

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GREG DE SÁ SILVA

**PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IGREJINHA/RS**

**PREVALENCE OF HOSPITAL ADMISSIONS FOR AMBULATORY CARE
SENSITIVE CONDITIONS IN THE CITY OF IGREJINHA/RS**

Igrejinha/RS

2019

GREG DE SÁ SILVA

**PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IGREJINHA/RS**

**PREVALENCE OF HOSPITAL ADMISSIONS FOR AMBULATORY CARE
SENSITIVE CONDITIONS IN THE CITY OF IGREJINHA/RS**

Dissertação apresentada à Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre como parte dos requisitos para obtenção de título de Mestre, na área de Saúde da Família.

Dissertation presented to the Porto Alegre University of Health Sciences as part of the requirements to obtain a Masters in Family Health.

Orientadora: Gisele Alsina Nader Bastos

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis

Igrejinha/RS

2019

Catálogo na Publicação

DE SÁ SILVA, GREG

PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IGREJINHA/RS /
GREG DE SÁ SILVA. -- 2019.

74 p. : il., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de
Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de
Pós-Graduação em Saúde da Família, 2019.

Orientador(a): GISELE ALSINA NADER BASTOS.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Qualidade, Acesso e
Avaliação da Assistência à Saúde. 3. Efetividade. 4.
Hospitalização. I. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Juvenal Soares Dias da Costa – membro externo

Prof. Airton Tetelbon Stein – membro da UFCSPA, externo ao PPG Saúde da Família

Profa. Camen Daudt – membro interno do PPG Saúde da Família / UFCSPA

DEDICATÓRIA

*Dedico esta obra à minha maior produção,
que, por um infortúnio, nem consta no Lattes:
minha filha, Alice.*

AGRADECIMENTOS

A todos que auxiliaram para a execução dessa pesquisa.

Aos pacientes estudados, que, embora não tenham sido identificados, são o motivo de buscarmos diária e incessantemente por melhorias no sistema de saúde.

Aos colegas de equipe, que entenderam minhas ausências frequentes.

À administração do Hospital Bom Pastor, nas pessoas de João Schmitt (diretor administrativo), a Isnard Leivas (diretor técnico) e, principalmente, a Denise Padilha (gestão de sistema), pelo auxílio mais de perto na coleta dos dados.

A Lavínia Flores, colega de profissão, pelas discussões frequentes e importantíssimas sobre nossos pacientes compartilhados, um em cada ponta do cuidado.

À Gestão Municipal da Saúde de Igrejinha, nas pessoas de Helder Santos (diretor médico) e Simone do Amaral (secretária municipal de saúde).

Aos professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFCSPA, por todo o aprendizado.

A Lisiane Hauser, pelo auxílio com o fantasma da análise estatística.

Aos colegas (mestrados unidos), que foram minha maior sustentação desde a época da “gincana”. Apoiamo-nos uns nos outros no decorrer do programa, todos sempre dispostos a ajudar. Sentirei muita falta dos nossos cafés antes das aulas. Vocês foram e são demais.

Aos amigos e familiares envolvidos, principalmente nas etapas finais da pesquisa.

Fernanda, minha querida esposa, no apoio estrutural (e emocional), além de entender minhas necessidades discentes.

Alice, minha filha, por entender, aos 05 anos, que eu estou “estudando uma coisa do mestrado”, muitos dias quando ela vai dormir, além de ter o pescoço e olhos mais cheirosos do mundo.

Ediva, minha mãe, por estar sempre ao meu lado, inclusive nas reuniões de orientação, e por sempre me fazer o melhor café do mundo.

André, meu cunhado, pelo importantíssimo auxílio na formatação, apesar das “humilhações” por que passei.

Paulo Pontes, meu cunhado, pelo auxílio com a limpeza e controle dos dados, nas diversas tabelas, previamente à análise estatística.

Cláudia, minha prima (mais que irmã), pelo auxílio nas buscas por artigos relacionados em todas as etapas de todas as pesquisas, além de ser a tradutora oficial deste manuscrito (junto ao meu cunhado maravilhoso, Blake).

Manoelito, um “amigo emprestado” da minha prima, uma pessoa que tem a docência na alma e me direcionou em um momento decisivo, tornando tão clara a análise estatística.

Edna, minha tia (uma das minhas “outras mães”), por ser a melhor corretora gramatical e ortográfica já existente, responsável pela beleza das palavras dessa dissertação.

Muitos não foram citados, mas não significa que são menos amados por isso, apenas não fizeram parte desse momento específico de nossas histórias.

A Deus, pelo dom da vida.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Gisele Alsina Nader Bastos

*Pela presença marcante no desenvolvimento deste trabalho.
Nada disto seria possível sem suas orientações criteriosas e
toda (muuuuuta) paciência comigo. Superei muitos limites em
razão da atenção que dispensou a mim.*

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem a missão de atender às necessidades de saúde de uma população, através de ações de sua competência, de forma eficaz e oportuna. Para tanto, desenvolve atividades de prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e seguimento de condições crônicas, com consequente redução de internações hospitalares por esses tipos de problemas. Conhecer a prevalência de Internações por Condições Sensíveis à APS (ICSAP) é de suma importância para que se avalie a efetividade dos serviços de saúde ofertados a um determinado município ou região. O presente estudo objetivou avaliar a prevalência de ICSAP no município de Igrejinha/RS no período de janeiro a dezembro do ano de 2017. Foi realizado um estudo quantitativo, observacional, transversal, com dados secundários, relativos às internações de moradores de Igrejinha/RS, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no hospital local, no período considerado. Foi realizada uma análise inicial, descritiva, apresentando como resultado o perfil socioeconômico e demográfico de todos os indivíduos que internaram, bem como daqueles em que o motivo da internação no mesmo período por CSAP. A população foi composta por 1689 indivíduos. A prevalência de ICSAP foi de 9,8%. As principais causas foram: insuficiência cardíaca (31,9%), infecção da pele e tecido subcutâneo (16,9%) e hipertensão (11,4%). Na sequência, foram realizadas análises bivariadas entre o desfecho (ICSAP) e as variáveis dependentes (socioeconômicas, demográficas e local de atendimento na APS). Essa análise demonstrou que as categorias “maior de 60 anos” mostrou-se positivamente associadas a ICSAPS. Para sexo, raça, estado civil, motivo de alta e bairro não houve diferenças estatisticamente significativas. Por fim, a análise ajustada utilizou a Regressão Logística de Poisson com modelo hierárquico. Nessa análise, apenas faixa etária apresentou resultados estatisticamente significativos. A prevalência de ICSAP encontrada foi menor que em outras realidades locais e internacionais. Possivelmente porque Igrejinha possui elevada cobertura de APS, apesar de não termos avaliado diretamente a qualidade do cuidado prestado. Os resultados da pesquisa estão apresentados em formato de artigo científico com intenções de publicação na Revista Brasileira de Epidemiologia. Além disso, serão expostos à gestão municipal local e seus setores relacionados, além de ser divulgado para o Conselho Municipal de Saúde, no intuito de influenciar as políticas públicas em saúde locais vindouras. É importante considerar a capacidade de generalização deste estudo, se comparando com municípios com hospitais de médio porte. Foi sugerido ao município, um protocolo para manejo de Insuficiência Cardíaca, grupo de agravo mais prevalente como causa de ICSAP.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Efetividade; Hospitalização.

ABSTRACT

The Primary Health Care System has the mission of meeting the health needs of a population, within its competence, in an effective and timely manner. For this purpose, it develops plans for disease prevention, diagnosis and early treatment of acute pathology, control and follow-up of chronic conditions, with a resulting decline in hospital admissions for these types of problems. Knowing the prevalence of hospital admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) is of great importance in order to evaluate the effectiveness of the health services offered to a particular city or region. The present study aimed to evaluate the prevalence of admissions for ACSC in the city of Igrejinha/RS during the period of January to December of 2017. A quantitative, observational, cross-sectional study was done with secondary data, regarding hospital admissions by residents of Igrejinha/RS, through the Unified Health System (SUS), at the local hospital, during the reference period. An initial descriptive analysis was done, showing the socioeconomic and demographic profile of all of the individuals admitted to the hospital, as well as those whose reason for hospital admission was ACSC. The population was composed of 1689 individuals. The prevalence of admissions for ACSC was 9.8%. The principle causes were: cardiac insufficiency (31.9%), infection of the skin and subcutaneous tissue (16.9%) and hypertension (11.4%). In the aftermath, bivariate analyses were done on the outcome (admissions for ACSC) and the dependent variables (socioeconomics, demographics and point of care in the primary care). This analysis demonstrated that the categories “older than 60 years” was positively associated with admissions for ACSC. Gender, race, marital status, reason for hospital discharge and neighborhood showed no statistical significance. Finally, the adjusted analysis utilized Logistic Poisson Regression as a hierarchical model. In this analysis, only age group showed results that were statistically significant. The prevalence of admissions for ACSC found was less than other local and international areas. Possibly because Igrejinha possesses a high level of coverage under the primary health care system, even though the quality of care given has not been directly evaluated. The research results are presented in a scientific article format with the intention of publishing in the Brazilian Journal of Epidemiology. In addition to this, it will be presented to the local city management and its related sectors, in addition to being disclosed to the Municipal Health Council, in order to influence future public health policies. It is important to consider the generalization capacity of this study, when compared to other cities with medium-sized hospitals. A protocol was suggested to the city for management of Heart Failure, the disease group most prevalent in causing admissions for ACSC.

KEYWORDS: Primary Health Care System; Access and Evaluation of Health Care; Effectiveness; Hospitalization.

SUMÁRIO

I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
Caracterização do sistema de atenção à saúde vigente no Brasil	12
A resolutividade da APS e os fatores relacionados	16
Redes de Atenção à Saúde	18
II ARTIGO CIENTÍFICO	20
RESUMO.....	22
ABSTRACT.....	23
INTRODUÇÃO.....	24
METODOLOGIA.....	25
Delineamento.....	25
Cenário de Estudo	25
Estrutura de saúde	26
Hospital Bom Pastor.....	26
Coleta de dados.....	26
Aspectos éticos	28
RESULTADOS.....	29
DISCUSSÃO	31
CONCLUSÃO	35
III RELATÓRIO TÉCNICO.....	46
APÊNDICE 01.....	48
ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO NO CEP / UFCSPA	61
ANEXO 2 – NORMAS PARA OS AUTORES: REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA	64
REFERÊNCIAS.....	68

APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado, conforme previsto no regimento do Programa de Pós Graduação (Mestrado Profissional) Saúde da Família, da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, é apresentada em três partes, conforme segue:

I – Fundamentação teórica ao tema abordado na pesquisa.

II – Artigo científico: intitulado “Prevalência de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no município de Igrejinha/RS”, que será submetido para a Revista Brasileira de Epidemiologia, mediante aprovação da banca e incorporação das sugestões.

III – Relatório técnico do produto final do mestrado: proposta de intervenção sugerida mediante a problemática identificada com os resultados da pesquisa.

I FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Caracterização do sistema de atenção à saúde vigente no Brasil

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, aprovado pela Constituição Federal de 1988, foi consequência de uma série de debates mundiais sobre a maneira de gerir um sistema de saúde, valorizando sobretudo a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de atenção à saúde de uma população. A definição consensual de APS, confirmado pela Assembleia Mundial de Saúde em 1979, é:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial de Saúde) (STARFIELD, 2004)

Desde a sua criação, o SUS tem experimentado importantes e progressivas mudanças em sua estrutura (Gusso 2012; Macinko 2010; Dourado 2011). A primeira grande mudança na estrutura da saúde brasileira ocorreu em 1994, com a adoção do Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa propunha, em todo o país, uma reorientação no modelo assistencial, agora voltado à APS, com melhorias na qualidade e ampliação do acesso da população à atenção primária, além do funcionamento do sistema em rede. O PSF estava pautado em princípios que abordam o contexto familiar e comunitário, com território e população previamente definidos, com trabalho em equipe multiprofissional e

interdisciplinar, orientados à corresponsabilização, resolutividade e participação popular. (Deininger 2015; Alfradique 2009; Fernandes 2009)

Pela boa repercussão do PSF entre os gestores, usuários e profissionais da ponta, o PSF foi transformado na estratégia de gestão do SUS adotada desde 2006, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Ela objetiva priorizar ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Ainda reitera a necessidade de uma atenção à saúde menos hospitalocêntrica, com a APS sendo a principal porta de entrada no sistema e o centro ordenador das redes de atenção à saúde, com gestão municipal. (Deininger 2015; Alfradique 2009)

A APS tem a missão de atender às necessidades de saúde de uma população, através de ações de sua competência, de forma eficaz e oportuna (Deininger LSC, 2015). Para tanto, desenvolve atividades de prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e seguimento de condições crônicas, com conseqüente redução de internações hospitalares por esses tipos de problemas (Alfradique 2009; Mendonça 2017).

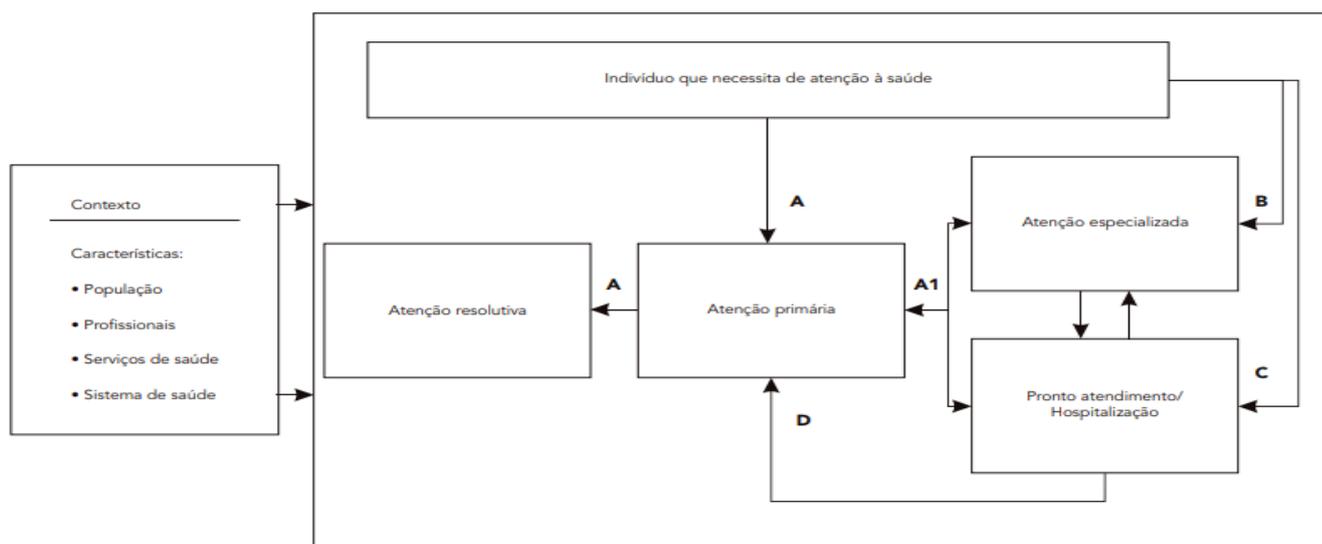
Entretanto, existem situações em que as condições sensíveis a esse nível de atenção não são completamente sanadas. Nessas situações, pode-se dizer que houve uma falha no atendimento à população e as pessoas precisam ser encaminhadas para outro nível de atenção – secundário ou terciário (Deininger 2015). De acordo com Starfield, as equipes de ESF, em sua estrutura atual, são capazes de responder a, pelo menos, 80% das demandas da população, sendo esse um número razoável de resolutividade (Starfield 2004; Rezende 2010).

A resolutividade está pautada na avaliação dos impactos reais ou potenciais das ações, preventivas e promotoras de saúde, planejadas e promovidas pelos serviços. São inúmeras as possíveis dificuldades estruturais e organizacionais que conduzem a um menor impacto positivo aos usuários, tais como: baixa qualificação técnica dos profissionais, alta rotatividade de profissionais, infraestrutura precária, equipamentos inadequados, obstáculos

na regulação de encaminhamentos para outros níveis de atenção, inexistência de contra referências, suprimentos disponíveis de forma irregular (burocracia para aquisição, modelo centrado na medicalização), financiamento insuficiente, excesso de demanda espontânea (falhas na organização do sistema e na expansão do acesso) (STARFIELD 2004; Rezende 2010; Cavalcanti 2009; Gouveia 2009; Elias 2008; Oliveira 2009; BORGES 2010).

A figura 01, adiante, ilustra os possíveis fluxos de pacientes em determinado sistema de saúde, evidenciando desde a procura pela atenção à saúde até o seu desfecho, com diferentes poderes de resolutividade em cada fluxo. Essa ilustração permite a visualização dos diversos atores e níveis assistenciais que interferem no processo de atenção à saúde. (Caminal-Homar 2003)

Figura 01: Possíveis fluxos assistenciais a um indivíduo que demanda por atenção à saúde



Fonte adaptada: Alfradique *et al*, 2009; Carminal Homar & Casanova Matutano, 2003.

O fluxo preferencial, com intenções de ampliar a efetividade do sistema, está destacado como A, na figura, com a pessoa levando sua demanda à APS e tendo uma resposta satisfatória, resolutiva. Os fluxos identificados como A1 são situações em que o usuário apresenta uma condição mais grave ou que demande de uma atenção com maior densidade

tecnológica, sendo necessário que o paciente busque alternativas em outros níveis de atenção; é importante perceber o contra fluxo da seta, indicando que o paciente deve sempre retornar à APS para continuidade do cuidado. B e C são situações em que, por algum motivo, a APS não está funcionando como porta de entrada no sistema, pois o paciente busca diretamente outros serviços para abordagem de suas queixas. O fluxo D mostra o paciente que foi referenciado para a atenção primária, onde deve ser dado seguimento das suas condições, após atendimento em pronto atendimento/hospitalização (Alfradique 2009; Caminal-Homar 2003).

Nesse contexto, onde a premissa é que todo paciente tenha suas necessidades atendidas no nível de atenção à saúde competente, a utilização de processos avaliativos contribui para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada para ampliar a resolubilidade do sistema (Macinko 2010; Fernandes 2009).

A avaliação dos serviços de saúde tem sido amplamente estudada e abordada na literatura internacional recente, sob diferentes abordagens metodológicas. (Fernandes 2009; Almeida 2008). Pode se desenvolver conforme a proposição clássica de Donabedian (1988), com emissão de juízo de valor sobre as estruturas físicas e ações programáticas ou variedades de atendimento às demandas e necessidades dos usuários (Bossi 2007).

Um dos desafios nessa avaliação de serviços de saúde é apontar os impactos positivos resultantes das estratégias de gestão atuais, como a ESF, na rede de atenção à saúde como um todo. Como já abordado, as ICSAP constituem importante marcador para análise da qualidade do serviço prestado pela APS (Alfradique 2009; Fernandes 2009; Caminal-Homar 2003; Almeida 2008; SOUSA 2016).

Considerando o exposto acima, reconhece-se a importância uma APS acessível e resolutive para uma rede de atenção funcionante, com menor taxa de condições evitáveis gerando internações hospitalares (Caminal-Homar 2003; Caminal 2004; Ceccon 2014;

Sundmacher 2015; Shi 2017; Tanenbaum 2018). Além da área onde mora, alguns outros fatores socioeconômicos (idade, cor de pele, estilo de vida) ainda são importantes na avaliação de motivo de internação por CSAP (Mendonça 2017; Rezende 2010; Caminal-Homar 2003; Billings 1993; PAIVA 2018). Prevenção de agravos é menos onerosos do que internações para um sistema de saúde como um todo, sugerindo que as decisões de gestão devem ser prioritariamente pautadas em investimentos na APS (Rezende 2010; Shi 2017).

A resolutividade da APS e os fatores relacionados

A APS refere-se a um modelo de organização dos serviços de saúde que visa à solução das questões de saúde mais frequentes e menos especializadas, principalmente a partir de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Enquanto agente coordenador das redes assistenciais, precisa identificar as necessidades de saúde individuais e coletivas, com o importante papel de porta de entrada no complexo sistema de atenção à saúde. Um importante ponto da gestão da APS é a participação da população assistida nas decisões coletivas, de forma que ocorra troca de saberes entre os profissionais e a comunidade, considerando a integralidade das tecnologias a ser utilizadas no cuidado e atenção (Aguiar 2012; Oliveira 2016; Penso 2017).

Está pautada em um conjunto de atributos estruturantes indissociáveis, explicitados em seguida, com breve detalhamento conceitual.

➤ Atributos essenciais:

- Atenção de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: reflexo da demanda / necessidade de atenção pela pessoa com reconhecimento da questão como um problema (real ou potencial) pelo profissional que atende a pessoa; requer que exista a real possibilidade (incorporada pelo paciente) de

acolhimento de suas queixas para que se dê o processo de utilização do serviço.

- Longitudinalidade: pressupõe regularidade na atenção destinada a uma pessoa ou um grupo delas; os usuários precisam entender a função da equipe como fonte regular de cuidado.
- Integralidade: envolve reconhecimento adequado de problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais, na avaliação de uma pessoa como um ser inteiro e singular, não limitado à parte de um corpo; a cada problema serão destinados os equipamentos sociais importantes para a resolução da situação, disponíveis na rede, dentro ou fora do local de atendimento.
- Coordenação da atenção: importante pela necessidade de seguimento de todas as condições avaliadas; requer registro preciso, adequado e oportuno em prontuários, a fim de evitar problemas com memória. (STARFIELD, 2004)

➤ Atributos derivados (qualificadores):

- Orientação familiar: importante como suporte à proposta terapêutica e deve também ser corresponsabilizada pela atenção destinada a uma pessoa ou grupo delas.
- Orientação comunitária: considerar o papel social da pessoa no meio comunitário e certificar-se de que todas as opções de suporte comunitário sejam aproveitadas.
- Competência cultural: tem relação com gostos e preferências da pessoa ou de um grupo delas. (STARFIELD, 2004)

Considerando o proposto, o Acesso é uma das características da APS fundamentais para um melhor poder de resolutividade do sistema de saúde. Billings e cols. (1993) sugerem que dificuldade de acesso a cuidados ambulatoriais constitui importante fator predisponente a internações por CSAP. Muitas podem ser as possíveis barreiras existentes no acesso de pessoas à APS e, conseqüentemente, à rede de atenção: disponibilidade (conseguir avaliação de uma condição quando necessário), acessibilidade (fácil acesso físico; tem suas queixas acolhidas em momento conveniente e oportuno), comodidade (fatores facilitadores para agilidade no atendimento) e aceitabilidade (relaciona-se à satisfação percebida pela pessoa atendida). (STARFIELD 2004)

A avaliação e monitoramento da APS e suas interferências no sistema de saúde como um todo são imperativos para a busca incessante por uma atenção com melhor qualidade nos serviços. Ainda hoje, esses processos avaliativos são um desafio e precisam ter seu resultado bem interpretado. (Penso 2017) A análise da prevalência das internações por CSAP, como método avaliativo da APS, pode ser direcionada pela lista publicada na Portaria MS/SAS nº 221. (Caminal 2004)

Redes de Atenção à Saúde

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (Ministério da Saúde 2010).

Com o objetivo premente de ter sempre um sistema de saúde resolutivo, esse conceito está relacionado com o melhor aproveitamento dos equipamentos de saúde disponíveis para o cuidado da população, nos níveis individual e coletivo. Os serviços precisam também estar interligados, além de disponíveis, o que aponta para uma maior eficácia na produção de

saúde. Vale salientar que os espaços são dinâmicos, com necessidades de ajustes frequentes, de acordo com ofertas de serviços e profissionais com suas especificidades. Essa abordagem complexa contribui veementemente para o fortalecimento do SUS nas localidades (Ministério da Saúde 2010).

A concepção de sistema de saúde em rede remonta a década de 1920, na Inglaterra com o Relatório Dawson (1920). Até então, inexistia o conceito de territorialização. Esse foi o ponto primordial na formulação de alguns conceitos importantes, como níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária. É realmente incrível como um relatório já trazia tantas discussões centrais referentes à organização dos sistemas há quase um século. Ele ainda preconizava a flexibilidade e a necessidade de adequação das políticas às necessidades específicas de cada localidade (Kuschnir & Chorny 2010).

A organização dos sistemas em redes deve ser sempre concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população (Kuschnir & Chorny 2010). Atuar em saúde de forma fragmentada é aceitar as lacunas assistenciais como inerentes ao sistema, com baixa eficiência no emprego dos recursos (Ministério da Saúde 2010).

II ARTIGO CIENTÍFICO

ARTIGO: Prevalência de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no município de Igrejinha/RS

Prevalence of Hospital Admissions for Ambulatory Care Sensitive Conditions in the City of Igrejinha/Rio Grande do Sul

Artigo a ser submetido para a Revista Brasileira de Epidemiologia

Greg de Sá Silva¹

Gisele Alsina Nader Bastos²

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre/RS, Brasil. Prefeitura Municipal de Igrejinha/RS, Brasil. Prefeitura Municipal de Três Coroas/RS, Brasil. Endereço: Rua João Correa, 645 – Apto 61, Centro – Igrejinha/RS, Brasil, CEP 95.650-000. E-mail: gregsa000@hotmail.com.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre/RS, Brasil.

Os autores declaram ausência de conflitos de interesses

O estudo não contou com recursos institucionais ou privados para financiamento

O projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 89676418.6.0000.5345, com Parecer Consubstanciado emitido em 13.07.18.

Colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito:

Greg de Sá Silva – participou no desenho do estudo, coleta e análise dos dados e redigiu o artigo científico.

Gisele Alsina Nader Bastos – participou no desenho do estudo e supervisão de todas as fases do estudo, além da revisão final do artigo.

RESUMO

INTRODUÇÃO Uma das bases dos sistemas centrados na APS, como o SUS, é a prevenção de agravos, tornando recorrente a discussão sobre evitabilidade nos diferentes cenários. O presente estudo objetiva avaliar a prevalência de ICSAP em Igrejinha/RS, além de identificar as internações por zonas do município. **METODOLOGIA** Estudo quantitativo, observacional, transversal, com dados secundários, relativos às internações de moradores do município, pelo SUS, no hospital local, em 2017. **RESULTADOS** A população foi composta por 1689 indivíduos. As ICSAP representaram 9,8% do total de internações. As principais causas foram: insuficiência cardíaca (31,9%), infecção da pele e tecido subcutâneo (16,9%) e hipertensão (11,4%). A análise estatística demonstrou que indivíduos maiores de 60 anos de idade têm maiores chances de internar por CSAP. Apesar de não ter significância estatística, após análise ajustada, foram identificadas diferenças nas prevalências de internação por bairros. **DISCUSSÃO** A prevalência de ICSAP encontrada foi menor que em outras realidades locais e internacionais, possivelmente porque Igrejinha possui elevada cobertura de APS. **CONCLUSÃO** Por meio da análise do indicador ICSAP, que avalia efetividade da APS e a qualidade da assistência local à saúde, a gestão municipal da saúde pode utilizar os resultados desta pesquisa para definir estratégias com intuito de promover melhorias ainda maiores sobre os cuidados prestados.

PALAVRAS CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Efetividade; Hospitalização.

ABSTRACT

INTRODUCTION One of the fundamentals of a PHC centered system, such as the Unified Health System (SUS), is the prevention of disease, becoming a recurrent discussion about avoidability in different scenarios. The present study aims to evaluate the prevalence of admissions for ACSC in Igrejinha / RS, besides identifying hospitalizations by regions of the city. **METHODOLOGY** Quantitative, observational, cross-sectional study with secondary data, related to hospital admissions of residents of Igrejinha/RS, by the SUS, at the local hospital, in 2017. **RESULTS** The population was composed of 1689 individuals. The proportion of admissions for ACSC was 9.8%. The principle reasons were: cardiac insufficiency (31.9%), infection of the skin and subcutaneous tissue (16.9%) and hypertension (11.4%). Statistical analysis demonstrated that individuals older than 60 years of age are more likely to intern for ACSC. Although not statistically significant, after adjusted analysis, differences in the prevalence of hospitalization by neighborhoods were identified. **DISCUSSION** The proportion of ICSAP found was less than in other local and international areas. Possibly because Igrejinha possesses a high level of coverage under the PHC. **CONCLUSION** Through an analysis of the admissions for ACSC indicator, which evaluates the effectiveness of PHC and the quality of local health care, municipal health management can use the results of this research to define strategies to promote even greater improvements in care.

KEYWORDS: Primary Health Care System; Access and Evaluation of Health Care; Effectiveness; Hospitalization.

INTRODUÇÃO

Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser definida como um conjunto de práticas integrais à saúde, que visam o cuidado de pessoas, tanto em nível individual quanto coletivo¹. Nas últimas décadas, o debate sobre a importância da APS como ordenador dos sistemas vem ganhando cada vez mais destaque, embora já se discuta a temática desde o início do século XX, em alguns países^{2,3,4,5}.

Uma das bases dos sistemas centrados na APS é a prevenção de agravos, tornando recorrente a discussão sobre evitabilidade na literatura sobre a saúde pública brasileira e mundial. A meta idealizada sempre será voltada para uma população saudável, sem a necessidade de utilização dos equipamentos de atenção à saúde disponíveis^{8,9,10,11}.

Com o intuito de quantificar a utilização dos serviços por condições evitáveis, a pesquisa mundial se voltou para o conceito de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAP)^{9, 12, 13, 14, 15, 16}. Esse indicador identifica os agravos à saúde das pessoas que tendem a ser evitados com uma adequada e oportuna atenção do nível primário de saúde, enquanto estrutura coordenadora dos cuidados oferecidos à população. Pessoas que vêm a adoecer por essas condições e ainda têm a necessidade de internação hospitalar, sob um risco maior de gravidade, compõe o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP)^{8, 17, 18, 19, 20}.

No contexto brasileiro, em 2008, foi publicada a Portaria MS/SAS nº 221, com a lista das doenças consideradas CSAP, estabelecendo que ela fosse utilizada como instrumento para avaliação da atenção primária e do sistema de saúde como um todo. Essa lista é composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10^{8, 11, 21, 22, 15, 23}.

Altas taxas de ICSAP sugerem possíveis falhas na rede de atenção primária à saúde^{8, 17, 18, 19}. Mensura, portanto, de forma indireta, a avaliação da atenção primária e a eficiência

no uso dos recursos disponíveis à saúde ²⁵. Os resultados de estudos com esse indicador fortalecem o gestor na tomada de decisões, inclusive sobre a alocação de recursos financeiros 21, 20, 11, 24.

Sendo assim, considerando a necessidade de avaliação sistemática dos resultados alcançados pela APS, como parte do processo de planejamento e intervenções, o presente estudo visa identificar a prevalência de internações por CSAP em Igrejinha/RS. Por ter sido conduzido em um município com elevada cobertura populacional da APS, com território todo mapeado, permitiu identificar discrepâncias nas prevalências de ICSAP por zonas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal, onde foram levantados os dados relativos às internações pelo SUS ocorridas no Hospital Bom Pastor, no município de Igrejinha/RS no período de janeiro a dezembro do ano de 2017.

Cenário de Estudo

Igrejinha, município gaúcho localizado no vale do Paranhana, mesorregião metropolitana de Porto Alegre, e na microrregião de Gramado-Canela, localizada a 90 km da capital do Estado. Com 36.450 habitantes, de acordo com estimativa do IBGE para 2018, o município tem sua economia baseada na produção industrial, principalmente de calçados e confecções em couro e bebidas, além de atividades comerciais. Apenas pequena monta da economia é composta por atividades agrícolas, principalmente na zona rural do município.

Estrutura de saúde

À época do estudo, em 2017, Igrejinha possuía uma APS composta por treze unidades de saúde, sendo oito delas ESF; a cobertura populacional pela atenção básica ficava em torno de 90%. Nessas unidades, existia um total de dezenove médicos responsáveis pelo atendimento. Todas as equipes estavam completas. Como suporte à APS, atendiam nas unidades dois médicos psiquiatras, dois ginecologistas, três pediatras, um dermatologista, dois psicólogos e um nutricionista, fazendo atendimentos individuais nos postos de saúde, de forma itinerante.

Hospital Bom Pastor

Fundado no ano de 1974, o único hospital do município atendia a população vinculada ao SUS, planos de saúde e atendimentos e internações hospitalares particulares. O HBP era, em 2017, um hospital de médio porte, com 67 leitos de internação (clínica, pediátrica, cirúrgica e de saúde mental), serviço de urgência e emergência 24h com sete leitos de observação adultos e cinco pediátricos. Ainda dentro da estrutura física hospitalar, exames complementares, de imagem e de laboratório, eram disponibilizados. As internações SUS, cerca de 80% do total das internações, são disponibilizadas, de maneira geral, aos munícipes locais. Existe uma pactuação com o governo do Estado para internar 1380 pacientes por ano, pelo SUS na Clínica Médica ²⁶.

Coleta de dados

O motivo de internação e as variáveis independentes (sexo, idade, cor de pele, tempo médio de permanência, desfecho e UBS de vínculo) foram coletadas a partir de sistemas de informação do Hospital Bom Pastor e da APS. Em desfecho, está descrita a categoria “outro tipo de alta”, além de “alta melhorado” e “óbito”, para identificar alta administrativa, por

evasão ou por transferência para outro hospital. Em UBS de vínculo, a categoria “outros” está relacionada às unidades de saúde mais distantes do centro da cidade, em áreas rurais do município, com cobertura populacional bem menor que as demais UBS. O desfecho em estudo, ICSAPS, foi definido a partir da Lista Brasileira apresentada por Afradique e cols¹¹. Não estão inseridas na análise informações sobre pessoas que foram internadas em outros hospitais.

O sistema informatizado do hospital (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar – SIGH) processa os dados demográficos e detalhes sobre o período em que o paciente ficou sob cuidados da equipe assistencial, além do desfecho da internação. Entretanto, o relatório com os códigos das doenças só está disponível no sistema utilizado pelo faturamento. A fim de possibilitar a análise dos dados contidos nos dois sistemas de informações duas tabelas independentes foram geradas e, em seguida, linkadas. Algumas informações, não disponíveis nos dados da internação, foram coletadas nos prontuários eletrônicos utilizados na APS, com o programa G-MUS. Diante da necessidade de combinar diferentes bancos de dados, os pacientes tiveram que ser identificados, mas o manejo das informações envolveu dados de saúde de base não nominal, utilizando o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS), não incorrendo, portanto, em riscos consideráveis à população estudada, além de minimizar possíveis vieses ao estudo.

Foram excluídos da avaliação para esta pesquisa: pacientes internados por convênio ou particular; pacientes residentes em outro município; internações por parto, pois representam um desfecho natural da gestação, afetando apenas uma parte da população feminina, além de não representar uma patologia; internações identificadas, mas que não foram faturadas; internações faturadas, mas que não constavam na lista de pacientes internados no período.

Para controle de qualidade dos dados, foram analisadas algumas informações (sexo, idade e cor de pele) de 168 prontuários eletrônicos (10% do total).

A análise das ICSAP envolveu o cálculo de algumas estimativas ²⁷:

- Prevalência das ICSAP: total de internações no SUS por ICSAP, dividido pelo total de internações de pacientes residentes em Igrejinha/RS em 2017, multiplicado por 100.
- Prevalência das internações de pacientes residentes por grupo de causas sensíveis à atenção primária: total de ICSAP por grupo de causa selecionada, dividido pelo total de ICSAP de pacientes residentes em Igrejinha/RS em 2017, multiplicado por 100.

Foi realizada a análise descritiva, sendo apresentadas as frequências absolutas (n) e percentuais (%) para as características em estudo. A associação entre tais características e a classificação da internação quanto a CSAP foi observada pelo teste Qui-Quadrado com e sem a correção de continuidade. Os resíduos ajustados foram inspecionados para especificar as associações observadas. Para estimar as razões de prevalências, utilizou-se regressão de Poisson com variância robusta. Essas estimativas foram mostradas de forma pontual e por intervalo de confiança 95%. Adotou-se 5% de significância. As análises foram realizadas utilizando o SPSS versão 18 ^{28,29}.

Aspectos éticos

Quanto aos aspectos éticos, o projeto do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com Parecer Consubstanciado emitido em 13.07.18, apenas quando teve início a coleta e análise com dados provenientes do hospital.

RESULTADOS

De um total de 2880 pacientes internados pelo SUS, no ano de 2017, no Hospital Bom Pastor, 1875 eram moradores do município de Igrejinha. Dessas, foram excluídas 186 internações: 181 pacientes que não foram faturados (não apresentavam a informação do CID) e outros cinco por não constarem na lista de internações. Dessa forma, a população do estudo a ser considerada (n) será composta por 1689 indivíduos. O coeficiente de internações no município de Igrejinha no período considerado foi de 46 internações por 100.000 habitantes.

A Tabela 01 traz a análise descritiva da amostra em estudo. A prevalência de internações por CSAP, dentre as internações no HBP foi de 9,8%. Dentre suas principais causas, foram identificadas as seguintes proporções nos grupos de agravos: insuficiência cardíaca (IC), com 31,9%, infecção da pele e tecido subcutâneo, com 16,9%, e hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 11,4%. Os três principais grupos de causas representaram 60,2% do total de ICSAP.

A maior parte da amostra foi constituída por indivíduos de sexo feminino (56,0%). Conforme foi observado, a média de idade foi de 43,2 (desvio-padrão [DP] = 25,7) anos, variando de 01 (um) dia a 98 anos, sendo mais prevalente a população idosa, com cerca de um terço da amostra (32%) com mais de 60 anos de idade. Quase metade dos indivíduos (49,7%) eram solteiros, seguida da categoria casado / com companheiro (39,7%). A cor de pele branca foi predominante (97,1%) em relação às demais.

A maioria dos pacientes (88,9%) recebeu alta melhorada, após tratamento hospitalar. A taxa de mortalidade hospitalar da amostra foi de 4,9%.

A Figura 01 evidencia as prevalências de internação por unidade saúde de vínculo. Analisando as internações por localidade, a unidade de saúde 01 foi a que contabilizou com mais registros de internações (15,4% da amostra) e a unidade 09, menos (7,3%).

A Tabela 02 é o resultado da análise bivariada (teste qui-quadrado), relacionando todas as características em estudo com a característica da internação (CSAP ou não CSAP). Houve associação estatisticamente significativa entre a faixa etária (p -valor $< 0,001$) e o estado civil (p -valor = 0,007) com a característica da internação.

Os resultados sugerem uma maior proporção de internação para 'não CSAPS' entre as faixas etárias de 20 a 39 e de 40 a 59 anos. Em contrapartida, a faixa etária de 60 anos ou mais está positivamente relacionada com internações por CSAPS, evidenciando proporções mais elevadas de internações por CSAPS quando 60 anos ou mais. Em se tratando do estado civil, a categoria viúvo mostrou-se positivamente associada à internação CSAPS.

A variável UBS de vínculo não teve significância estatística nesse teste estatístico, mas apresentou diferenças nos padrões de internações, e precisa ser discutida. Para sexo, raça e desfecho não houve diferenças estatisticamente significativas.

A análise univariável, ilustrada pela Tabela 03, apontou associação entre a faixa etária e o estado civil para com a característica da internação em estudo (internações por CSAP).

Diante disso, pode-se observar que as razões de prevalência foram inferiores para as faixas etárias distribuídas entre 10 a 19 (RP=0,4; 95% IC 0,2-0,9), 20 a 39 (RP=0,4; 95% IC 0,2-0,6) e 40 a 59 anos (RP=0,5; 95% IC 0,3-0,8) quando comparada com a faixa etária < 9 anos. Ou seja, pessoas entre 10 e 59 anos têm menor chance (em relação aos indivíduos menores de 09 anos) de, quando internarem, que o motivo dessa internação seja por CSAP.

Para o estado civil, a categoria casado / com companheiro (RP=0,5; 95% IC 0,3-0,8) e também a categoria solteiro (RP=0,4; 95% IC 0,3-0,8) mostraram razão de prevalência (RP) inferiores quando comparada com viúvo. Assim, essas categorias (casado/com companheiro e solteiro) também apresentam menor chance de internar por CSAP em relação aos viúvos.

Foram candidatas a compor o modelo multivariável, as variáveis faixa etária e estado civil. Por fim, a análise ajustada utilizou a Regressão Logística de Poisson com modelo

hierárquico. Nessa análise, apenas faixa etária apresentou resultados estatisticamente significativos, a categoria estado civil perdeu significância estatística, incorrendo na mesma análise univariada descrita na Tabela 3.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou as internações por condições sensíveis à atenção primária financiadas pelo sistema público de saúde no único hospital local de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foram analisadas conjuntamente diversas variáveis, a fim de ampliar o olhar sobre o objeto do estudo. Apesar de não absorver todas as dimensões de saúde, como qualquer outro indicador, analisar a prevalência de ICSAP é uma forma rápida e barata de se avaliar sistemas de saúde.

A análise empreendida permitiu identificar uma proporção de ICSAPs de 9,8%, menor que em outras localidades. A única variável que manteve significância estatística após análise ajustada foi idade, inferindo em indivíduos com mais de 60 anos tendo maiores chances de internações hospitalares por CSAP. Apesar de não ter obtido significância estatística, houve algumas diferenças nos padrões de internação (geral e por CSAP) em pessoas provenientes das diferentes áreas do município, que denotam alguma fragilidade na assistência de algumas equipes.

Algumas limitações foram identificadas na execução desta pesquisa. O estudo se deparou com um importante viés de aferição, pois, na definição dos motivos de internação, foram utilizados os CIDs indicados por profissionais administrativos, do faturamento, pois as AIHs não são completamente preenchidas na ocasião da internação pelo médico que a indicou.

Duas importantes variáveis para análise, indisponíveis nos bancos de dados utilizados, seriam renda e escolaridade dos indivíduos. O esperado é que frações de baixa renda e

escolaridade tendessem a ter menos oportunidades de cuidado em saúde e, conseqüentemente, maiores comorbidades clínicas ⁶⁴, o que favoreceria mais chances de internação por CSAP. Ressalte-se a dificuldade pesquisas baseadas em dados secundários, que, não sendo objeto direto da problemática, não têm registro rotineiro realizado ⁵². Relações entre essas variáveis e ICSAP foram identificadas, com significância estatística, em diversos estudos ^{56, 65, 66, 67, 64, 40, 68}.

Dentre os estudos encontrados, apenas Francisco Beltrão/PR apresentou prevalência semelhante (10,6% em 2014 ³⁰); todos os outros estudos identificados trazem resultados bem maiores, na faixa dos 20-30% ^{31, 32, 33, 30, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 25}. Uma das possíveis causas para essa baixa prevalência de ICSAP em Igrejinha pode ser atribuída ao fato do município possuir elevada cobertura de APS (cerca de 90%), apesar de não termos avaliado diretamente a qualidade do cuidado prestado.

Ressalte-se que provavelmente ocorram ICSAP de munícipes igrejinenses em outros hospitais da rede assistência regional e estadual, e que não puderam ser identificados, visto estarmos analisando apenas as informações provenientes do hospital local. Esse fator provavelmente também tenha contribuído para o resultado identificado.

Se tivessem sido incluídas internações por convênio ou particular o resultado da prevalência de ICSAP possivelmente seria ainda melhor, pois o acesso e o cuidado nessas redes assistenciais tendem a ser melhores ^{61, 62, 63}.

Dentre os principais motivos de ICSAP, identificamos correlação positiva, na literatura nacional e internacional, com IC (1o lugar) e HAS (3o lugar), dentro do grande grupo das doenças cardiovasculares (DCV) ^{32, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48}.

Esses dois agravos apresentam alta prevalência e potencial para grandes repercussões na qualidade de vida dos indivíduos acometidos; IC por ser uma das conseqüências mais graves do envelhecimento do sistema circulatório; HAS por ser um dos principais fatores

para o aumento da incidência de diversas patologias, inclusive a própria insuficiência cardíaca. O controle adequado de HAS e IC pode reduzir expressivamente as chances de complicações, em casos de doença já instalada, garantindo maior sobrevida com qualidade, consequentemente sem a necessidade de abordagem sob regime de internação hospitalar^{49, 50, 8, 51, 21}.

A segunda maior causa de ICSAP em Igrejinha foi infecção de pele e tecido subcutâneo. Esse resultado destoa dos principais achados da literatura.

O maior risco de internação em homens é normalmente atribuído a fatores sócio comportamentais. Outro fator que sugere maiores agravos ao homem é a baixa procura por serviços ambulatoriais de promoção e prevenção de saúde^{53, 54, 8, 32, 55}. Entretanto, em Igrejinha, um percentual maior de mulheres foi internada no período considerado.

Corroborando com a literatura nacional e internacional, encontramos maior prevalência de ICSAP entre idosos. O envelhecimento da população representa um desafio aos sistemas de saúde, considerando-se as especificidades das necessidades demandadas por esse estrato da população, que tende a apresentar mais comorbidades^{10, 18, 19, 8, 32, 55, 56}.

Foi identificada uma alta prevalência de mortalidade para o total de internações (4,9%), em comparação com outros hospitais. A prevalência de mortalidade é a medida mais tradicional, dentre os indicadores de desempenho. No Brasil, as últimas análises foram realizadas em 2011. Nessa ocasião, a Agência Nacional de Saúde Suplementar⁵⁷ e a Associação Nacional de Hospitais Privados⁵⁸ identificaram prevalências médias de mortalidade hospitalar, respectivamente, de 2,3% e 1,8%. Na realidade SUS, a época, os índices de mortalidade institucional variavam entre 3 e 4%⁵⁷. Baixo acesso a serviços de maior complexidade, inexistência de leitos suficientes de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) na regional de saúde e dificuldades para transferir um paciente através da regulação

entre hospitais (associado a uma inefetiva central estadual de leitos hospitalares) podem ser aventadas como possíveis causas dessa elevada mortalidade.

A unidade de saúde 01 foi responsável pelo maior coeficiente de internação total dentre as procedências dos pacientes analisadas. Alguns motivos podem ser aventados para este fato: os pacientes de algumas unidades sem sistema informatizado são vinculados à ela; é a área mais próxima do hospital, portanto é fácil recorrer à assistência hospitalar caso não haja possibilidade de atendimento na APS local. Por outro lado, os indivíduos vinculados às unidades 07, 08 e 09 apresentaram menores coeficientes de internação, possivelmente por apresentarem menores populações a serem assistidas pela equipe de cuidado. Considera-se ainda que áreas de limites com municípios vizinhos (identificados na tabela 01 como unidade 07 e Outros) podem internar em hospitais de Taquara, Três Coroas ou Parobé.

Apesar de a gestão municipal manter uma postura padrão ao lidar com as diversas equipes, podem-se perceber algumas diferenças estruturantes entre as diferentes equipes assistenciais, composta por pessoas diferentes, com distintas formações, pensamentos, influências e entusiasmos. Essa complexidade de relações é que vai realmente determinar a postura condutora da equipe de quais ações serão realizadas e estratégias implementadas.

A prevalência de ICSAP e os fatores aqui identificados com influência estatística determinaram indivíduos idosos (60 anos ou mais) com maiores chances de ter alguma CSAP como motivo de internação. Autores identificaram essa correlação em outros estudos^{59, 10, 18, 45, 60}.

Identificar esses detalhes sobre as pessoas aqui analisadas e discuti-los dentro e fora das equipes influenciará nas decisões que precisam ser tomadas diariamente. Determinará as atitudes na gestão de clínica em seus diversos níveis: individual, familiar, agrupamento social (religioso, social, laboral, desportivo, recreativo) e populacional.

CONCLUSÃO

Apesar de termos encontrado algumas deficiências no decorrer da pesquisa, esses e outros aspectos da qualidade dos dados não invalidam a importância e utilização das informações geradas, especialmente considerando o potencial decisivo de promover a melhoria da qualidade da informação futuramente prestada. Trazer à tona uma discussão sobre esses resultados demonstra uma administração pública, tanto na gestão hospitalar, quanto municipal, realmente preocupada com a produção e gestão das informações em saúde, objetivando uma atenção efetiva à saúde da população local.

É importante considerar ainda a capacidade de generalização deste estudo, se comparando com municípios com realidades semelhantes (população, número de leitos hospitalares por habitante).

A partir dos dados coletados, foi sugerido ao município um protocolo de IC, agravo que gerou maior percentual de internações evitáveis no hospital local. Com a finalidade de mensurar os resultados desta implantação, poder-se-ia analisar após determinado período (após um ano da apresentação do protocolo, por exemplo), para verificar se realmente essa proposta interventiva será suficiente para minimizar internações por este agrupamento de doenças.

Por fim, para estudos posteriores, recomendamos a análise dos custos com as internações, contrapondo com os gastos com a APS. O esperado é que os gastos sejam menores para implementação e manutenção de programas e ações preventivas.

REFERÊNCIAS

01. Starfield, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
02. Kringos D, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32: 686-94.
03. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
04. Webster C. The National Health Service: a political history. Oxford: Oxford University Press; 2002.
05. Dawson BE. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920. Londres: His Majesty's Stationery Office; 1920.
06. Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015 Nov; 31 (11): 2353-2366.
07. Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004.
08. Marques AP. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca; 2012.
09. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12 (1): 162-73.
10. Bindman A, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N *et al.* Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274: 305-311.
11. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública* 2009 Jun; 25 (6): 1337-1349.
12. Rezende VA. A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura. Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
13. 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* 2008 Dez; 11 (4): 633-647.
14. Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31: 61-5.

15. Santos VCF, Ruiz ENF, Roese A, Kalsing A, Gerhardt TE. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde 2013 Jun; 7 (2).
16. 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 Set; 14 (3): 246-51.
17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União 17 abr 2008.
18. Jackson G, Tobias M. Potentially avoidable hospitalisations in New Zealand, 1989-98. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2001.
19. Valenzuela Lópeza M, Moratab J, Jiménez M, Aurora Bueno Cavanillasc A. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. Atención Primaria 2007; 39: 525-534.
20. Deininger LSC, Silva CC, Lucena KDT, Pereira FJR, Lima Neto EA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line 2015 Jan; 9 (1): 228-36.
21. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED; 2012.
22. 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. Saúde Pública 2008 Ago; 24 (8): 1727-1742.
23. Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. Journal of Epidemiology Community Health 2003; 57: 17-22.
24. Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. Trab. educ. saúde 2010; 8 (1): 27-53.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação e Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde: Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>. Acesso em: 06 fev. 2018.
26. Hospital Bom Pastor de Igrejinha/RS. Institucional. Disponível em: <http://www.hospitalbompastor.com.br/index.php>. Acesso em 13 fev 2018.
27. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. Rev Esc Enferm USP 2013; 47 (4): 884-90.
28. Callegari-Jacques, Sidia M. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.
29. Siegel S, Castellan Junior NJ. Estatística Não paramétrica para Ciências do Comportamento. Artmed, 2006.

30. Perondi AR, Wilges AP, Roque MS, Cosmann CP, Costa LD. Internações por condições sensíveis a atenção primária em municípios de uma regional de saúde. *R. Saúde Públ* 2018 Dez; 1 (2): 110-117.
31. Guanais F, Gómez-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. Banco Interamericano de Desarrollo 2012.
32. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34 (4): 227–34.
33. Wong L, Rodrigues P, Ignez H, Berenstein C. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambu, MG.
34. Sousa NP, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos CE. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm* 2016 Jan-Fev; 69 (1): 118-25.
35. Maia LG, Silva LAD, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, Barbosa MA. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. *Rev Saude Publica* 2018.
36. McDermott S, Royer J, Mann JR, Armour BS. Factors associated with ambulatory care sensitive emergency department visits for South Carolina Medicaid members with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2018; 62 (3): 165-178.
37. Prior A, Vestergaard M, Davydow DS, Larsen KK, Ribe AR, Fenger-Grøn M. Perceived Stress, Multimorbidity, and Risk for Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions: A Population-based Cohort Study. *Medical Care* 2017; 55 (2): 131–139.
38. Mosallam RA, Guirguis WW, Hassan MH. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions at health insurance organization hospitals in Alexandria, Egypt. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(4): 394-405.
39. Lui CK, Wallace SP. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. *Prev Chronic Dis* 2011; 8 (5): 102.
40. Santamera AS, Vidal AF, Martín SR, Geli LGD, González AR. Hospitalization rates in infants aged less than 1 year in Madrid and their relationship with socioeconomic indicators and infant mortality. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (3): 220-6.
41. Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Strauch, ES, Silveira DS, Carret MLV, *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20 (2): 345-354.
42. Morimoto T; Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Cien Saude Colet* 2017; 22 (3): 891-900.
43. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2014 Jan-Mar; 23 (1): 45-56.

44. Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina: estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saude* 2016 Jan-Mar; 25 (1): 75-84.
45. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2014 Out; 48 (5): 817-26.
46. Jeremias MS. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em Lages (SC). Pelotas. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Pelotas; 2010.
47. Peixoto SV, Giatti L, Alfradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2004 Out-Dez; 13 (4): 239-46.
48. Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26 (2): 285-294.
49. Barreto ACP. Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira Hipertensão* 2001.
50. Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14 (2): 84-88.
51. Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* 2018; 111 (3): 436-539.
52. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.
53. Jinez L, Souza J, Pillon S. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009.
54. Pinheiro R, Viacava F, Travassos C, Brito AdS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002.
55. Dourado I, Oliveira V B, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa M F, Medina M G *et al.* Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care* 2011 Jun; 49 (6).
56. Oliveira A, Simões R, Andrade M. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008; Caxambu, MG.
57. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de mortalidade institucional. Brasil: Ministério da Saúde; 2012.
58. Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 4 ed. São Paulo: ANAHP, 2012.
59. Bós AJG; Kimura AY. Internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos com 80 anos ou mais em um hospital universitário do Rio Grande do Sul. *Rev. AMRIGS* 2015 abr-jun; 59 (2): 106-111.
60. Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB, Grden CRB. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2018 Ago; 21 (4): 439-446.

61. Veras, MO. Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais. Aparecida de Goiânia. Dissertação [Mestrado em Administração Pública] – Universidade Federal de Goiás; 2018.
62. Silva, MC. Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar: um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade. São Paulo Dissertação [Mestrado em Ciências, Tecnologia e Sociedade]. Universidade Federal de São Carlos; 2010.
63. Vale, JPS de S. O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar. Porto. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] – Faculdade de Medicina Universidade do Porto; 2015.
64. Chang CF, Pope RA. Potentially avoidable hospitalizations in Tennessee: analysis of prevalence disparities associated with gender, race, and insurance. *Public Health Rep* 2009; 124 (1): 127-37.
65. O'Neil SS, Lake T, Merrill A, Wilson A, Mann DA, Bartnyska LM. Racial disparities in hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Am J Prev Med* 2010; 38 (4): 381-8.
66. Disano J, Goulet J, Muhajarine N, Neudorf C, Harvey J. Social-economic status and rates of hospital admission for chronic disease in urban Canada. *Can Nurse* 2010; 106 (1): 24-9.
67. Agabiti N, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, *et al.* Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health* 2009; 11 (9): 457.
68. Shi L, Samuels ME, Pease M, Bailey WP, Corley EH. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *South Med J* 1999; 92 (10): 989-98.

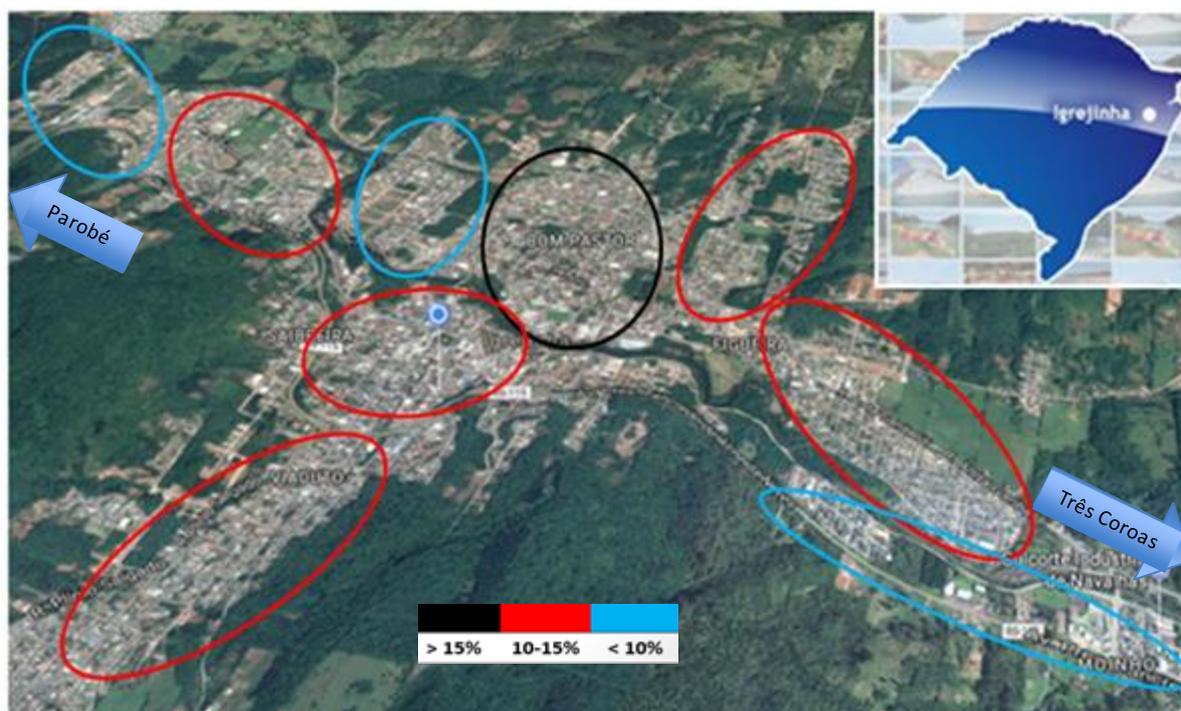


Figura 01: Mapa com prevalências de ICSAP, subdivididos por UBS de vínculo.

Fonte: Imagem produzida pelo autor.

Tabela 01: Descrição global da amostra de internações no HBP, pelo SUS, de pacientes residentes em Igrejinha/RS, no ano de 2017.

Características	n = 1689	%
<i>Sexo</i>		
FEMININO	945	56,0%
MASCULINO	744	44,0%
<i>Faixa etária (anos completos)</i>		
< 9	221	13,1%
10 A 19	158	9,3%
20 A 39	386	22,9%
40 A 59	384	22,7%
60 OU MAIS	540	32,0%
<i>Estado civil</i>		
CASADO/COM COMPANHEIRO	529	39,7%
DIVORCIADO/SEPARADO	38	2,9%
SOLTEIRO	662	49,7%
VIÚVO	102	7,7%
<i>Cor de pele</i>		
BRANCA	1640	97,1%
NÃO BRANCA	49	2,9%
<i>Desfecho</i>		
ALTA MELHORADA	1501	88,9%
ÓBITO	84	4,9%
OUTRO TIPO DE ALTA*	104	6,2%
<i>UBS de vínculo</i>		
UNIDADE 01	260	15,4%
UNIDADE 02	201	11,9%
UNIDADE 03	197	11,7%
UNIDADE 04	196	11,6%
UNIDADE 05	190	11,2%
UNIDADE 06	171	10,1%
UNIDADE 07	146	8,6%
UNIDADE 08	137	8,1%
UNIDADE 09	123	7,3%
OUTROS	68	4,1%
<i>CSAPS</i>		
NÃO	1523	90,2%
SIM	166	9,8%
<i>GRUPOS CSAPS (POR AGRUPAMENTO DE CID 10)</i>		
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA	53	31,9%
INFECÇÃO DA PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO	28	16,9%
HIPERTENSÃO	19	11,4%
ASMA	14	8,4%

DIABETES MELLITUS	12	7,2%
DOENÇAS EVITÁVEIS POR IMUNIZAÇÃO E OUTRAS DIP	06	3,6%
INFECCÕES DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA	06	3,6%
EPILEPSIAS	06	3,6%
INFECCÃO NO RIM E TRATO URINÁRIO	05	3,0%
PNEUMONIAS BACTERIANAS	04	2,4%
BRONQUITES	04	2,4%
ANGINA	04	2,4%
GASTROENTERITES INFECCIOSAS E COMPLICAÇÕES	02	1,2%
DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS	02	1,2%
DOENÇAS INFLAMATÓRIAS DA PELVE FEMININA	01	0,6%
ANEMIA	00	0,0%

Descrição das internações. Frequência absoluta (n) - número de internações, e frequência relativa percentual (%).

* Alta por evasão, alta por transferência, alta administrativa.

Tabela 02: Associação entre as características em estudo e classificação da internação (CSAP ou não CSAP) no HBP, pelo SUS, de pacientes residentes em Igrejinha/RS, no ano de 2017.

Características	Não CSAPS (n=1523)		CSAPS (n=166)		p-valor*
	N	%	N	%	
<i>Sexo</i>					
FEMININO	860	56,5%	85	51,2%	0,225#
MASCULINO	663	43,5%	81	48,8%	
<i>Faixa etária</i>					
< 9	192	12,6%	29	17,5%	<0,001
10 A 19	149	9,7%	9	5,4%	
20 A 39	368	24,2%	18	10,8%	
40 A 59	359	23,6%	25	15,1%	
60 OU MAIS	455	29,9%	85	51,2%	
<i>Estado civil</i>					
CASADO/COM COMPANHEIRO	479	39,9%	50	38,2%	0,007
DIVORCIADO/SEPARADO	35	2,8%	3	2,2%	
SOLTEIRO	604	50,3%	58	44,3%	
VIÚVO	82	6,8%	20	15,3%	
<i>Cor de pele</i>					
BRANCA	1480	97,2%	160	96,4%	0,739#
NÃO BRANCA	43	2,8%	6	3,6%	
<i>Desfecho</i>					
OUTRO TIPO DE ALTA	95	6,2%	9	5,4%	0,551
ALTA MELHORADA	1355	89,0%	146	88,0%	
ÓBITO	73	4,8%	11	6,6%	
<i>UBS de vínculo</i>					
UNIDADE 06	157	10,3%	14	8,4%	0,921
OUTROS	61	4,0%	7	4,2%	
UNIDADE 01	238	15,6%	22	13,3%	
UNIDADE 02	180	11,8%	21	12,7%	
UNIDADE 09	108	7,1%	15	9,0%	
UNIDADE 07	131	8,6%	15	9,0%	
UNIDADE 05	174	11,4%	16	9,6%	
UNIDADE 04	176	11,6%	20	12,0%	
UNIDADE 08	125	8,2%	12	7,3%	
UNIDADE 03	173	11,4%	24	14,5%	

* Associado à estatística de teste qui-quadrado

Associado à estatística de teste qui-quadrado com correção de continuidade

Tabela 03: Variáveis associadas a internações por CSAP no HBP, pelo SUS, de pacientes residentes em Igrejinha/RS, no ano de 2017 (n=1689)

Características	Modelo Univariável			Valor-p*
	RP	IC 95%		
<i>Sexo</i>				
MASCULINO	1,2	0,9	1,6	0,220
FEMININO	1,0			
<i>Faixa etária</i>				
60 OU MAIS	1,2	0,8	1,9	<0.001
40 A 59	0,5	0,3	0,8	
20 A 39	0,4	0,2	0,6	
10 A 19	0,4	0,2	0,9	
<9	1,0			
<i>Estado civil</i>				
CASADO/COM COMPANHEIRO	0,5	0,3	0,8	0,033
DIVORCIADO/SEPARADO	0,4	0,1	1,2	
SOLTEIRO	0,4	0,3	0,8	
VIÚVO	1,0			
<i>Cor de pele</i>				
NÃO BRANCA	1,3	0,5	2,6	0,598
BRANCA	1,0	.	.	
<i>Desfecho</i>				
ÓBITO	1,5	0,6	3,8	0,609
ALTA MELHORADA	1,1	0,6	2,4	
OUTRO TIPO DE ALTA				
<i>UBS de vínculo</i>				
UNIDADE 03	1,5	0,8	3,0	0,946
UNIDADE 08	1,1	0,5	2,3	
UNIDADE 04	1,2	0,6	2,5	
UNIDADE 05	1,0	0,5	2,1	
UNIDADE 07	1,3	0,6	2,6	
UNIDADE 09	1,5	0,7	3,1	
OUTROS	1,3	0,7	2,6	
UNIDADE 02	1,0	0,5	2,1	
UNIDADE 01	1,3	0,5	3,0	
UNIDADE 06	1,0			

RP: razão de prevalência

IC: intervalo de confiança

* Associado à metodologia da regressão de Poisson com variância robusta

III

RELATÓRIO TÉCNICO

Os resultados aqui trazidos serão apresentados, nessa sequência temporal, à Secretaria de Saúde, à Gestão do Hospital e ao Conselho Municipal de Saúde. Em seguida, a proposta inicial de intervenção in loco, será a sensibilização dos médicos do hospital e da APS sobre a temática, fortalecendo inclusive, a necessidade de preenchimento correto e completo de fichas de notificação e Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Será ainda sugerido ao município, um protocolo para manejo de Insuficiência Cardíaca, grupo de agravo mais prevalente como causa de ICSAP (apêndice 01).

APÊNDICE 01

Protocolo de Insuficiência Cardíaca (IC)

(Fonte adaptadas: Protocolo de Insuficiência Cardíaca do Rio de Janeiro; Protocolo de Regulação Ambulatorial de Cardiologia Adulto do Telessaúde RS; Diretrizes ICC 2018 SBC).

– Epidemiologia

A insuficiência cardíaca (IC) pode ocorrer como consequência de qualquer doença que afete o coração, tendo uma prevalência bastante elevada na população. Encontra-se em progressão, devido ao envelhecimento da população e a um aumento da sobrevivência dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a doença arterial coronariana (DAC).

No Brasil, no ano de 2007 as doenças cardiovasculares (DCV) representaram a principal causa de mortalidade no país e a terceira causa de internação, sendo a IC a principal condição cardíaca que leva à internação, sendo responsável por 2,6% das internações do país nesse ano e por 6% dos óbitos. Mais de 2/3 das internações por IC ocorrem em pacientes acima de 60 anos.

No Hospital Bom Pastor, em Igrejinha/RS, no ano de 2017, IC foi responsável por 3,1% do total de internações. Além disso, foi a principal causa (31,9%) de internação dentre as condições consideradas sensíveis à Atenção Primária à Saúde naquele ano, ou seja, foi o mais prevalente motivo de internação evitável no município.

– Definição

A IC é uma síndrome clínica definida pela disfunção cardíaca que causa suprimento sanguíneo inadequado para as demandas metabólicas dos tecidos. Cerca de 60% dos casos de IC ocorrem por um déficit na contratilidade ventricular (disfunção sistólica) sendo a disfunção diastólica responsável pelos 40% restantes. A disfunção diastólica é definida como a IC em que o paciente apresenta função sistólica normal, ou seja, fração de ejeção ao ecocardiograma superior a 45%.

– Diagnóstico

Os sinais e sintomas isoladamente apresentam limitações de sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de IC. Os mais específicos são a presença de B3 e a ortopneia, sendo, porém, pouco sensíveis. Por isso a organização dos sinais e sintomas através de critérios maiores e menores (Framingham) melhora a acurácia do diagnóstico clínico.

Critérios maiores	Critérios menores
Dispneia paroxística noturna / Ortopneia	Edema de membros
Distensão de veias do pescoço (turgência jugular)	Tosse noturna
Estertores pulmonares	Dispneia de esforço
Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema agudo de pulmão	Derrame pleural
Galope de terceira bulha (B3)	Capacidade vital reduzida a 1/3 do normal
Pressão venosa aumentada (>16 mmHg)	Taquicardia (>120 bpm)
Refluxo hepatojugular	

Quadro 01: Critérios de Framingham para IC. (Para o diagnóstico de IC: no mínimo 01 critério maior e 02 critérios menores). **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

– Classificação:

Uma vez feito o diagnóstico de IC, devemos avaliar a classe funcional do paciente, baseada tradicionalmente nos sintomas segundo a Classificação da New York Heart Association- NYHA, que, apesar do grau de subjetividade, tem boa correlação com prognóstico e qualidade de vida.

Classe I - Ausência de sintomas (dispneia) durante atividades cotidianas. A limitação para esforços é semelhante à esperada para indivíduos normais
Classe II - Sintomas desencadeados por atividades cotidianas
Classe III - Sintomas desencadeados por atividades menos intensas que as cotidianas ou aos pequenos esforços
Classe IV - Sintomas em repouso

Quadro 02: Classificação da New York Heart Association- NYHA. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

– Acompanhamento:

Os principais objetivos diante de um paciente com IC são:

- Identificar etiologia;
- Identificar possíveis fatores precipitantes;
- Definir se disfunção sistólica ou diastólica predominante;
- Identificar pacientes que possam se beneficiar de terapêuticas específicas (ex: cirurgia, marca-passo).

Situação	Etiologia provável
Angina de peito, infarto prévio, fatores de risco para aterosclerose	Cardiopatia isquêmica
Área inativa (fibrose) em ECG ou disfunção segmentar (hipocinesia ou acinesia segmentar em ecocardiograma)	Cardiopatia isquêmica
Proveniente de área endêmica para doença de Chagas, familiares com doença de Chagas ou ECG com padrão de bloqueio de ramo direito + hemibloqueio anterior esquerdo.	Cardiopatia chagásica
Hipertrofia ventricular em ECG ou ecocardiograma com função sistólica preservada	Cardiopatia hipertensiva
Ingesta excessiva de álcool	Cardiopatia alcoólica
IC iniciada periparto (01 mês antes ou 05 meses após)	Cardiopatia periparto

Quadro 03: Dados de história, exame físico, eletrocardiograma e exames laboratoriais ajudam a definir o diagnóstico etiológico de IC. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Os principais fatores precipitantes de descompensação em um paciente com IC e que devem ser procurados são: infecção, interrupção do(s) medicamentos, ingesta hídrica ou salina excessiva, isquemia miocárdica, embolia pulmonar, insuficiência renal, anemia, crise hipertensiva, arritmias, abuso de álcool, drogas (anti-inflamatórios, bloqueadores de canal de cálcio).

Classe funcional (CF) I e II	Trimestral na Estratégia de Saúde da Família
Classe funcional (CF) III e IV	A critério da Equipe de Saúde, em acompanhamento com especialista

Quadro 04: Sugestão de periodicidade de consultas e nível de atenção. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Exames	Observações
Hemograma Completo Sódio, Potássio Creatinina, Glicemia	Deverão ser realizados na avaliação inicial e de acordo com a indicação médica e na dependência da condição clínica do paciente.
Eletrocardiograma	Na avaliação inicial e conforme critério clínico. Um ECG normal torna o diagnóstico de IC improvável e exclui em cerca de 90% a presença de disfunção sistólica Bloqueio de ramo esquerdo (BRE) e zona inativa anterior são indicativos de disfunção sistólica. Achados comuns no ECG de pacientes com IC: fibrilação atrial, sobrecarga de Átrio Esquerdo (AE) e/ou de Ventrículo Esquerdo (VE). Bloqueio de ramo direito (BRD) associado com hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE) sugere cardiopatia chagásica se paciente com história epidemiológica positiva.
RX de tórax	Na avaliação inicial e conforme critério clínico. A IC pode ocorrer sem cardiomegalia, principalmente naqueles com IC aguda ou naqueles com IC com função sistólica normal. São marcadores úteis de disfunção ventricular: cardiomegalia, sinais de congestão pulmonar (redistribuição vascular para ápices, edema intersticial e/ou alveolar, derrame pleural). Pode identificar presença de doença pulmonar, que pode ser responsável pelos sintomas,
Ecodopplercardiograma	Deve ser realizado em todo paciente com suspeita de IC sendo útil tanto na confirmação diagnóstica quanto na definição da etiologia. A presença de fração de ejeção superior a 45% em pacientes com IC define a IC diastólica. Atenção: não está indicado solicitar ecocardiografia para acompanhamento de paciente com insuficiência cardíaca controlada.

Quadro 05: Rotina mínima de exames. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Outros exames podem ser solicitados de acordo com a suspeita clínica do médico, como por exemplo: provas de função hepática, TSH, sorologia para Doença de Chagas.

O auxílio do especialista pode também ser importante naqueles pacientes em que a etiologia seja de difícil definição e nos quais pode justificar-se a realização de exames menos habituais como cateterismo, ressonância magnética, ecocardiograma de estresse, cintilografia miocárdica, estudo eletrofisiológico.

- Princípios gerais do tratamento

Abordagem da IC

Estágios	Condição	Conduta
A	Paciente de alto risco de desenvolver IC, ainda sem lesão estrutural.	Não é indicado rastreamento por ecocardiograma
B	Pacientes com doença estrutural, porém sem sintomas.	Se identificado através de ecocardiograma (ex: coronariopata) deve ser encaminhado de acordo com a linha de cuidado específica
C	Pacientes com doença estrutural e IC sintomática	Tratamento segundo a Linha de cuidado de Insuficiência Cardíaca
D	Pacientes refratários ao tratamento convencional	

Quadro 06: A prevenção e o tratamento da IC baseada nos estágios A-D

Fonte: Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Abordagem não farmacológica

Pacientes com IC devem ser encorajados a aderir a Mudanças de Estilo de Vida.

- Restrição hídrica – 1.000 a 1.500 ml nos pacientes com risco de hipervolemia.
- Prevenção de fatores agravantes:
 - Vacinação: A IC é condição de alto risco para infecções do trato respiratório podendo levar à descompensação. Sendo assim, preventivamente, os pacientes com IC devem receber vacina contra Influenza (anualmente) e Pneumococcus (a cada 05 anos; se IC grave, a cada 03 anos);
 - Evitar antiinflamatórios não esteroides (AINH): Os AINH clássicos (ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno) causam retenção hídrica e elevação da PA. Os inibidores da Cox-2, além desses efeitos, são pró-trombóticos. Se uso for imprescindível, necessidade de maior vigilância com peso, edema e função renal;
 - Redução da ingesta excessiva de álcool;
 - Interrupção do tabagismo;
 - Orientação para viagens: Indicar meia elástica de média compressão se viagem aérea maior que 4 horas de duração;
 - Outros cuidados:
 - ✓ Orientar intervenções comportamentais, com técnicas envolvendo meditação e relaxamento, programas de exercício físico têm sido recomendados para melhora clínica em pacientes estáveis após realização de teste de esforço;
 - ✓ Recomenda-se que durante o exercício seja mantida 60 a 85% da frequência máxima alcançada no teste de esforço, sob supervisão;

- ✓ Orientação sexual para pacientes com IC estável. Fármacos inibidores da fosfodiesterase (sildenafil) podem ser indicados em pacientes otimizados farmacologicamente e com disfunção erétil, sendo contraindicação absoluta o uso de nitrato.

Tratamento Farmacológico

Fármacos	Propriedades	Indicação
Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA)	Melhora sobrevida na IC	Deve ser iniciado em todos os pacientes com disfunção sistólica sintomática ou assintomática, exceto se contraindicações.
Betabloqueadores (Carvedilol, bisoprolol e succinato de metoprolol)	Melhora sobrevida na IC	IC classe funcional II-IV da NYHA com disfunção sistólica (+IECA) Paciente assintomático (estágio B) com disfunção sistólica após IAM (+IECA)
Diuréticos (tiazídicos e diuréticos de alça)	Não melhora sobrevida na IC, usados para diminuir sintomas congestivos.	Pacientes sintomáticos com sinais e sintomas de congestão
Diuréticos (espironolactona)	Não melhora sobrevida IC	Pacientes sintomáticos com disfunção sistólica, classe funcional III-IV, associado ao tratamento padrão.
Digoxina	Não melhora sobrevida IC, mas melhora sintomas e ajuda controlar frequência ventricular na fibrilação atrial.	IC com disfunção sistólica em ritmo sinusal ou fibrilação atrial (FA), sintomáticos com terapêutica otimizada; IC com disfunção sistólica e FA, assintomáticos, para controle da frequência.
Nitratos + hidralazina	Usados para melhora de sintomas, principalmente naqueles com contraindicação a IECA.	
Antagonistas de receptor da angiotensina II (Losartana)	Usado caso verdadeira intolerância aos IECA	Pacientes que apresentarem tosse seca após utilização de captopril ou enalapril, sem que haja outra causa definida.
Warfarina	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente.	Usado para anticoagulação se fibrilação atrial, trombo em VE ou embolia prévia.
Amiodarona	Não melhora sobrevida IC, não usado rotineiramente.	Avaliar uso no controle de arritmias

Quadro 07: Principais opções terapêuticas no tratamento da IC. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Fármaco	Posologia (mg) (min-máx)	Nº tomadas	Efeitos colaterais	Contraindicações
Captopril	6,25 – 150	3	Tosse, hipotensão arterial (suspender apenas se associada a sintomas ou piora de função renal), angioedema.	Potássio > 5,5 mEq/l, estenose bilateral de artérias renais, alergia prévia, hipotensão arterial sintomática, estenose aórtica grave
Enalapril	2,5 – 20	2	Cuidado se Creatinina >3,0 mg/dl	
Losartana	25 – 100	1	Tontura, reação de hipersensibilidade cutânea (raro) e efeitos teratogênicos.	
Carvedilol*	3,125 – 25	2	Hipotensão arterial sintomática; bradicardia importante; bloqueio atrioventricular (BAV).	FC < 50 bpm Intervalo PR em ECG > 0,28s BAV 2º ou 3º graus
Atenolol* ¹	25 – 200	2		
Espironolactona	12,5 – 50	1	Hiperpotassemia, ginecomastia dolorosa ou não. Monitorar semanalmente níveis de potássio no 1º mês de tratamento	Não recomendado se Creatinina > 2,5 mg/dl ou potássio > 5
Hidroclorotiazida	25 – 50	1	Hipocalemia, hipomagnesemia	Não fazer em pacientes com disfunção sistólica assintomáticos ou pacientes hipovolêmicos
Furosemida	40 -240	1 - 3	hiponatremia, hiperglicemia, hiperuricemia/gota, hipovolemia.	
Digoxina* ²	0,125 ou 0,25	1	Sinais de intoxicação digitálica: gastrointestinal (anorexia, náuseas e vômitos), neurológicos (confusão mental, xantopsia), cardiovascular (BAVs, ESV polimórficas frequentes). Aumentam nível sérico de digoxina: amiodarona, quinolonas, diltiazem, verapamil, quinidina.	Não indicado se FE > 45% e ritmo sinusal; BAV 2º grau ou BAV 3º, doença do nodo sinusal sem proteção de marca-passo e síndrome de pré-excitação.

Quadro 08: Medicamentos utilizados no tratamento da IC. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

* ajuste a cada 7-14 dias: 6,25 – 12,5 – 25

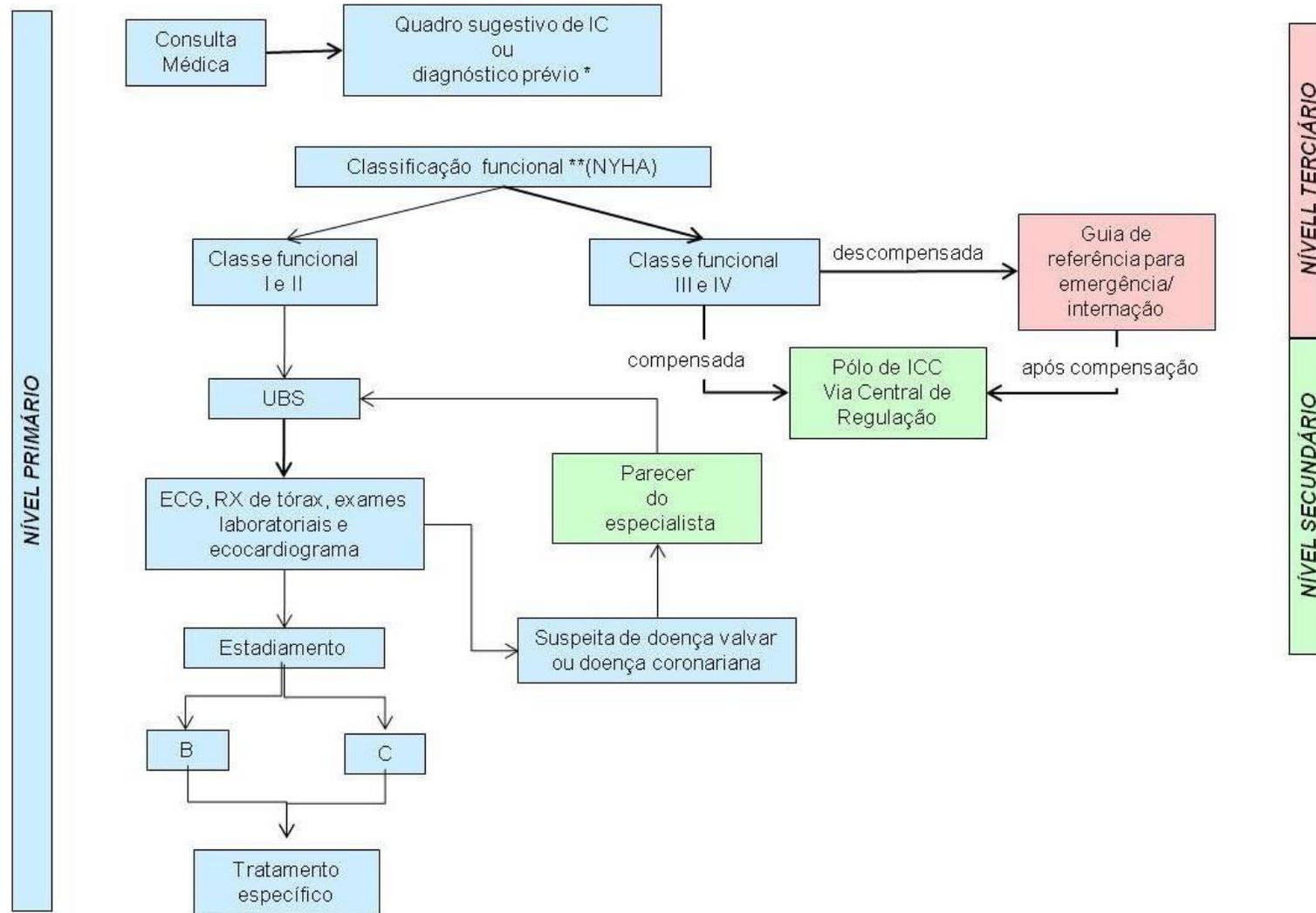
*¹ ajuste a cada 7-14 dias: 25 – 50 – 75 – 100 – 125 – 150 - 200

*² se idoso, insuficiência renal ou baixo peso, pode ser 0,125 mg em dias alternados

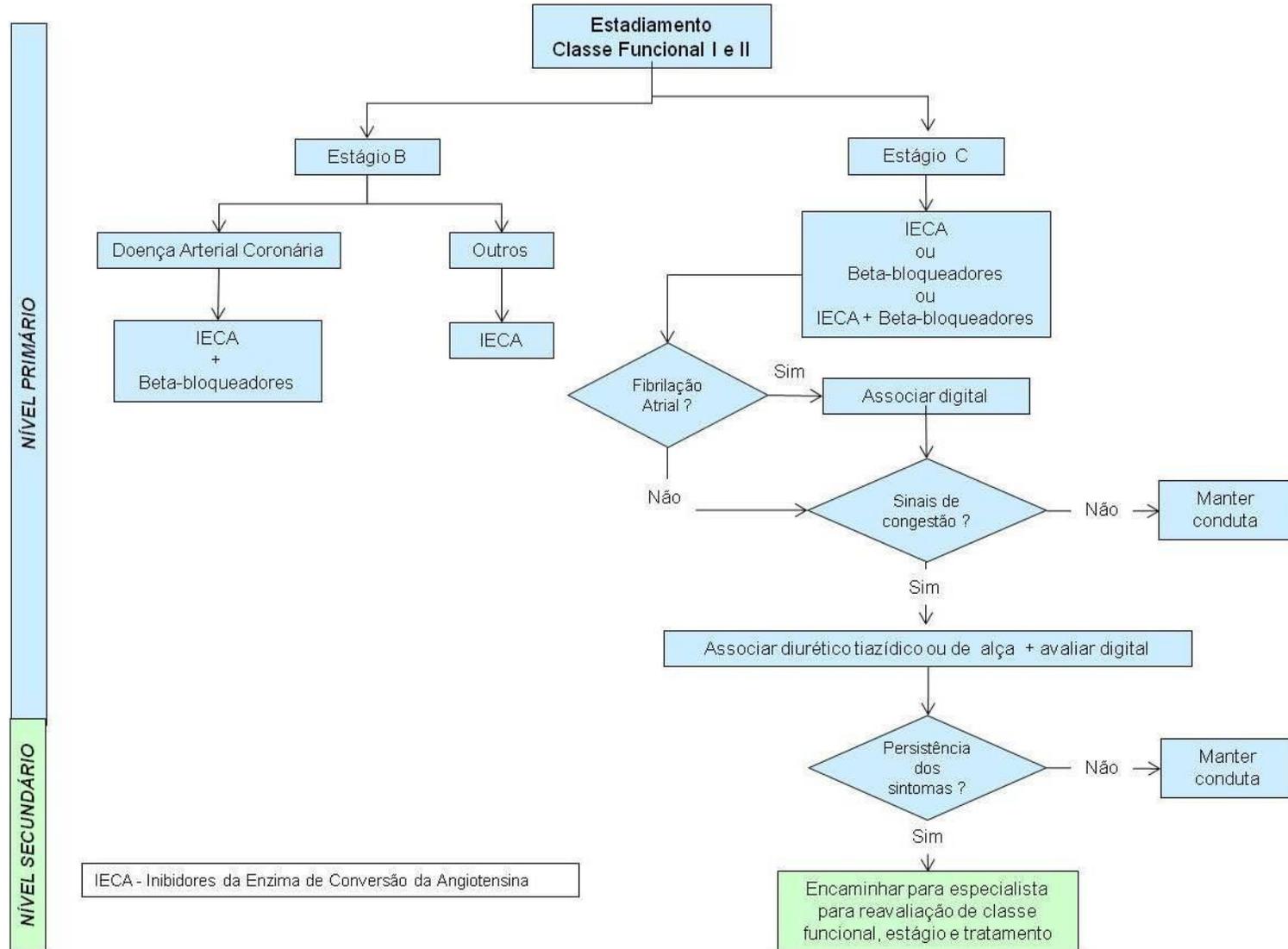
Disfunções Sexuais	Fármacos
Impotência	Hidroclorotiazida, espironolactona, betabloqueador, digoxina, amiodarona, IECA, losartana, valsartana.
Diminuição da libido	Hidroclorotiazida, espironolactona, propranolol.
Ginecomastia	Espironolactona, digoxina
Hirsutismo	Espironolactona
Irregularidades menstruais	Espironolactona

Quadro 09: Principais fármacos utilizados no tratamento da IC e que estão associados às disfunções sexuais. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

Linha de Cuidado da Insuficiência Cardíaca



Linha de Cuidado da Insuficiência Cardíaca



- Situações especiais

IC com fração de ejeção preservada (> 45-50%)

É definida quando presença de sinais e/ou sintomas de IC congestiva + função sistólica normal (definida pelo ecocardiograma com fração de ejeção acima de 45-50% e evidências objetivas de disfunção diastólica pelo ecocardiograma).

Ocorre mais frequentemente em mulheres, idosos, diabetes, pacientes com hipertrofia ventricular esquerda e obesidade.

O tratamento baseia-se principalmente no tratamento da condição associada, não há indicação para a utilização de digital.

IC na criança e adolescente

A IC na criança pode decorrer de um número grande de condições, incluindo cardiopatias congênitas, variando de acordo com a idade de apresentação. Após a identificação de sinais e/ou sintomas que sugiram IC (classificação de Ross, abaixo) e da realização dos exames iniciais (RX tórax, ecocardiograma, eletrocardiograma e exames laboratoriais: hemograma, eletrólitos, provas de função hepática, função renal, atividade reumática) a criança deve ser encaminhada a um nível secundário de atendimento.

Classe	Interpretação
I	Assintomático.
II	Taquipnéia leve ou sudorese com as mamadas em lactentes. Dispneia aos esforços em crianças maiores.
III	Taquipnéia importante ou sudorese às mamadas em lactentes. Tempo de mamada prolongado com retardo de crescimento por IC. Em crianças maiores, dispneia importante aos esforços.
IV	Sintomas tipo taquipnéia, retração intercostal, grunhido e sudorese em repouso.

Quadro 10: Classificação de Ross. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

IC na gestante

A paciente gestante com IC deve ser encaminhada para uma avaliação com especialista. No tratamento da IC da gestante estão contraindicados os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), os bloqueadores de receptores de angiotensina (BRA) e a espironolactona.

- Questões Legais

A IC é uma forma de cardiopatia grave que garante a aposentadoria integral, sem período de latência no Brasil.

Indicações
IC crônica sistólica sintomática - CF III; FEVE < 40%
<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento do trabalho que requeira esforço físico leve a moderado. • Aposentadoria, respeitados os prazos legais, exceto quando submetido a transplante cardíaco. • Candidato à isenção ao imposto de renda.
IC crônica sistólica assintomática - CF I - II; FEVE < 40%
<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento do trabalho apenas para atividades que exijam grandes esforços. • Afastamento do trabalho quando a atividade profissional implica em risco pessoal ou coletivo.
IC crônica diastólica sintomática - CF III – IV
<ul style="list-style-type: none"> • Afastamento se confirmado por provas funcionais ou marcador bioquímico. • Aposentadoria, respeitados os prazos legais, exceto quando submetido a transplante cardíaco. • Candidato à isenção ao imposto de renda.

Quadro 11: Recomendações para afastamento do trabalho e aposentadoria. **Fonte:** Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, 2019.

- Prognóstico

Uma vez instalada, a disfunção ventricular sistólica usualmente progride. A mortalidade dos pacientes com IC ocorre basicamente de forma súbita ou por progressiva falência de bomba. No estudo de Framingham, apenas 25% dos homens e 38% das mulheres sobreviveram 05 anos após o diagnóstico de IC. Essa mortalidade foi 4 a 8 vezes maior que a da população geral da mesma idade.

- Encaminhamentos

Indicações
<p style="text-align: center;">Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para emergência</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes com insuficiência cardíaca com sinais de hipoperfusão, síncope ou com sinais de congestão pulmonar, entre outros sintomas de gravidade.
<p style="text-align: center;">Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para ambulatório de cardiologia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada; ou • Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia); ou • Paciente que persiste em Classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância; ou • Suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de completar a investigação na APS.
<p style="text-align: center;">Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão); 2. Resultado do eletrocardiograma, com data; 3. Resultado da radiografia de tórax, com data; 4. Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data; 5. Medicações em uso, com posologia; 6. Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes; 7. Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não); 8. Número da tele consultoria, se caso discutido com Telessaúde RS-UFRGS.

Quadro12: Protocolos de encaminhamentos. **Fonte:** Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 2017.

ANEXO 1 – PARECER DE APROVAÇÃO NO CEP / UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PREVALÊNCIA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE IGREJINHA/RS

Pesquisador: Gisele Aisina Nader Bastos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89676418.6.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.770.330

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma estudo quantitativo, do tipo transversal, com coleta de dados secundários. Será feita uma análise inicial, descritiva, apresentando como resultado o perfil socioeconômico e demográfico da totalidade dos adultos que Internaram pelo Sistema Único de Saúde no período de Janeiro a dezembro do ano de 2017, bem como daqueles que Internaram no mesmo período por CSAP. Também serão apresentados dados sobre as internações (motivo, tempo e desfecho). Na sequência, serão realizadas análises bivariadas entre o desfecho (ICSAP) e as variáveis dependentes (socioeconômicas, demográficas e local de atendimento na APS). Por fim, a análise ajustada se dará através do uso da Regressão Logística de Poisson com modelo hierárquico.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: avaliar a prevalência de Internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde (ICSAP) no município de Igrejinha/RS no período de Janeiro a dezembro do ano de 2017.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No arquivo anexado na PB e denominado PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO foi acrescentado nos Benefícios: "Os pacientes não terão benefícios diretos". No Projeto não consta na Metodologia o item riscos e benefícios, apenas no documento preenchido na PB.

Endereço: Rua Sarmento Leite, 245

Bairro: Sarmento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE**



Continuação do Parecer: 2.770.330

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Carta resposta informa que todas as alterações conforme Parecer foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Foi constatado que a redação do objetivo do Resumo é a mesma da descrita no Projeto;
2. No formulário da PB foi incluído no item Benefícios a frase: "Os pacientes não terão benefícios diretos";
3. Incluído nos documentos postados o "Termo de sigilo dos prontuários";
4. Atualizado o cronograma, sendo a coleta de dados realizada após a aprovação do CEP.

Recomendações:

Acrescentar no Projeto os riscos e benefícios.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com o parecer do Relator.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1077567.pdf	01/07/2018 20:00:15		Acelto
Outros	Termo_de_confidencialidade_e_sigilo.pdf	01/07/2018 19:58:51	GREG DE SA SILVA	Acelto
Outros	Carta_resposta.docx	01/07/2018 19:58:13	GREG DE SA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_ICSA_Pronto_Versao2.docx	01/07/2018 19:57:23	GREG DE SA SILVA	Acelto
Outros	termo_de_compromisso_entrega_de_relatorio.pdf	11/05/2018 22:11:23	GREG DE SA SILVA	Acelto
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	20/02/2018 15:49:44	GREG DE SA SILVA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_ICSA_Pronto.docx	20/02/2018 12:12:57	GREG DE SA SILVA	Acelto
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	20/02/2018	GREG DE SA SILVA	Acelto

Endereço: Rua Sarmiento Leite, 245

Bairro: Sarmiento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8804

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
PORTO ALEGRE



Continuação do Parecer: 2.770.300

Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	09:52:57	GREG DE SA SILVA	Aceito
Outros	Cartas_de_anuencia_assinadas.pdf	20/02/2018 00:17:48	GREG DE SA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2018

Assinado por:
Luciane Dalcanale Moussalle
(Coordenador)

Endereço: Rua Sermento Leite, 245

Bairro: Sermento

CEP: 90.050-170

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3303-8504

E-mail: cep@ufcspa.edu.br

ANEXO 2 – NORMAS PARA OS AUTORES: REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

Apresentação do manuscrito

Os manuscritos são aceitos em português, espanhol ou inglês. Os artigos em português e espanhol devem ser acompanhados do resumo no idioma original do artigo, além de abstract em inglês. Os artigos em inglês devem ser acompanhados do abstract no idioma original do artigo, além de resumo em português.

O manuscrito deve ser acompanhado de documento a parte com carta ao editor, justificando a possível publicação.

Os manuscritos devem ter o máximo de 21.600 caracteres com espaço e 5 ilustrações, compreendendo Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão (Folha de rosto, Referências Bibliográficas e Ilustrações não estão incluídas nesta contagem). O arquivo deve apresentar a seguinte ordem: Folha de rosto, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências Bibliográficas e Ilustrações. O manuscrito deve ser estruturado, apresentando as seções: Folha de rosto, Resumo, Abstract, Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências e Ilustrações. O arquivo final completo (folha de rosto, seções, referências e ilustrações) deve ser submetido somente no formato DOC (Microsoft Word), e as tabelas devem ser enviadas em formato editável (Microsoft Word ou Excel), devendo respeitar a seguinte formatação:

Margens com configuração “Normal” em todo o texto (superior e inferior = 2,5 cm; esquerda e direita = 3 cm);

Espaçamento duplo em todo o texto;

Fonte Times New Roman, tamanho 12, em todo o texto;

Não utilizar quebras de linha;

Não utilizar hifenizações manuais forçadas.

Folha de Rosto

Os autores devem fornecer os títulos do manuscrito em português e inglês (máximo de 140 caracteres com espaço), título resumido (máximo de 60 caracteres com espaço), dados dos autores*, dados do autor de correspondência (nome completo, endereço e e-mail), agradecimentos, existência ou ausência de conflitos de interesses, financiamento e número de identificação/aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Deve ser especificada, também, a colaboração individual de cada autor na elaboração do manuscrito.

*A indexação no SciELO exige a identificação precisa da afiliação dos autores, que é essencial para a obtenção de diferentes indicadores bibliométricos. A identificação da afiliação de cada autor deve restringir-se a nomes de entidades institucionais, Cidade, Estado e País (sem titulações dos autores).

O financiamento deve ser informado obrigatoriamente na Folha de rosto. Caso o estudo não tenha contato com recursos institucionais e/ou privados, os autores devem informar que o estudo não contou com financiamento.

Os Agradecimentos devem ter 460 caracteres com espaço no máximo.

Resumo e Abstract

Os resumos devem ter 1600 caracteres com espaço no máximo, e devem ser apresentados na a forma estruturada, contemplando as seções: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão. As mesmas regras aplicam-se ao abstract.

Os autores deverão apresentar no mínimo 3 e no máximo 6 palavras-chave, bem como as respectivas Keywords, que considerem como descritores do conteúdo de seus trabalhos, no idioma em que o artigo foi apresentado e em inglês. Esses descritores devem estar padronizados conforme os DeCS (<http://decs.bvs.br/>).

Ilustrações

As tabelas e figuras (gráficos e desenhos) deverão ser inseridas no final do manuscrito, não sendo permitido o envio em páginas separadas. Devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução de forma reduzida, quando necessário. Fornecer títulos em português e inglês, inseridos fora das ilustrações (não é necessário o corpo da tabela e gráficos em inglês). Deve haver quebra de página entre cada uma delas, respeitando o número máximo de 5 páginas dedicadas a Tabelas, Gráficos e Figuras. Apresentá-las após as Referências, no final do manuscrito (em arquivo único).

As ilustrações podem no máximo ter 15 cm de largura e devem ser apresentadas dentro da margem solicitada (configuração nomeada pelo Word como “Normal”). Não serão aceitas ilustrações com recuo fora da margem estabelecida.

Imagens

Fornecer as fotos em alta resolução;

Fornecer os gráficos em formato editável (preferencialmente PDF).

Tabelas, Equações, Quadros e Fluxogramas

Sempre enviar em arquivo editável (Word ou Excel), nunca em imagem;

Não formatar tabelas usando o TAB; utilizar a ferramenta de tabelas do programa;

Nas tabelas, separar as colunas em outras células (da nova coluna); não usar espaços para as divisões.

Abreviaturas

Quando citadas pela primeira vez, devem acompanhar o termo por extenso. Não devem ser utilizadas abreviaturas no título e no resumo.

Referências

Devem ser numeradas de consecutiva, de acordo com a primeira menção no texto, utilizando algarismos arábicos. A listagem final deve seguir a ordem numérica do texto, ignorando a ordem alfabética de autores. Não devem ser abreviados títulos de livros, editoras ou outros. Os títulos de periódicos seguirão as abreviaturas do Index Medicus/Medline. Devem constar os nomes dos 6 primeiros autores, seguidos da expressão et al. quando ultrapassarem esse número. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências, sendo apresentados somente no corpo do texto ou em nota de rodapé. Quando um artigo estiver em vias de publicação, deverá ser indicado: título do periódico, ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre parênteses “no prelo”. As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que os autores indiquem ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

EXEMPLOS DE REFERÊNCIAS

Artigo de periódico

Szklo M. Estrogen replacement therapy and cognitive functioning in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Am J Epidemiol* 1996; 144: 1048-57.

Livros e outras monografias

Lilienfeld DE, Stolley PD. *Foundations of epidemiology*. New York: Oxford University Press; 1994.

Capítulo de livro

Laurenti R. Medida das doenças. In: Forattini OP. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo: Artes Médicas; 1992. p. 369-98.

Tese e Dissertação

Bertolozzi MR. Pacientes com tuberculose pulmonar no Município de Taboão da Serra: perfil e representações sobre a assistência prestada nas unidades básicas de saúde [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1991.

Trabalho de congresso ou similar (publicado)

Mendes Gonçalves RB. Contribuição à discussão sobre as relações entre teoria, objeto e método em epidemiologia. In: *Anais do 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia*; 1990 set 2-6; Campinas (Br). Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. p. 347-61.

Relatório da OMS

World Health Organization. Expert Committee on Drug Dependence. 29th Report. Geneva; 1995. (WHO - Technical Report Series, 856).

Documentos eletrônicos

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics. [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Systems; 1993.

OBSERVAÇÃO

A Revista Brasileira de Epidemiologia adota as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (estilo Vancouver), publicadas no New England Journal of Medicine, 1997; 336: 309, e na Revista Panamericana de Salud Publica, 1998; 3: 188-96 (http://www.icmje.org/urm_main.html).

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma SciELO (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rbepid-scielo>).

Não há taxa para submissão e avaliação de artigos.

REFERÊNCIAS

Agabiti N, Pirani M, Schifano P, Cesaroni G, Davoli M, Bisanti L, *et al.* Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. *BMC Public Health* 2009; 11 (9): 457.

Aguiar ASW, Martins P. Essential attributes and qualifiers of Primary health care. *Rev Bras Promoç Saúde* 2012; 25 (2): 3-4.

Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública* 2009 Jun; 25 (6): 1337-1349.

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. Saúde Pública* 2008 Ago; 24 (8): 1727-1742.

Associação Nacional de Hospitais Privados. Observatório ANAHP. 4 ed. São Paulo: ANAHP, 2012.

Atun R. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2004.

Barreto ACP. Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. *Revista Brasileira Hipertensão* 2001.

Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)* 1993; 12 (1): 162-73.

Bindman A, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N *et al.* Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995; 274: 305-311.

Boing AC, Boing AF. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. *Rev Bras Hipertens* 2007; 14 (2): 84-88.

Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB, Grden CRB. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. *Rev. bras. geriatr. gerontol* 2018 Ago; 21 (4): 439-446.

Borges CF, Baptista TWF. A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades. *Trab. educ. saúde* 2010; 8 (1): 27-53.

Bós AJG; Kimura AY. Internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos com 80 anos ou mais em um hospital universitário do Rio Grande do Sul. *Rev. AMRIGS* 2015 abr-jun; 59 (2): 106-111.

Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (1): 150-3.

Brasil VP, Costa JSD. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina: estudo ecológico de 2001 a 2011. *Epidemiol Serv Saude* 2016 Jan-Mar; 25 (1): 75-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Taxa de mortalidade institucional. Brasil: Ministério da Saúde; 2012.

Braveman PA, Cubbin C, Egerter S, Chideya S, Marchi KS, Metzler M, *et al.* Socioeconomic status in health research: one size does not fit all. *JAMA* 2005; 294 (22): 2879-88.

Callegari-Jacques, Sidia M. Bioestatística: Princípios e Aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2003.

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 Set; 14 (3): 246-51.

Caminal-Homar J, Casanova-Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31: 61-5.

Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, Valentin RF *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34 (4): 227-34.

Castro ALB, Andrade CLT, Machado CV, Lima LD. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015 Nov; 31 (11): 2353-2366.

Cavalcanti MLT. Comentários sobre a Estratégia de Saúde da Família e o SUS, suscitados pelo texto de Sousa e Hamann. *Ciênc. saúde coletiva* 2009 Set-Out; 14 (1).

Ceccon RF, Meneghel SN, Viecili PR. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. *Rev Bras Epidemiol* 2014 Dec; 17 (4): 968-77.

Chang CF, Pope RA. Potentially avoidable hospitalizations in Tennessee: analysis of prevalence disparities associated with gender, race, and insurance. *Public Health Rep* 2009; 124 (1): 127-37.

Comitê Coordenador da Diretriz de Insuficiência Cardíaca. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. *Arq Bras Cardiol* 2018; 111 (3): 436-539.

Costa JSD, Teixeira AMFB, Moraes M, Strauch, ES, Silveira DS, Carret MLV, *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20 (2): 345-354.

Dawson BE. Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920. Londres: His Majesty's Stationery Office; 1920.

Deininger LSC, Silva CC, Lucena KDT, Pereira FJR, Lima Neto EA. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line* 2015 Jan; 9 (1): 228-36.

Disano J, Goulet J, Muhajarine N, Neudorf C, Harvey J. Social-economic status and rates of hospital admission for chronic disease in urban Canada. *Can Nurse* 2010; 106 (1): 24-9.

Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988 Set; 260 (12): 1743-1748.

Dourado I, Oliveira V B, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa M F, Medina M G *et al.* Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Medical Care* 2011 Jun; 49 (6).

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* 2008 Dez; 11 (4): 633-647.

Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues Neto JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 (6): 928-36.

Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol Serv Saude* 2014 Jan-Mar; 23 (1): 45-56.

Gouveia GC, Souza WV, Luna CF, Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Rev. bras. Epidemiol* 2009 Set; 12 (3).

Guanais F, Gómez-Suárez R, Pinzón L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. *Banco Interamericano de Desarrollo* 2012.

Gusso G, Lopes JMC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Porto Alegre: ARTMED; 2012.

Hospital Bom Pastor de Igrejinha/RS. Institucional. Disponível em: <http://www.hospitalbompastor.com.br/index.php>. Acesso em 13 fev 2018.

Jackson G, Tobias M. Potentially avoidable hospitalisations in New Zealand, 1989-98. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 2001.

Jeremias MS. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária em Lages (SC). Pelotas. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal de Pelotas; 2010.

Jinez L, Souza J, Pillon S. Uso de drogas e fatores de risco entre estudantes de ensino médio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2009.

Kringos D, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013; 32: 686-94.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva* 2010 Ago; 15 (5): 2307-2316.

Lui CK, Wallace SP. A common denominator: calculating hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions in California. *Prev Chronic Dis* 2011; 8 (5): 102.

Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P F, Lima-Costa MF, Medina M G *et al.* Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Affairs* 2010; 12 (29): 2149–2160.

Maia LG, Silva LAD, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL, Barbosa MA. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. *Rev Saude Publica* 2018.

Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica* 2014 Out; 48 (5): 817-26.

Marques AP. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca; 2012.

McDermott S, Royer J, Mann JR, Armour BS. Factors associated with ambulatory care sensitive emergency department visits for South Carolina Medicaid members with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* 2018; 62 (3): 165-178.

Mendonça CS, Leotti VB, Costa JSD, Harzheim E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan* 2017 Dec; 32 (10): 1368-1374.

Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 30 dez. 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação e Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Secretaria Executiva Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde: Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>. Acesso em: 06 fev. 2018.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria MS/SAS nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União* 17 abr 2008.

Morimoto T; Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Cien Saude Colet* 2017; 22 (3): 891-900.

Mosallam RA, Guirguis WW, Hassan MH. Hospitalization for ambulatory care sensitive conditions at health insurance organization hospitals in Alexandria, Egypt. *Int J Health Plann Manage* 2014; 29(4): 394-405.

Niti M, Ng TP. Avoidable hospitalisation rates in Singapore, 1991-1998: assessing trends and inequities of quality in primary care. *Journal of Epidemiology Community Health* 2003; 57: 17-22.

Oliveira A, Simões R, Andrade M. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008; Caxambu, MG.

Oliveira AC, Simões RF, Andrade MV. A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2009.

Oliveira MPR, Menezes IHCF, Sousa LM, Peixoto MRG. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. *Rev. bras. educ. méd* 2016 Out-Dez; 40 (4): 547-559.

O'Neil SS, Lake T, Merrill A, Wilson A, Mann DA, Bartnyska LM. Racial disparities in hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Am J Prev Med* 2010; 38 (4): 381-8.

Paiva RFDPS, Souza MFDP. Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a morbidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34 (1).

Peixoto SV, Giatti L, Alfradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol Serv Saude* 2004 Out-Dez; 13 (4): 239-46.

Penso JM, Périco E, Oliveira MMC, Strohschoen AAG, Carreno I, Rempel C. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. *Rev. bras. med. fam. Comunidade* 2017 Jan-Dez; 12 (39): 1-9.

Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995.

Perondi AR, Wilges AP, Roque MS, Cosmann CP, Costa LD. Internações por condições sensíveis a atenção primária em municípios de uma regional de saúde. *R. Saúde Públ* 2018 Dez; 1 (2): 110-117.

Pinheiro R, Viacava F, Travassos C, Brito AdS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002.

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Protocolo de Insuficiência Cardíaca. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4446958/4111925/insuficiencia.pdf>. Acesso em 29 jan 2019.

Prior A, Vestergaard M, Davydow DS, Larsen KK, Ribe AR, Fenger-Grøn M. Perceived Stress, Multimorbidity, and Risk for Hospitalizations for Ambulatory Care-sensitive Conditions: A Population-based Cohort Study. *Medical Care* 2017; 55 (2): 131-139.

Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47 (4): 884-90.

Rezende VA. A resolutividade da atenção básica: uma revisão de literatura. Minas Gerais. Trabalho de conclusão de curso [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.

Santamera AS, Vidal AF, Martín SR, Geli LGD, González AR. Hospitalization rates in infants aged less than 1 year in Madrid and their relationship with socioeconomic indicators and infant mortality. *An Esp Pediatr* 2002; 57 (3): 220-6.

Santos VCF, Ruiz ENF, Roese A, Kalsing A, Gerhardt TE. Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. *R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde* 2013 Jun; 7 (2).

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telessaúde RS. Protocolos de Regulação Ambulatorial: Cardiologia Adulto. Porto Alegre: UFRGS; 2017.

Shi L, Samuels ME, Pease M, Bailey WP, Corley EH. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in South Carolina. *South Med J* 1999; 92 (10): 989-98.

Shi Q, Yan TJ, Lee P, Murphree P, Yuan X, Shao H, *et al.* Evaluation of the Quality Blue Primary Care program on health outcomes. *Am J Manag Care*. 2017 Dec; 23 (12): e402-e408.

Siegel S, Castellan Junior NJ. *Estatística Não paramétrica para Ciências do Comportamento*. Artmed, 2006.

Silva, MC. Uma análise da parceria público-privada na gestão hospitalar: um estudo de caso na perspectiva dos estudos em ciência, tecnologia e sociedade. São Paulo Dissertação [Mestrado em Ciências, Tecnologia e Sociedade]. Universidade Federal de São Carlos; 2010.

Sousa NP, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos CE. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *Rev Bras Enferm* 2016 Jan-Fev; 69 (1): 118-25.

Souza DK, Peixoto SV. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26 (2): 285-294.

STARFIELD, Bárbara. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

Sundmacher L, Kopetsch T. The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Health Econ*. 2015 May; 16 (4): 365-75.

Tanenbaum J, Cebul R D, Votruba M, Einstadter D. Association of a Regional Health Improvement Collaborative with Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations. *Health Aff (Millwood)* 2018 Feb; 37 (2): 266-274.

Vale, JPS de S. *O Modelo de Gestão de Parcerias Público-Privadas: uma Aplicação no Setor Hospitalar*. Porto. Dissertação [Mestrado Integrado em Medicina] – Faculdade de Medicina Universidade do Porto; 2015.

Valenzuela López M, Moratab J, Jiménez M, Aurora Bueno Cavanillasc A. Intervenciones sanitarias en atención primaria que disminuyen la hospitalización por Ambulatory Care Sensitive Conditions en mayores de 65 años. *Atenção Primaria* 2007; 39: 525-534.

Veras, MO. *Parceria público-privada na saúde: análise dos hospitais públicos geridos por organizações sociais*. Aparecida de Goiânia. Dissertação [Mestrado em Administração Pública] – Universidade Federal de Goiás; 2018.

Webster C. *The National Health Service: a political history*. Oxford: Oxford University Press; 2002.

Wong L, Rodrigues P, Ignez H, Berenstein C. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) no contexto de mudanças no padrão etário da população brasileira. In: XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2006; Caxambu, MG.

World Health Organization. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.

Yuen EJ. Severity of illness and ambulatory care-sensitive conditions. *Med Care Res Rev* 2004; 61 (3): 376-91.

Zar JH. *Biostatistical analysis*. New Jersey: Prentice Hall; 1999.