



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

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

Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia
Saúde da Família

Revista de Saúde Pública, vol. 43, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 928-936

Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240180003>

- 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

Viviane Braga Lima Fernandes

Antônio Prates Caldeira

Anderson Antônio de Faria

João Felício Rodrigues Neto

Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família

Hospitalizations sensitive to primary care as an evaluation indicator for the Family Health Strategy

RESUMO

OBJETIVO: Identificar variáveis associadas a internações sensíveis ao cuidado primário.

MÉTODOS: Inquérito de morbidade hospitalar realizado com amostra aleatória de 660 pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica de hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde, em Montes Claros, MG, de 2007 a 2008. Foram realizadas entrevistas com os pacientes e seus familiares utilizando formulário próprio e pesquisa aos prontuários. A definição das condições consideradas sensíveis ao cuidado primário baseou-se na lista do Ministério da Saúde. A associação entre variáveis socioeconômicas e de saúde com as internações sensíveis foi analisada utilizando-se análises bivariadas e de regressão logística múltipla.

RESULTADOS: O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário no grupo estudado foi de 38,8% (n=256). As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário foram: internação prévia (OR=1,62; IC 95%: 1,51;2,28), visitas regulares a unidades de saúde (OR=2,20; IC 95%: 1,44;3,36), baixa escolaridade (OR=1,50; IC 95%: 1,02;2,20), controle de saúde não realizado por equipe de saúde da família (OR=2,48; IC 95%: 1,64;3,74), internação solicitada por médicos que não atuam na equipe de saúde da família (OR=2,25; IC 95%: 1,03;4,94) e idade igual ou superior a 60 anos (OR=2,12; IC 95%: 1,45;3,09).

CONCLUSÕES: As variáveis associadas às internações sensíveis são sobretudo próprias do paciente, como idade, escolaridade e internações prévias, mas o controle regular da saúde fora da Estratégia de Saúde da Família duplica a probabilidade de internação.

DESCRIPTORIOS: Programa Saúde da Família. Equipe de Assistência ao Paciente. Atenção Primária à Saúde, recursos humanos. Hospitalização. Inquéritos de Morbidade. Avaliação de Serviços de Saúde.

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.
Universidade Estadual de Montes Claros.
Montes Claros, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Antônio Prates Caldeira
R. Monte Pascoal, 225 – Ibituruna
39401-347 Montes Claros, MG, Brasil
E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

Recebido: 8/11/2008
Revisado: 10/5/2009
Aprovado: 2/6/2009

ABSTRACT

OBJECTIVE: To identify variables associated with hospitalizations sensitive to primary care.

METHODS: A hospital morbidity survey was conducted using a random sample of 660 patients hospitalized in clinical and surgical wards of hospitals that had service agreements with the Brazilian National Health System, in the municipality of Montes Claros, Southeastern Brazil, between 2007 and 2008. Interviews were held with patients and members of their families using a specific form, and the patients' medical files were investigated. The definition of conditions considered sensitive to primary care was based on the Ministry of Health's list. Associations shown by socioeconomic and health variables in relation to hospitalizations sensitive to primary care were analyzed using bivariate and multiple logistic regression analyses.

RESULTS: The percentage of hospitalizations sensitive to primary care in the study group was 38.8% (n = 256). The variables that remained statistically associated with conditions considered sensitive to primary care were: previous hospitalization (OR = 1.62; 95% CI: 1.51;2.28); regular visits to healthcare units (OR = 2.20; 95% CI: 1.44;3.36); low schooling level (OR = 1.50; 95% CI: 1.02;2.20); health checks not performed by the family health team (OR = 2.48; 95% CI: 1.64;3.74); hospitalization requested by physicians who were not part of the family health team (OR = 2.25; 95% CI: 1.03;4.94); and age greater than or equal to 60 years (OR = 2.12; 95% CI: 1.45;3.09).

CONCLUSIONS: The variables associated with hospitalizations sensitive to primary care are particularly those relating to patients, such as age, schooling level and previous hospitalization, but regular health checks outside of the Family Health Strategy doubled the likelihood of hospitalization.

DESCRIPTORS: Family Health Program. Patient Care Team. Primary Health Care, manpower. Hospitalization. Morbidity Surveys. Health Services Evaluation.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. As primeiras equipes começaram a ser implantadas no Brasil a partir de 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da atenção primária, em substituição ao modelo tradicional, centrado na consulta médica, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais.²⁴

A atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental na organização dos sistemas de saúde.^{3,25} Nesse contexto, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade do sistema.

A importância de estudos de avaliação dos serviços de saúde tem sido bem estudada na literatura recente e apresenta diferentes abordagens metodológicas.⁶ Um

dos desafios consiste em apontar impactos positivos de ações ou programas específicos. Particularmente em relação à ESF, poucos estudos detalham os resultados da proposta e muitas das pesquisas avaliativas no País ainda são restritas à implementação e organização da estratégia no sistema de saúde.¹

A proporção de internações hospitalares consideradas evitáveis, a partir de uma assistência oportuna e adequada na atenção primária, representa um importante marcador de resultado da qualidade dos cuidados de saúde nesse nível de atenção.^{3,7,18} Desenvolvido no final dos anos 1980 nos Estados Unidos, esse indicador tem sido utilizado para avaliar acessibilidade e efetividade do cuidado primário.^{5,9,10,14,22} Alguns estudos apresentam significativas diferenças entre as taxas de internação hospitalar por determinadas afecções entre populações distintas, denotando acesso diferenciado aos serviços de atenção primária.^{8,21} Assim, embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos

indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutive dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde.

No Brasil, há poucos estudos sobre internações sensíveis ao cuidado primário e somente em abril de 2008 foi publicada uma lista nacional de condições sensíveis à atenção primária.^{12,20} O presente estudo teve por objetivo analisar a qualidade da atenção à saúde em áreas assistidas pela Estratégia Saúde da Família tendo como parâmetro a proporção de internações por causas sensíveis ao cuidado primário.

MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, analítico, baseado em inquérito de morbidade hospitalar com amostra aleatória de pacientes admitidos em enfermarias de clínica médica e cirúrgica dos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), em Montes Claros, MG, de julho de 2007 a julho de 2008. O presente estudo se insere na proposta avaliativa do cuidado primário, com a hipótese de que os pacientes assistidos pela ESF são menos propensos à hospitalização por causas evitáveis.

A cidade representa o principal pólo regional e sua população, de aproximadamente 350 mil habitantes, é predominantemente urbana. As unidades da ESF estão localizadas em áreas periféricas da cidade e atendem as comunidades mais carentes, assumindo uma cobertura de aproximadamente 50% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém 15 centros de saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à rede hospitalar, a cidade conta com cinco hospitais gerais, um hospital psiquiátrico, três pronto-socorros públicos e uma unidade de Serviço de Atendimento Médico de Urgência. Recentemente foi implantada no município uma central de regulação de leitos, mas sua atuação ainda era considerada incipiente no período do estudo. Não existe ainda um sistema organizado de referência e contra-referência.

O número de leitos e de hospitalizações de cada setor hospitalar foi fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela regulação dos leitos conveniados com o SUS. Na determinação do cálculo amostral, foram considerados como parâmetros o número de internações realizadas em cada uma das instituições no ano anterior e a frequência esperada de 50% do evento, considerando a inexistência de dados prévios sobre o indicador estudado, com erro aceitável de 5% e nível de confiança de 99%. Esse cálculo resultou em número amostral de 610 indivíduos.

Foram considerados elegíveis para a entrevista os pacientes internados pelo SUS nas clínicas médicas e cirúrgicas dos hospitais selecionados, residentes no município, que pudessem responder à entrevista ou estivessem acompanhados de algum familiar que pudesse fazê-lo. Foram excluídos o hospital psiquiátrico e dois hospitais de menor porte que não possuíam credenciamento de internações hospitalares pelo SUS para todas as áreas. Os três hospitais que participaram do estudo possuíam pronto-socorros abertos ao público.

Na coleta de dados foram utilizados questionários semi-estruturados. Além da investigação acerca da condição nosológica que motivou a internação, foram obtidos dados sobre variáveis demográficas e socioeconômicas. Um estudo piloto realizado em uma das instituições hospitalares testou as questões utilizadas. A equipe de entrevistadores para o trabalho de campo foi constituída por estudantes da graduação do curso de medicina e foi especialmente treinada para os procedimentos.

Cada um dos hospitais foi visitado uma vez por semana, ao longo de um ano, com seleção aleatória simples das unidades de internação e dos dias de visitas, em esquema de rodízio. Assim, cada hospital recebia visitas em diferentes setores e em diferentes dias a cada semana. Todos os pacientes da enfermaria sorteada eram alocados para o estudo e o número poderia variar em função do número de leitos ocupados, de leitos extras nas enfermarias ou de pacientes já entrevistados em visitas anteriores. Tal procedimento teve por finalidade obter maior heterogeneidade da amostra dentro do mesmo hospital e ao longo do período da coleta de dados.

Foram definidas como variáveis independentes as características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, e condições de habitação), além de variáveis relacionadas à utilização dos serviços de saúde (internações prévias, controle regular de saúde – dado pela busca regular e periódica aos serviços de saúde, local de referência para controle regular de saúde, cadastro em unidades da ESF, percepção sobre a qualidade da assistência à saúde recebida ambulatorialmente e profissional que indicou a internação).

A definição das áreas geográficas assistidas pela ESF foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde e o cadastro na unidade de saúde foi confirmado pelo paciente ou acompanhante. Como o vínculo com a equipe de saúde da família (cadastro), não implica necessariamente acompanhamento do paciente, buscou-se o local de referência para controle de saúde para todos os pacientes. Para a definição das afecções cujas internações são sensíveis ao cuidado primário utilizou-se a relação publicada pelo Ministério da Saúde.^a A definição diagnóstica foi realizada por

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

consulta ao prontuário do paciente. Somente o diagnóstico principal foi considerado. Em caso de dúvidas sobre o diagnóstico por parte da dupla de entrevistadores, a definição era realizada pelo coordenador da coleta de dados.

Foram entrevistados 660 pacientes nas clínicas médicas dos hospitais selecionados, incluindo-se leitos cirúrgicos.

Os *softwares* Epi Info e SPSS 15.0 foram utilizados para entrada e análise dos dados. A regressão logística foi utilizada para avaliação conjunta das variáveis associadas às condições sensíveis de internação. As variáveis que se mostraram estatisticamente significativas até o nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada, que foi realizada utilizando o método *backward stepwise (likelihood ratio)* não condicional. Permaneceram no modelo de regressão múltipla aquelas variáveis que, após ajustadas, mantiveram o valor de $p \leq 0,05$. A qualidade do ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer-Lemeshow.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros. As entrevistas foram realizadas com autorização do próprio paciente ou da família, mediante termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

As características sociodemográficas da população estudada são apresentadas na Tabela 1. O grupo se mostrou relativamente homogêneo em relação ao sexo e ao estado civil. A idade dos entrevistados variou de 14 a 99 anos, com média de 53 anos. A escolaridade média do grupo foi de cinco anos, destacando-se um percentual de 19,8% ($n=131$) de pacientes analfabetos.

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

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

O percentual de internações sensíveis ao cuidado primário no grupo estudado foi de 38,8% ($n=256$). A duração média da internação foi de nove dias e mediana, cinco dias. Entre os pacientes avaliados, 283 (42,9%) referiram episódio de internação prévia. As principais causas de internação aferidas por consulta ao prontuário foram: insuficiência cardíaca, pneumonia, tumores em geral, doença coronariana, diabetes e suas

complicações, traumas e causas externas, afecções cirúrgicas eletivas e infecções da pele e subcutâneo.

A Tabela 2 apresenta os resultados das análises bivariadas entre as variáveis estudadas e o tipo de internação, categorizado segundo o código diagnóstico como condição sensível ou não ao cuidado primário. Nessa primeira análise, as variáveis que se mostraram associadas com as internações por condições sensíveis foram idade, escolaridade, internação prévia, controle regular de saúde, vínculo com o Programa Saúde da Família (PSF), controle de saúde no PSF, duração da internação e profissional que indicou a hospitalização.

A Tabela 3 apresenta o resultado da análise de regressão logística múltipla. As variáveis que se mostraram estatisticamente associadas com as condições sensíveis ao cuidado primário foram: relato de internação prévia (OR=1,62; IC 95%: 1,51;2,28), relato de realização de controle regular de saúde (OR=2,20; IC 95%: 1,44;3,36), escolaridade inferior a quatro anos do ensino fundamental (OR=1,50; IC 95%: 1,02;2,20), controle de saúde fora das unidades de saúde da família (OR=2,48; IC 95%: 1,64;3,74), solicitação de internação realizada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC 95%: 1,03;4,94) e idade superior a 60 anos (OR=2,12; IC 95%: 1,45;3,09).

DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que a população avaliada apresenta um elevado percentual de internações por condições que poderiam ser mais bem controladas na atenção primária (38,8%). A não realização de controle de saúde no PSF implicou maior associação com internações por condições sensíveis (Tabela 2) e a falta de vínculo com o PSF manteve-se no modelo multivariado final, registrando uma probabilidade duas vezes maior de internações por condições sensíveis ao cuidado primário.

Em vários estudos internacionais, encontra-se ampla variação dos índices de internação por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA). Essas diferenças são influenciadas por vários fatores ligados à acessibilidade ao médico de atenção primária, acessibilidade do hospital, nível socioeconômico da população avaliada, características organizativas próprias da atenção primária, critérios adotados para a hospitalização e cobertura de seguro de saúde.^{3,7,14}

No Brasil, há dificuldade de se comparar o percentual de internações consideradas sensíveis ao cuidado primário com outros países. Tanto na Europa como nos Estados Unidos, os estudos apresentam listas diferentes e utilizam como referência a nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9), enquanto no Brasil

Tabela 1. Características da população estudada, internada nos setores de clínica médica e cirúrgica. Montes Claros, MG, 2007-2008.

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

a relação oficial emprega a décima Revisão (CID-10), o que pode gerar distorções significativas na análise

comparativa. Ainda assim, o padrão de grupos de diagnósticos nas internações evitáveis coincidem com outros estudos, especialmente para pneumonia e insuficiência cardíaca.^{3,8,18,23}

Embora não se tenha incluído a renda familiar no presente estudo, as características da população estudada permitem inferir que se trata de uma população socialmente negligenciada, pois mais da metade dos pacientes não referiu escolaridade além do primeiro ciclo do ensino fundamental. A associação observada de internações por CSAA com variáveis que denotam baixo nível socioeconômico, como a baixa escolaridade (OR=1,50; IC 95%: 1,02;2,20), é consistente com outros estudos.^{4,19,23}

No presente estudo, adultos com escolaridade igual ou inferior à quarta série do ensino fundamental apresentaram 50% mais chances de serem hospitalizados por CSAA. Compreende-se que mais anos de estudo significam maior possibilidade de melhores condições de renda, trabalho e saúde e, consequentemente, menores índices de hospitalização em geral.² Nos Estados Unidos, pacientes beneficiários do sistema de saúde público daquele país (*Medicare*) que possuíam melhores índices de escolaridade apresentavam menores chances de internações evitáveis.¹¹

A associação de hospitalizações evitáveis com paciente idosos, observada no presente estudo, também já foi apontada em outras pesquisas.^{3,7,8} Para os idosos, em geral, as principais causas de internações são por CSAA.²⁶

Duas das variáveis estudadas no presente trabalho que se mantiveram estatisticamente associadas com internações por CSAA são relacionadas às condições de saúde próprias do paciente. Internações pregressas e realização de controles regulares de saúde podem denotar condições mais graves e/ou pacientes mais vulneráveis. Em condições habituais, uma fonte regular e contínua de cuidados em saúde está associada a menores taxas de internação.^{16,25} Contudo, diante de pacientes mais graves e com relatos de internações prévias, a insegurança do médico, do paciente e da própria família conduzem a uma conduta mais intervencionista, geralmente em nível hospitalar. No presente estudo, pacientes que referiam realizar controle de saúde regularmente também apresentaram maior chance de estarem hospitalizados por CSAA (OR=2,20; IC 95%: 1,44;3,36). Em princípio, essa associação parece paradoxal. Consideramos que ela releva tanto a possibilidade de pacientes mais críticos quanto a qualidade precária do acompanhamento.

Quando o acompanhamento esteve associado às unidades de saúde que não possuíam equipes de saúde da família, foram observadas maiores chances de hospitalizações por CSAA (OR=2,48; IC 95%: 1,64;3,74).

Tabela 2. Análise bivariada da associação entre as características estudadas e hospitalização com condições sensíveis ao cuidado primário. Montes Claros, MG, 2007-2008.

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

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

Variável	p	OR ajustado (IC 95%)
Idade superior a 60 anos	0,000	2,12 (1,45;3,09)
Escolaridade até quatro anos	0,038	1,50 (1,02;2,20)
Internação prévia	0,006	1,62 (1,15;2,28)
Realiza controle regular de saúde	0,000	2,20 (1,44;3,36)
Falta de vínculo com o Programa Saúde da Família	0,000	2,48 (1,64;3,74)
Indicação da internação por outro médico	0,042	2,25 (1,03;4,94)

Essa constatação confirma a hipótese inicial do estudo e corrobora outros estudos avaliativos que enfatizam as vantagens da estratégia.^{13,17} Com efeito, as equipes de saúde da família têm as melhores condições para atuar preventivamente sobre as condições crônicas que representam as principais causas de internações evitáveis. Equipes de saúde da família estão quase sempre estrategicamente localizadas em áreas periféricas das cidades, facilitando o acesso oportuno aos cuidados de saúde. A longitudinalidade assegurada pela ESF propicia maior relação de confiança entre pacientes e médicos, interferindo favoravelmente na adesão ao tratamento e às orientações de saúde.^{9,25} Todavia, uma limitação na forma de aferir o vínculo à ESF foi ter sido considerada apenas a área de abrangência e o relato do paciente, sem fazer referência ao tempo de vínculo.

Outro aspecto das internações por CSAA estritamente ligado ao sistema de saúde foi identificado no presente estudo: o médico que solicita a internação é, quase sempre, o plantonista do pronto-socorro. Assim, embora 229 pacientes tenham referido ser acompanhados por equipes de saúde da família, menos de um quarto desses pacientes tiveram sua hospitalização definida pelo médico da equipe. Observou-se uma chance duas vezes maior de hospitalização por CSAA para pacientes que tiveram sua internação solicitada por médicos que não atuam na ESF (OR=2,25; IC 95%: 1,03;4,94). Esse aspecto já foi apontado em outros estudos.^{8,18} Em muitos locais, o sistema de saúde, de modo geral, tem pouca interferência sobre as políticas de admissão adotadas pelo hospital. Márquez-Calderón et al¹⁸ (2003) mostraram que a maior acessibilidade ao hospital esteve associada a maiores taxas de internações por CSAA. Para os autores, o número de leitos hospitalares disponíveis faz pensar que os recursos da atenção especializada desempenha um papel importante na variabilidade destas taxas. Outro estudo⁸ mostrou que maior proximidade ao hospital estava associada a maiores as taxas de hospitalização por CSAA.⁸ Os autores também discutem que as características da atenção especializada, a facilidade de acesso ao hospital e os padrões de utilização por parte da população, em detrimento da atenção primária, podem explicar estes achados. Em relação ao médico que assiste o paciente,

acredita-se que o internista atue fundamentado no contexto de sua prática hospitalar, enquanto o médico da atenção primária se caracteriza por colocar o contexto social no problema do paciente, o que justifica uma variabilidade clínica prudente e necessária.¹⁵ Assim, a inexistência de um programa de referência e contra referência bem estabelecido e operante pode interferir favoravelmente sobre os indicadores observados.

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

No presente estudo algumas limitações do indicador foram antecipadas, como por exemplo, a qualidade do diagnóstico no prontuário, que foi aferido “in loco” e não a partir de dados secundários como a Autorização de Internação Hospitalar. A coleta de dados ao longo de todo o ano evitou a influência da sazonalidade de algumas afecções. Todavia, algumas limitações ainda existem e devem ser consideradas na interpretação dos resultados. A principal delas foi a restrição das internações às clínicas médicas e cirúrgicas dos hospitais,

excluindo-se, por exemplo, as internações decorrentes da assistência ao parto, principal motivo de internação no País, ou internações da área da saúde mental, que não representam condições sensíveis, segundo a lista do Ministério da Saúde. Assim, o percentual de 38,8%

reflete apenas a proporção de internações por condições sensíveis no grupo avaliado. Deve-se reiterar, todavia, que essa limitação restringe-se à generalização dos dados e não à análise realizada no presente estudo.

REFERÊNCIAS

- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad Saude Publica*. 2008;24(8):1727-42. DOI:10.1590/S0102-311X2008000800002
- Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Car Res Rev*. 2006;63(6):719-41. DOI:10.1177/1077558706293637
- Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11. DOI:10.1157/13059762
- Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*. 1996;15(3):239-49. DOI:10.1377/hlthaff.15.3.239
- Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 1990;9(4):158-65. DOI:10.1377/hlthaff.9.4.158
- Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saude Publica* 2007;41(1):150-3. DOI:10.1590/S0034-89102007000100020
- Caminal Homar J, Morales Espinoza M, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003;31(1):6-17. DOI:10.1157/13042567
- Caminal Homar J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermsilla Pérez E, Martín Mateo M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions en Cataluña. *Rev Clin Esp*. 2001;201(9):501-7.
- Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004;14(3):246-51. DOI:10.1093/eurpub/14.3.246
- Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. *Health Serv Res*. 2005;40(4):953-6. DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00442.x
- Culler SD, Parchman ML, Przybylski M. Factors related to potentially preventable hospitalizations among the elderly. *Med Care*. 1998;36(6):804-17. DOI:10.1097/00005650-199806000-00004
- 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. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):633-47. DOI:10.1590/S1415-790X2008000400011
- Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Col*. 2006;11(3):669-81. DOI:10.1590/S1413-81232006000300015.
- Falik M, Needleman J, Herbert R, Wells B, Politzer R, Benedict MB. Comparative effectiveness of health centers as regular source of care: application of sentinel ACSC events as performance measures. *J Ambul Care Manage*. 2006;29(1):24-35.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):205-18. DOI: 10.1590/S1415-790X2005000200013.
- Gill JM, Mainous 3rd. AG The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med*. 1998;7(4):352-357. DOI:10.1001/archfam.7.4.352
- Macinko J, Guanais FC, de Fátima M, Souza M, de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-9. DOI:10.1136/jech.2005.038323
- Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003;17:360-7. DOI:10.1157/13053648
- Menéndez-Asenjo AA, Leal CF, Pena SS. Hospitalización evitable por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) en la Comunidad de Madrid. Reflexiones sobre su uso como medida de resultado de la Atención Primaria. *Rev Adm Sanit*. 2003;1(4):657-78.
- Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1041-52. DOI:10.1590/S0034-89102008000600010
- Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(1):17-22. DOI:10.1136/jech.57.1.17
- Ricketts TC, Randolph R, Howard HA, Pathman D, Carey T. Hospitalization rates as indicators of access to primary care. *Health Place*. 2001;7(1):27-38. DOI:10.1016/S1353-8292(00)00035-6
- Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations and socioeconomic status: ambulatory

- care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res.* 2005;40(4):1167-85. DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00407.x
24. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saude Soc.* 2001;10(1):1-25. DOI:10.1590/S0104-12902001000100004.
25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2004.
26. Valenzuela López MI, Gastón Morata JL, Melquizo Jiménez M, Valenzuela López MM, Bueno Cavanillas A. To identify primary care interventions that reduce hospitalization of people over 65 due to ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria.* 2007;39(10):525-32.

Artigo baseado na dissertação de mestrado de Fernandes VBL, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, em 2008.
Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG - Processo nº: EDT 3232/06).