2012), que tais internações não podem ser descartadas como realmente necessárias, mas também podem ter sido construídas, socialmente e historicamente, como necessárias (SILVA et al., 2003). Para enfatizar tal reflexão, utilizamos os casos de São Lourenço e Camaquã. Enquanto o primeiro, como já trouxemos, é o município que menos reduz suas taxas, o segundo é um dos que mais reduz. Porém, São Lourenço possui dois hospitais e não é referência regional. Já Camaquã, possui apenas um hospital, menos leitos que São Lourenço, e constitui-se em referência para os residentes de outros municípios da região. Portanto, parece ser de suma importância refletirmos sobre os modelos e lógicas que estariam a estruturar a atenção à saúde nos Municípios, haja vista que no presente estudo, Municípios onde existe a oferta de leitos hospitalares o usuário estaria a acessá-la; contudo, naqueles que não possuem tal oferta, os usuários parecem não poder acessá-lo ou não prescindir desse serviços. Com essa assertiva é que se coloca a dúvida sobre o que realmente as taxas de hospitalizações estariam a refletir: a hospitalização estaria diminuindo por não haver realmente necessidade de recorrer a ela e a AB estaria sendo resolutiva? Ou, por outro lado, as hospitalizações diminuem por falta de

oferta e/ou por haver dificuldade em acessá-la, considerando a oferta se dar em outros municípios, o que impõe barreiras na acessibilidade geográfica, funcional e até cultural?

Deste modo, um dos principais limitantes do uso desse indicador para avaliar a AB se encontra no fato de que ele não parece, necessariamente, ser um reflexo do que ocorre somente na AB, mas sim das inadequações do sistema de saúde como um todo. Principalmente se for considerado que o modelo de saúde hegemônico, como os dados apontaram, seria aquele em que a oferta-demanda de cuidados em saúde teria como eixo estruturante a atenção hospitalar e as tecnologias mais complexas.

Interessa destacar que mesmo a entrada para a discussão sendo outra, tal como o comparativo entre a ICSPA a cobertura potencial da ESF, os limites para o uso deste indicador como referência para avaliação da atenção básica continuam a se manifestar. O que os dados sugerem é que os municípios com as maiores taxas de diminuição de ICSAP não são, necessariamente, aqueles que possuem as maiores percentuais de coberturas por ESF. Neste sentido, levando em conta apenas as ICSAP e a cobertura potencial da ESF, questiona-se: as internações e condições de saúde da população podem ser consideradas como resultantes do impacto da existência da ESF enquanto reorganizadora da AB?

Isto posto, argumenta-se que direcionar, prioritariamente, todas as apostas em termos de qualificação do sistema e diminuição das internações para a sua porta de entrada, ou seja, para a ESF, é estar exigindo algo de difícil alcance. Para que se reduza o sofrimento das pessoas quando já não se pode mais remediar os problemas de saúde e a hospitalização é a única solução, seria necessário mais do que a presença de equipes de ESF suficientes para atender a toda população nos municípios. Haveria que se ter presente aspectos tais como: a existência de redes de suporte de atenção secundária e/ou terciária para as equipes de ESF e a comunicação entre elas; o perfil populacional; vínculo com os usuários e cuidado continuado; cuidado multiprofissional; processos de educação permanente adequado para a realidade local no sentido de colocar em pauta um modelo de saúde centrado nas necessidades dos usuários; além, é claro, do acesso físico e cultural aos serviços de saúde (BATISTA et al, 2012; MENDES, 2012; NEDEL, et al, 2010).

Seguindo esta linha de discussão, pode-se, mais uma vez, sugerir que as taxas de ICSAP, mesmo que de forma indireta, não seriam um retrato somente da cobertura populacional de AB/ESF e do que ocorre exclusivamente no cenário deste âmbito de atenção. Ainda mais se for levado em conta que além das questões supracitadas, há neste nível de atenção uma complexidade de cuidados que foge a sua capacidade resolutive. Reconhece-se que os serviços de Atenção Básica são espaços de vocalização de uma infinidade de demandas sociais traduzidas em demandas de saúde, ou mesmo de necessidades que neste espaço se traduzem por não haver outro tão acessível em que possam ser expressas (TEIXEIRA, 2005).

Diante do debate até aqui exposto, apreende-se que o indicador ICSAP isolado estaria a oferecer um panorama acerca das internações hospitalares que, contudo, não poderiam ser somente creditadas na conta da APS. Entende-se que há que se ter cautela e refletir sobre o uso deste indicador para avaliar a AB quando não se leva em conta outras informações e dados da rede de serviços e deste próprio âmbito de atenção. Para avaliar a AB, Batista et al (2012) sugerem que o uso das ICSAP ocorra de modo concomitante com informações mais pormenorizadas e condizentes com os componentes da qualidade da AB, tais como: processos de trabalho das equipes, cobertura das ações disponibilizadas, o papel da AB/ESF no sistema de saúde (coordenação do cuidado, ordenação da atenção), mecanismos de referência e contrarreferência, frequência e qualidade das visitas domiciliares, número habitante/ano e qualidade das consultas com médicos da família e de enfermagem, dentre outros.

Entretanto, mesmo que ocorram limites no uso do indicador ICSAP para se analisar a AB, apreende-se que a sua análise foi relevante ao propiciar subsídios para se examinar, mais profundamente, os modelos e a organização da atenção em saúde que estaria a atravessar o SUS. Por meio de dados secundários oferecidos pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), é possível ainda refletir sobre a condição de saúde da população e a importância do livre acesso a sistemas de informação em saúde na visibilidade e construção do sistema de saúde brasileiro.

Para encerrar, é fundamental deixar enfatizado que, ao realizar a discussão aqui proposta, não se teve como intenção sugerir que as internações por CSAP, por serem consideradas "evitáveis", sejam improcedentes ou inapropriadas quando ocorrem, como apontam Gervas e Homar (2007). Mas, que ao fazer discussões que levem em conta dados populacionais, o uso deste indicador deve se somar a outras informações. Desse modo, ao se fazer uma leitura sem refletir sobre a aplicabilidade deste indicador para avaliar e julgar o que ocorre em termos de hospitalizações individuais, corre-se o risco de estigmatizar um nível de atenção, fragilizar as ações desenvolvidas e comprometer a análise das necessidades em saúde dos indivíduos. O uso adequado das CSAP pretende chamar a atenção para campos prováveis de aprimoramento da atenção em saúde, para a cultura da hospitalização que estaria em jogo, para a atenção primária, para a sociedade em suas particularidades, assim como, para a interface entre todos estes elementos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi observado, acompanhando o que ocorre no Estado como um todo, uma redução nas taxas de internação por CSAP em todos os municípios da região. Tal fenômeno poderia estar acontecendo como reflexo do momento histórico vivenciado pelo Sistema de Saúde, considerando que os Municípios têm fortalecido sua cobertura por ESF, mas também (e talvez principalmente) pelo maior investimento em regionalização, criação das redes de atenção à saúde e políticas de enfrentamento de doenças facilmente preveníveis, tais como as CSAP.

No entanto, destaca-se que esta diminuição nas taxas de ICSAP não se deu de modo uniforme nos Municípios e não acompanhou, necessariamente, o aumento da cobertura por ESF. Isso, por sua vez, chama atenção sobre o quanto se requer ações e práticas de cuidado integral e que facilitem o fluxo dos usuários pela rede de serviços.

Com o objetivo de refletir acerca das ICSAP, inicialmente pela oferta de serviços em saúde e, posteriormente, pela cobertura populacional por ESF, não foi pretensão deste manuscrito edificar evidências ou acrescer de um juízo de valor a este indicador, no sentido dele ser positivo ou negativo. Mas sim, discutir sobre a necessidade da adoção de cautela no seu uso isolado. De tal forma, sugere-se que este indicador apresenta determinadas limitações, principalmente por não ter como foco especificidades da AB e questões que envolvem a rede e modelos de atenção a saúde dos Municípios. Além disso, há obstáculos próprios de estudos que utilizam dados quantitativos isolados como marcadores de qualidade em detrimento da diversidade encontrada em realidades locais.

Nesse sentido, mesmo que dados quantitativos e secundários forneçam uma riqueza de informações de forma relativamente rápida, entende-se que o presente estudo, ao se utilizar de tais dados e deixar de considerar especificidades dos cotidianos locais, também tem como limite a realização de análises e reflexões que podem não dar conta da complexidade da realidade. Com isso, apostamos que outros estudos, com outro tipo de metodologia e mais próximos da atenção a saúde dos municípios, possam ser desenvolvidos no sentido de aprofundar a discussão.

Por fim, sugere-se, assim, que indicadores como o ICSAP não sejam utilizados isoladamente, pois podem levar pesquisadores e planejadores a hipóteses superficiais acerca da realidade dos Municípios. No entanto, quando utilizado de forma complementar com outros dados sobre a rede de serviços e que possam indicar a qualidade da ESF/AB, este indicador parece ser uma das ferramentas necessárias para análises da situação em saúde dos Municípios e um aliado no planejamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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 Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

BATISTA, S. R. R. et al. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.1, p. 34-42, fev. 2012.

BECK, F. L. et al. Construção de uma problemática interdisciplinar de pesquisa: trajetória e reflexões. In: PHILIPPI JR., A.; SILVA NETO, A. J. (Org.). **Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação**, São Paulo, v. 1, 2010. p. 263-297.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Info_Abrangencia.asp>. Acesso em: 31 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. p.1.

BRASIL. Portaria Nº 221/GM de 17 de abril de 2008. Divulga a Lista Nacional de Condições Sensíveis a Atenção Primária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 abr. 2008. p.70.

CAMINAL, J.; ESPINOZA, M. M.; RUIZ, E. S.; LARROSA. M. J. C.; POBLET, M. B. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Atencion Primaria**. Espanã. v. 31, n.1, p. 6-17, 2003.

CARVALHO D. Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. org. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001.

DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

DRUMOND, E.; MACHADO, C. J.; VASCONCELOS, M. R.; FRANÇA, E. Utilização de dados secundários do SIM, Sinasc e SIH na produção científica brasileira de 1990 a 2006. **Revista brasileira Estudos Populacionais**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-19, jan./jun. 2009.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, dez. 2008.

FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, 2008, p. 159-172,

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-36, 2009.

GÉRVAS, J.; HOMAR, J. C. y participantes en el Seminario de Innovación 2006. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria. **Revista Espanhola de Salud Publica**, Madrid, v. 81, n. 1, p. 7-13, 2007.

IBGE. **Estatísticas vitais**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 31 mai 2012.

LÓPEZ, M. I. V. et al. To Identify Primary Care Interventions That Reduce Hospitalisation of People Over 65 Due to Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Atencion Primaria**. v. 39, n.10, p.525-33, Oct. 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2012.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p.1041-1052, dez. 2008.

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**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010.

NEDEL, F. B. et. al. Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1145-1154, 2011.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a pronto-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação no modelo assistencial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n.5, p. 1929-1938, 2009.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: < http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2012.

OPAS - ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de Salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico**, v. 22, n. 4, 2001.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: PAIM, J.S. **Desafios da saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. Disponível: <http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf>. Acesso em 20 de nov. de 2012.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 65, v. 27, p. 234-242, set.-dez. 2003.

SOUZA, L. L.; DIAS DA COSTA, J. S. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

TEIXEIRA, R. R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 585-597, 2005.

Recebido 15.03.2013

Aceito 27.05.2013