



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Ferreira Martins, José Antônio; Franco, Selma Cristina
Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde:
apenas a ponta do iceberg
Saúde em Debate, vol. 37, núm. 98, julio-septiembre, 2013, pp. 388-399
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341757003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Condições cardiológicas sensíveis à atenção primária em serviço terciário de saúde: apenas a ponta do iceberg

Cardiac primary care sensitive conditions in a tertiary health service: only the tip of the iceberg

José Antônio Ferreira Martins¹, Selma Cristina Franco²

¹ Mestre em Saúde em Meio Ambiente pela Universidade da Região de Joinville (UNIVILLE) – Joinville (SC), Brasil. Médico Cardiologista do Hospital Regional do Litoral de Paranaguá (PR) – Brasil. zemedicina@yahoo.com.br

² Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. scfranco@terra.com.br

RESUMO: Objetivou-se quantificar e descrever a demanda de pacientes em relação a um serviço de saúde terciário por Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) e determinar o coeficiente e a proporção de internação por CCSAP. Estudo transversal realizado em hospital público regional, no qual se avaliou pacientes adultos atendidos no serviço de urgência com CCSAP. O coeficiente de internação foi de 11,4 por 10 mil e apenas 18,8% foram internados. Houve predomínio de angina (48,5%), seguida de hipertensão arterial (38,8%) e insuficiência cardíaca (12,7%). As internações por CCSAP corresponderam a pequena parcela dos pacientes que demandaram atenção, colocando limites ao uso do indicador.

PALAVRAS CHAVE: Qualidade da assistência à saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação em saúde; Necessidades e demanda de serviços de saúde.

ABSTRACT: The aim of the study was to quantify and to describe the demand of patients for tertiary health care service due to Primary Care-Sensitive Cardiac Conditions (CCSAP) and to determine both the CCSAP hospitalization coefficient and rate. A cross-sectional study held at a regional tertiary hospital where adult patients diagnosed with CCSAP were evaluated. The adjusted hospitalization rate was 11.4/10,000 and only 18.8% were hospitalized. There was a predominance of angina (48.5%), followed by hypertension (38.8%) and heart failure (12.7%). The admissions for CCSAP represented a small part of the patients who demanded attention, placing limits to the use of the indicator.

KEYWORDS: Quality of health care; Primary Health Care; Health evaluation; Health services needs and demands.

Introdução

O monitoramento da qualidade assistencial é considerado necessário à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao subsidiar o gerenciamento dos serviços de saúde e o aprimoramento da atenção fornecida nos diversos níveis assistenciais (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). A ênfase atual do Ministério da Saúde brasileiro na avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) deve-se ao fato de este nível assistencial, além de ser a principal porta de entrada dos pacientes do SUS, ser também considerado reordenador das ações de saúde (CONILL, 2002).

Dentre os indicadores propostos para avaliar a qualidade da rede ambulatorial, as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) vêm ganhando destaque nos últimos anos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008; NEDEL *et al.*, 2008). Por se tratarem de doenças cujo processo de atenção ambulatorial, quanto ao diagnóstico, tratamento e prevenção, está bem estabelecido com as tecnologias atualmente disponíveis no SUS, elas se tornam um marcador indireto da qualidade assistencial prestada no âmbito ambulatorial. Portanto, sua ocorrência pode ser considerada evitável, em sua grande maioria, mediante a oferta de seguimento ambulatorial efetivo, oportuno, adequado e suficiente (VIANA *et al.*, 2006).

Apesar do potencial deste indicador para aferir a qualidade da rede assistencial, alguns autores vêm chamando a atenção para o fato de que as condições sensíveis parecem evidenciar apenas parte do problema, uma vez que os métodos em uso permitem identificar somente os pacientes internados e não a demanda real que busca as unidades de urgência, a qual compreende quadros de descompensação clínica destas doenças que nem sempre geram internações (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Assim, a ocorrência da descompensação por si só já seria um indicativo da existência de falhas assistenciais, entretanto, estas não são registradas nas bases de dados oficiais do Ministério da Saúde a menos que haja internação (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; TOSO, 2011). Portanto, quantificar a demanda espontânea de pacientes que buscam outros níveis de atenção com queixas de menor gravidade e que são liberados após avaliação clínica ou após período de observação

menor do que 24 horas, torna-se relevante para que se conheça a real magnitude dos problemas assistenciais da APS com relação a estas patologias. Além disso, vale mencionar que, em modelos de atenção regionalizados e articulados em redes, a ocorrência de eventos evitáveis nos serviços de maior complexidade reflete dificuldades de diversas ordens, seja em acesso, resolutividade, continuidade ou qualidade técnica, nestas redes de atenção operacionalizadas em territórios definidos (ROSANO *et al.*, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou uma lista de CSAP utilizando marco conceitual proposto por autores internacionais com algumas adaptações para o nosso país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). O processo de construção desta lista durou vários anos e teve a participação de profissionais ligados à gestão da saúde nas três esferas, além de especialistas ligados a universidades nacionais e internacionais. A lista possui 20 grupos de diagnósticos, 120 categorias de CID (com 3 dígitos) e 15 subcategorias (4 dígitos). A partir de então, diversos estudos em nosso país vêm utilizando as CSAP como indicador indireto da qualidade ambulatorial ou, mais especificamente, da APS (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008; NEDEL *et al.*, 2008; BATISTA *et al.*, 2012).

Na lista brasileira, as doenças cardiológicas compreendem três grupos: insuficiência cardíaca (IC), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e angina. E seu estudo ganha relevância devido a sua alta prevalência e impacto sobre a morbimortalidade global da população adulta. São elas chamadas de Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP).

Em face deste contexto, o objetivo geral do presente trabalho foi quantificar a demanda de pacientes para um serviço de saúde terciário por Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP) em município de médio porte no sul do Brasil, independentemente de ter ocorrido internação. Como objetivos específicos, estão a descrição das características sociodemográficas dos pacientes, a comparação dos pacientes segundo a internação e o modelo de atenção primária, bem como a determinação do coeficiente e a proporção de internação por CCSAP.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal realizado em um hospital público regional localizado em município de médio porte no sul do Brasil. Nele funciona um serviço terciário de cardiologia que recebe pacientes oriundos de sete municípios que delimitam uma região de saúde (PARANÁ, 2009). O estudo abrangeu apenas os pacientes oriundos do maior município, cuja população em 2009 era de 138 mil pessoas e representava 54% do total da região. Sua realização deu-se durante 180 dias consecutivos, entre 1º de novembro de 2010 e 30 de abril de 2011, compreendendo todos os pacientes consultados que se enquadraram nos critérios de inclusão, independentemente de internação. Foram incluídos os pacientes residentes do município estudado com idade maior ou igual a 20 anos, atendidos no serviço de urgência do referido hospital e que tiveram como diagnóstico principal ou motivo da procura uma das três CCSAP durante o período da pesquisa. Foram excluídos os pacientes para os quais havia dúvida sobre a real patologia que motivou a demanda pelo hospital. Os dados do roteiro de coleta usado no estudo foram obtidos na ficha de atendimento de emergência ou no prontuário, compondo as seguintes variáveis: gênero, idade, tipo de CCSAP (HAS, IC e angina), bairro de residência (conforme descrito na ficha de identificação), tipo de referência (espontânea, unidade básica de saúde, pronto atendimento, bombeiro, clínica privada e outros hospitais), decisão pela internação (sim/não), tipo de alta (domiciliar, óbito e transferência), visita ao médico no ano anterior (sim/não), modelo de atenção primária no bairro de residência (ESF/não ESF).

A partir do endereço de residência fornecido pelo paciente ou familiar no momento da admissão hospitalar foi possível identificar a unidade de atenção primária responsável pela atenção, segundo os dados de territorialização existentes na Secretaria Municipal de Saúde do município, permitindo identificar os modelos de atenção primária aos quais cada um dos pacientes estava adscrito – Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) ou modelo convencional, sendo que estes dois últimos foram considerados como não ESF. Para definir se o paciente havia sido internado ou não, considerou-se a situação do mesmo no

momento da alta da unidade de emergência do hospital, ou seja, se no momento da alta o paciente estava com a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) preenchida, considerou-se a internação. No caso de o paciente ter realizado o atendimento e permanecido em observação sem emissão de AIH, considerou-se como não internado. Quando o mesmo paciente foi recorrente na busca pelo hospital no período do estudo por CCSAP idênticas ou diferentes, foram considerados todos os registros.

O coeficiente de internação por CCSAP foi calculado dividindo-se o número de pacientes com idade maior ou igual a 20 anos internados por CCSAP no período estudado pela população do município da mesma faixa etária, no mesmo período, multiplicado pela constante 10 mil. Como o período de tempo do estudo foi de seis meses, foi realizado um ajuste para anualizar este coeficiente, dividindo-se o denominador por dois. Tal procedimento levou em consideração que o total de pessoas-tempo observadas correspondeu ao total da população no período multiplicado por meio ano de observação (COSTA; KALE, 2009).

A proporção de internações por CCSAP foi calculada dividindo-se o número de pacientes com idade maior ou igual a 20 anos internados por CCSAP, no período estudado, pelo número total de internações entre pacientes na mesma faixa etária e no mesmo período multiplicado por 100. Os dados sobre internações ocorridas no período, excetuando-se as obstétricas, foram obtidos junto ao Serviço de Arquivo Médico e Faturamento do hospital.

Apesar de ter sido utilizada uma amostra de conveniência, ressalta-se que o número de casos estudados no período da pesquisa seria suficiente para garantir um poder de 90% ($8\% \# 946;=0,1$), se fosse resultante de amostra aleatória. O banco de dados foi armazenado no programa Epidata versão 3.1. Para a descrição das características gerais da casuística utilizou-se a média e o desvio padrão para a variável idade, e as frequências absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. Na análise de possíveis associações entre os desfechos e as variáveis de interesse, foi utilizado o teste Qui-quadrado para as variáveis categóricas e Teste t de Student para as variáveis contínuas, com o software SPSS (v13.0), considerando o nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade (Processo nº 141/2010).

Tabela 1. Características dos pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP no hospital estudado

CCSAP	IC	HAS	ANGINA	TOTAL	%
	(N=35) (12,7%)	(N=107) (38,8%)	(N=134) (48,5%)	(N= 276) (100,0%)	
SEXO					
Feminino	14	65	62	141	51,1
Masculino	21	42	72	135	48,9
FAIXA ETÁRIA (ANOS)					
20-29	00	03	13	16	5,8
30-39	01	12	13	26	9,4
40-49	01	30	18	49	17,8
50-59	07	22	34	63	22,8
60 +	26	40	56	122	44,2
TIPO DE REFERÊNCIA					
Espontânea	11	73	75	159	57,6
Pronto atendimento	15	18	41	74	26,8
UBS	06	12	11	29	10,5
Bombeiro	00	04	04	08	2,9
Clínica privada	02	00	03	05	1,8
Outros hospitais	01	00	00	01	0,4
VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR					
Sim	25	70	74	169	61,2
Não	10	37	60	107	38,8
MODELO DE ATENÇÃO					
ESF	22	39	71	132	47,8
Não ESF	13	68	63	144	52,2
INTERNAÇÃO					
Sim	26	04	22	52	18,8
Não	09	103	112	224	81,2
TIPO DE ALTA					
Domiciliar	31	106	131	268	97,1
Óbito	03	01	01	05	1,8
Transferência	01	00	02	03	1,1

Fonte Elaboração própria.

Notas HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca; ESF: Estratégia Saúde da Família; CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária.

Resultados

Durante o período de 180 dias, foram registrados 276 atendimentos de adultos residentes no município com idade de 20 ou mais anos no pronto socorro do hospital estudado, tendo como diagnóstico principal uma das patologias consideradas CCSAP.

Do conjunto das três patologias que compuseram o grupo das CCSAP estudadas, verificou-se um nítido predomínio da angina (48,5%), seguida da hipertensão arterial (38,8%) e da insuficiência cardíaca (12,7%) (Tabela 1). Observou-se maior frequência do sexo feminino (51,1%) para o conjunto das três patologias, porém, quando se analisou cada uma delas, notou-se

Tabela 2. Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP internados e não internados

	TOTAL		PACIENTES INTERNADOS		PACIENTES NÃO INTERNADOS		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	52	18,8	224	81,2	
CCSAP							0,000
Angina	134	48,6	22	16,5	112	83,5	
HAS	107	38,8	04	3,7	103	96,3	
IC	35	12,7	26	74,3	09	25,7	
IDADE (ANOS)							0,001
20 a 59	154	55,8	18	11,7	136	88,3	
≥60	122	44,2	34	27,8	88	72,8	
SEXO							0,043
Feminino	141	51,1	20	14,2	121	85,8	
Masculino	135	48,9	32	23,7	103	76,3	
TIPO DE REFERÊNCIA							0,766
Espontânea	159	57,6	29	18,2	130	81,8	
Encaminhada	117	42,4	23	19,6	94	80,4	
ÁREA DE RESIDÊNCIA							0,114
ESF	132	47,8	30	22,7	102	77,3	
NÃO ESF	144	52,2	22	15,3	122	84,7	
VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR							0,189
Sim	169	61,2	36	21,3	133	78,7	
Não	107	38,8	16	15,0	91	85,0	

Fonte Elaboração própria.

Notas CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca.

Tabela 3. Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP residentes em áreas atendidas pelos modelos ESF e não ESF

	TOTAL		ESF		NÃO ESF		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	132	47,8%	144	52,2%	
IDADE (ANOS)							0,259
20 a 59	154	55,8	69	44,8	85	55,2	
≥60	122	44,2	63	51,6	59	48,7	
SEXO							0,892
Feminino	141	51,1	68	48,2	73	51,8	
Masculino	135	48,9	64	47,4	71	52,6	
TIPO DE REFERÊNCIA							0,141
Espontânea	159	57,6	70	44	89	56,0	
Encaminhada	117	42,4	62	53	55	47,0	
VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR							0,652
Sim	169	61,2	79	46,7	90	53,3	
Não	107	38,8	53	49,6	54	50,4	

Fonte Elaboração própria.

Notas CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca.

que este predomínio se manteve apenas para a hipertensão arterial, mas não para a angina e para a insuficiência cardíaca, nas quais predominou o sexo masculino. A idade dos pacientes incluídos variou entre 20 e 91 anos, tendo como média de idade 55,9 anos (DP 14,9). Chamou a atenção o elevado percentual de idosos (44,2%) e o achado de que 57,6% dos pacientes demandaram o serviço terciário espontaneamente, ou seja, sem terem recebido atendimento em outros níveis de atenção do SUS disponíveis na cidade, tais como as unidades básicas ou pronto atendimentos, recursos possíveis para a resolução dos casos. Além disso, somente 61,2% dos pacientes tiveram consulta em serviço de saúde no ano anterior e apenas 18,8% foram internados (52 pacientes), observando-se baixa letalidade (1,8%).

A comparação das características dos pacientes conforme os dois grupos, de internados e não internados (Tabela 2), evidenciou haver diferença significativa

em relação ao diagnóstico dos tipos de CCSAP, com um predomínio de internação por IC ($p=0,000$), da idade de 60 anos ou mais ($p=0,001$) e do gênero masculino ($p=0,043$). Não se encontrou diferença com relação ao tipo de referência ($p=0,766$), modelo de atenção ao qual os pacientes eram adscritos (ESF e não ESF – $p=0,114$) e visita ao médico no ano anterior ($p=0,189$).

Com relação ao modelo de atenção primária ao qual os pacientes eram adscritos segundo sua residência, identificou-se maior proporção de pacientes procedentes de áreas não ESF (52,2%). A comparação com o sexo e a idade dos pacientes e com variáveis relativas à atenção, ao tipo de referência e a visita ao médico no ano anterior não mostrou diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 3).

Houve um elevado percentual de pacientes que demandaram espontaneamente o hospital (57,6%), contrariamente ao que se esperava. Não se identificou

Tabela 4. Comparação entre pacientes atendidos com diagnóstico de CCSAP encaminhados e em demanda espontânea

	TOTAL		ESPONTÂNEA		ENCAMINHADO		P
	N	%	N	%	N	%	
	276	100,0	159	57,6%	117	42,4%	
IDADE (ANOS)							0,572
20 a 59	154	55,8	91	59	63	41,0	
≥60	122	44,2	68	55,7	54	44,3	
SEXO							0,432
Feminino	141	51,1	78	55,3	63	44,7	
Masculino	135	48,9	81	60	54	40,0	
ÁREA DE RESIDÊNCIA							0,141
ESF	132	47,8	70	53	62	47,0	
NÃO ESF	144	52,2	89	61,8	55	38,2	
VISITA AO MÉDICO NO ANO ANTERIOR							0,873
Sim	169	61,2	98	58	71	42,0	
Não	107	38,8	61	57	46	43,0	

Fonte Elaboração própria.

Notas CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca.

Tabela 5. Proporção de internação e coeficiente de internação*

CCSAP	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÃO POR CCSAP (%)	COEFICIENTE DE INTERNAÇÃO / 10.000 HAB**
IC	1,6	5,7
Angina	1,4	4,9
HAS	0,2	0,8
Total	3,2	11,4

Fonte Elaboração própria.

Notas CCSAP: Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; IC: Insuficiência Cardíaca.

* Exceto as internações obstétricas.

** Coeficiente ajustado para 1 ano.

diferença significativa ao se comparar o tipo de referência com o sexo ($p=0,572$), a idade dos pacientes ($p=0,432$), o modelo de atenção primária ao qual os pacientes eram adscritos ($p=0,141$) e a visita ao médico no ano anterior ($p=0,873$) (Tabela 4).

No período estudado ocorreram 1.630 internações de pessoas com idade igual ou superior a 20 anos residentes no município, excetuando-se as internações obstétricas (Tabela 5). Deste total, apenas 3,2% foram devido às CCSAP, com maior participação da insuficiência cardíaca, seguida da angina e da hipertensão arterial. O coeficiente de internação ajustado foi de 11,4 por 10 mil habitantes, conforme se apresenta a seguir:

Discussão

O presente estudo analisou a demanda de pacientes residentes em um município de médio porte a um serviço terciário de atenção devido a um grupo de doenças cardíacas classificadas como Condições Cardiológicas Sensíveis à Atenção Primária (CCSAP), que refletem indiretamente a qualidade da atenção ambulatorial a estas doenças no município estudado, considerando-se a existência de regionalização com fluxos assistenciais previamente definidos entre os gestores da saúde.

Observou-se predomínio do sexo feminino na demanda ao hospital, porém, em relação às internações, predominou o sexo masculino. Este achado concorda com o perfil de internações realizados em Curitiba (PR), no mesmo período, nos quais se verificou maior prevalência de homens com diagnóstico de IC e angina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Sabe-se que há uma relação entre a maior frequência de utilização dos serviços de saúde pelas mulheres e consequente manutenção desta frequência nos atendimentos de maior complexidade (COSTA *et al.*, 2010). A maior procura do sexo feminino pelos serviços de saúde foi apontada como fator determinante da efetividade das ações da Estratégia de Saúde da Família para doenças cardiovasculares e consequente declínio na taxa de internação de mulheres por CSAP comparada com os homens (FERNANDES; BERTOLDI; BARROS, 2009; GUANAIS; MACINKO, 2009).

Com relação à idade, observou-se predomínio da faixa etária inferior a 60 anos, com concentração entre 40 e 59 anos, justamente quando se espera prevenir a ocorrência de descompensações de doenças crônicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Este mesmo achado foi observado em estudos que analisaram o perfil da clientela em uma emergência hospitalar no Recife (PE) (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004). A justificativa para a maior ocorrência nesta faixa etária foi a maior exposição e vulnerabilidade das pessoas economicamente ativas a agravos à saúde. Em relação à idade dos pacientes internados, ocorreu a inversão da faixa etária, predominando pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, fato esperado em decorrência do agravamento das doenças cardiovasculares (COSTA *et al.*, 2010). Em estudo realizado na Austrália (2001 e 2002), observou-se haver maior prevalência absoluta de internação por angina em relação a IC e HAS nas faixas etárias menores e maior prevalência de internação por IC em idosos, e evidenciou-se o aumento da incidência de internação por CSAP proporcional à idade (PAGE *et al.*, 2007).

Neste estudo, a maioria dos pacientes (57,6%) demandou o serviço terciário espontaneamente. Este elevado índice é considerado inadequado, pois evidencia que as emergências terciárias são de fato a porta de entrada no SUS, uma distorção que mostra a dificuldade da APS em acolher e assistir adequadamente a demanda de seu território com o apoio de uma retaguarda secundária de especialistas e exames para investigação diagnóstica (SANTOS, 2007). Outros estudos mostraram o predomínio de busca direta ao setor de emergência hospitalar em hospitais terciários, como em São Paulo (SP) (60,5% da demanda) e em Maringá (PR) (56%) (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002), sendo que em ambos o motivo foi a decisão pessoal por conveniência. Diversas causas são apontadas como justificativa para a busca direta dos serviços de emergências hospitalares, tais como a concepção de que tais serviços são resolutivos devido à concentração tecnológica existente nestes locais e ao horário ininterrupto de trabalho, que é um aspecto facilitador para o acesso. Além disso, vale a pena citar as dificuldades de acesso em outros níveis de atenção e a falta de qualidade e resolubilidade dos serviços de menor complexidade. Consequentemente, ocorre um direcionamento de

pacientes para atendimento no serviço terciário por queixas ou patologias que poderiam ser solucionadas na APS, e que alguns autores denominam de ‘falsa demanda’, classificando-a como casos ‘não adequados’ para atendimento em um serviço de emergência hospitalar (OLIVEIRA; SCOCHI, 2002; SIMONS *et al.*, 2010).

Menos da metade dos pacientes atendidos no hospital terciário foi referenciada por outros serviços, principalmente o pronto atendimento (26,8%) e a APS (10,5%). Cabe aqui questionar se a IC, a angina ou a HAS descompensada são problemas de fato solucionáveis no nível primário, em virtude dos sintomas agudos apresentados, tais como dor no peito, falta de ar e outros sugestivos de maior gravidade clínica, demandando atenção especializada com retaguarda tecnológica apropriada. Mesmo sendo pertinente tal questionamento, o baixo índice de pacientes que buscaram inicialmente a APS evidencia a complexa interação de fatores individuais, sociais e organizacionais que determinam a utilização dos serviços de saúde, dentre os quais se pode mencionar a autopercepção da doença e de sua gravidade, os dias e os horários de funcionamento das unidades e a qualidade da atenção ofertada (PINHEIRO *et al.*, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2012). Embora o presente estudo não tenha avaliado os motivos pelos quais os pacientes não buscaram as unidades de saúde, tais aspectos podem ter influenciado nos seus achados.

A variável ‘consulta médica no ano anterior’ permitiu observar elevado índice de não consulta (38,8%), com diferenciais conforme o tipo de CCSAP mostrando o menor índice em pacientes com IC (28,6%), seguido pela HAS (34,6%) e pela angina (44,8%). As características clínicas e a gravidade de cada doença são fatores que determinam a utilização dos serviços. A IC necessita de atenção especializada na maioria das vezes, o que não ocorre com a HAS, cuja atenção pode ocorrer primordialmente na APS, já que quase a totalidade dos municípios possui programa de hipertensão arterial em sua rede de saúde. Entretanto, há estudos que mostram a falta de efetividade deste programa, como o que encontrou baixa eficiência na produção de serviços direcionados à HAS em 62,2% de 66 municípios catarinenses (RABETTI; FREITAS, 2011). Além disso, uma das características dos pacientes portadores da HAS é a baixa aderência ao

tratamento, gerando descompensações frequentes e buscas de unidades de urgência (CAVALARI *et al.*, 2012).

No presente estudo não se observou associação entre o modelo Saúde da Família e a redução das internações. Outros estudos apontaram a redução de internações por CSAP, mas não foram conclusivos quanto ao impacto dos modelos de APS e, especificamente, da ESF (BARAKAT, 2004; BATISTA *et al.*, 2012; NEDEL *et al.*, 2010). Uma possível explicação refere-se à não homogeneidade deste grupo de patologias sobre as quais poderia haver distintos potenciais de intervenção dos modelos de APS.

Neste estudo houve claro predomínio da evolução favorável dos casos para alta domiciliar, sendo que poucos foram transferidos ou evoluíram para óbito. A análise do subgrupo dos pacientes que demandaram o hospital por IC revela uma taxa de letalidade de 8,6%, a qual se eleva para os pacientes internados por IC, chegando a 11,5%. Estas taxas são similares às médias encontradas em outros estudos nacionais (TAVARES *et al.*, 2004). Vale mencionar que a devolução dos pacientes aos serviços de menor complexidade do município não foi acompanhada de contrarreferência formal, dificultando o retorno das informações geradas no atendimento hospitalar à APS.

Analisando os casos de internação por CCSAP (18,8%), fica evidente o predomínio da internação por IC em relação às demais, o que demonstra sua maior gravidade. Dentre os aspectos assistenciais analisados – tipo de referência, área de residência (ESF/não ESF) e visita ao médico no ano anterior –, não se observou associação significativa com o desfecho internação. Esperava-se que o paciente previamente triado em relação à gravidade e encaminhado para um serviço terciário deveria resultar em mais internações, o que não ocorreu. Talvez os pacientes de maior gravidade tenham buscado diretamente o hospital, já que a pouca organização dos fluxos assistenciais permite que isto ocorra.

A maior parte dos pacientes que foram internados havia comparecido a consulta médica no ano anterior, entretanto, esta variável não esteve associada com a internação, como foi observado por Costa *et al.* (2010), que atribuíram este achado à capacidade do médico de identificar complicações da patologia e indicar a internação. O mesmo se verificou com a variável ‘tipo de referência’,

que também não esteve associada ao desfecho internação. Apesar disso, é importante chamar a atenção para o fato de que a grande maioria dos pacientes demandou o serviço de maior complexidade assistencial aqui estudado de forma espontânea, indicando uma fragmentação na hierarquização da rede de atenção no município.

A comparação das variáveis em relação à área de residência – ESF ou não ESF – também não revelou diferenças significativas em relação ao sexo, idade, tipo de referência e visita ao médico no ano anterior, caracterizando os grupos como similares nesta casuística.

O delineamento do presente estudo, no qual se captou pacientes na entrada de um serviço terciário de emergência que é referência regional para doenças cardíacas, possibilitou evidenciar que somente uma pequena proporção dos pacientes (18,8%) que demandaram atenção com sinais e sintomas de agravamento das doenças cardíacas foi internada. Tal achado mostra que o indicador ‘internação por CCSAP’ retrata apenas parcialmente a demanda de pacientes portadores de descompensação ou agravamento de doenças cardíacas em decorrência da falta de seguimento adequado. Assim, as internações registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) como CCSAP evidenciaram apenas parte da demanda da atenção terciária, a ‘ponta do iceberg’, composta por pacientes que tiveram um evento negativo de saúde que seria evitável mediante oferta de atenção ambulatorial oportuna e adequada, especialmente da APS. Portanto, as estatísticas de morbidade hospitalar advindas deste indicador parecem estar bastante subestimadas e podem não refletir adequadamente a qualidade da atenção primária em modelos assistenciais similares ao aqui estudado, o que relativiza o seu uso em termos de saúde pública.

Além disso, na medida em que a grande maioria dos pacientes atendidos no serviço de urgência por CCSAP (81,2%, no presente estudo) não aparece nas estatísticas oficiais, fica limitada a possibilidade de se realizar um dimensionamento adequado destes serviços hospitalares para atender, medicar e observar os pacientes antes de liberá-los para alta. Nesse sentido, Simons *et al* (2010) evidenciaram que no serviço de urgência hospitalar de Maceió, 91,7% dos pacientes não permaneceram internados após o atendimento.

Das 1.630 internações ocorridas no hospital no período da pesquisa, por condições gerais, em pacientes de 20 anos ou mais residentes no município, exceto por causas obstétricas, 52 foram por CCSAP, ou seja, 3,2%. Esta proporção encontra-se abaixo da que foi encontrada por Alfradique *et al* (2009), que foi de 5,7%, e por Junqueira (2011), no Distrito Federal, de 4,2%, e por Batista *et al* (2012), de 17,2%. Entretanto, há diferenças metodológicas importantes que limitam as comparações, tais como o período estudado, as faixas etárias abrangidas e estudos de municípios agrupados ou isolados, entre outras. Analisando separadamente as CCSAP, notou-se a proporção de 1,6% para IC, 1,4% para angina e 0,2% para HAS. Outros estudos também encontraram maior proporção de internações por IC, porém a segunda causa foi a HAS e depois a angina, diferentemente do presente estudo. Tais diferenças podem ser explicadas pelo perfil de saúde das diferentes localidades, por variabilidade no acesso e pela organização da rede assistencial – particularmente, a APS –, conforme evidencia estudo realizado na Austrália em 2001, que observou maior proporção de internação por CCSAP, em qualquer idade, por angina (9,0%), seguida de IC (7,7%) e HAS, (1,1%) (PAGE *et al.*, 2007).

Os coeficientes das internações por CCSAP por 10 mil habitantes encontrados foram de 5,7 para IC, 4,9 para Angina e 0,8 para HAS, menores dentre os encontrados em outros estudos nacionais. Estas diferenças podem ser devidas a diferenças metodológicas na obtenção dos dados, já que todos eles se baseiam em dados secundários obtidos do SIH, diferentemente deste estudo, em que foi feita a checagem diagnóstica de cada caso, com exclusão daqueles nos quais se constatou dúvidas ou inconsistências quanto ao diagnóstico.

Os limites do presente estudo foram o período de coleta de dados ter sido de seis meses e não de um ano, havendo necessidade de se ajustar o coeficiente de internação e, ainda, a base populacional usada ter sido de um único município, o que pode ter distorcido o indicador. Além disso, na variável ‘área de adscrição aos modelos de APS’, utilizaram-se informações de geoprocessamento, o que pode não corresponder à real utilização das unidades básicas de saúde em nível individual.

Conclusão

O presente estudo mostrou uma demanda de 276 pacientes com condições cardiológicas sensíveis à atenção primária pelo serviço terciário de urgência do município estudado no período de 6 meses, com predomínio do sexo feminino (51,1%), média de idade de 55,9 anos e concentração na faixa etária entre 40 e 59 anos. Dos três grupos de patologias consideradas condições sensíveis à atenção primária, houve predomínio da angina (48,5%), seguida da hipertensão arterial (38,8%) e da insuficiência cardíaca (12,7%). A maior parte (57,6%) demandou o serviço terciário espontaneamente, 38,8%

tiveram consulta médica no ano anterior e apenas 18,8% foram internados. Somente estes últimos aparecem nas estatísticas oficiais como tendo sofrido um evento evitável de saúde. Entre os internados houve predomínio da IC ($p=0,000$), da idade de 60 anos ou mais ($p=0,001$) e do gênero masculino ($p=0,043$). Não se identificaram diferenças nas variáveis estudadas entre os pacientes com demanda espontânea ou referidos ou entre os adscritos às áreas de ESF e não ESF. Dentre todas as internações ocorridas no período do estudo, 3,2% foram devidas às CCSAP, sendo o coeficiente de internação por condições cardiológicas de 11,4 por 10 mil habitantes. ■

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

BARAKAT, S. F. C. *Caracterização da demanda do serviço de emergências clínicas de um hospital terciário do município de São Paulo*. 2004. 120f. Tese (doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. *Informações de saúde. Morbidade hospitalar. Epidemiológicas e Morbidade. Ocorrência por sexo e faixa etária segundo Causa – CID-BR-10*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 20 dez 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 abril de 2008. Publica em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília. 21 Set. 2008c. Seção 1:50.

CAVALARI, E. *et al.* Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2012. p. 67-72.

CONILL, E. M. *et al.* Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, v. 18, 2002. p. S191-S202.

COSTA, A. J. L. C.; KALE, P. L. Medidas de Frequência de Doença. In: MEDRONHO, R. A. *et al.*, (ed.). *Epidemiologia*. São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro: Atheneu, 2009. p. 13-30.

COSTA, J. S. D. *et al.* Prevalência de internação hospitalar e fatores associados em Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 5, 2010. p. 923-933.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, 2008. p. 1699-1707.

FERNANDES, L. C.; BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, 2009. p. 595-603.

- FURTADO, B. M. A. S. M.; ARAÚJO, J. R. J. L. C.; CAVALCANTI, P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 7, n. 3, 2004. p. 279-289.
- GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary Care and Avoidable Hospitalization: Evidence From Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*, Philadelphia, v. 32, n. 2, 2009, p. 115-122.
- JUNQUEIRA, R. M. P. *Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal – 2008*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, 2011. 111f.
- 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, 2010. p. 61-75.
- _____. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, 2008. p. 1041-1052.
- OLIVEIRA, L. S. *et al.* Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012. p. 3047-3056.
- OLIVEIRA, M. L. F.; SCOCHI, M. J. Determinantes da utilização dos Serviços de Urgência/Emergência em Maringá (PR). *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, Londrina, v. 1, n. 1, 2002. p. 123-128.
- PAGE, A. *et al.* Atlas of Avoidable Hospitalisations in Australia: ambulatory care-sensitive conditions. Adelaide: Public Health Information Development Unit, The University of Adelaide, 2007.
- PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. *Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde no Estado do Paraná*. Curitiba, 2009.
- PINHEIRO, R. S. *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002. p. 687-707.
- RABETTI, A. C.; FREITAS, S. F. T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. p. 258-268.
- ROSANO, A. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health*. Disponível em: <<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/early/2012/05/29/eurpub.cks053.abstract>> Acesso em: 12 jan 2013.
- SANTOS, N. R. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, 2007. p. 429-435.
- SIMONS, D. A. *et al.* Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, n. 1, 2010. p. 57-67.
- TAVARES, L. R. *et al.* Epidemiologia da insuficiência cardíaca descompensada em Niterói: Projeto EPICA – Niterói. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v. 82, n. 2, 2004. p. 121-124.
- TOSO, B. R. G. O. *Resolutividade do cuidado à saúde de crianças menores de cinco anos por causas sensíveis a atenção básica*. 2011. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 1373f.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, 2006. p. 577-606.

Recebido para publicação em abril de 2013

Versão definitiva em dezembro de 2013

Suporte financeiro: não houve

Conflito de interesse: inexistente