

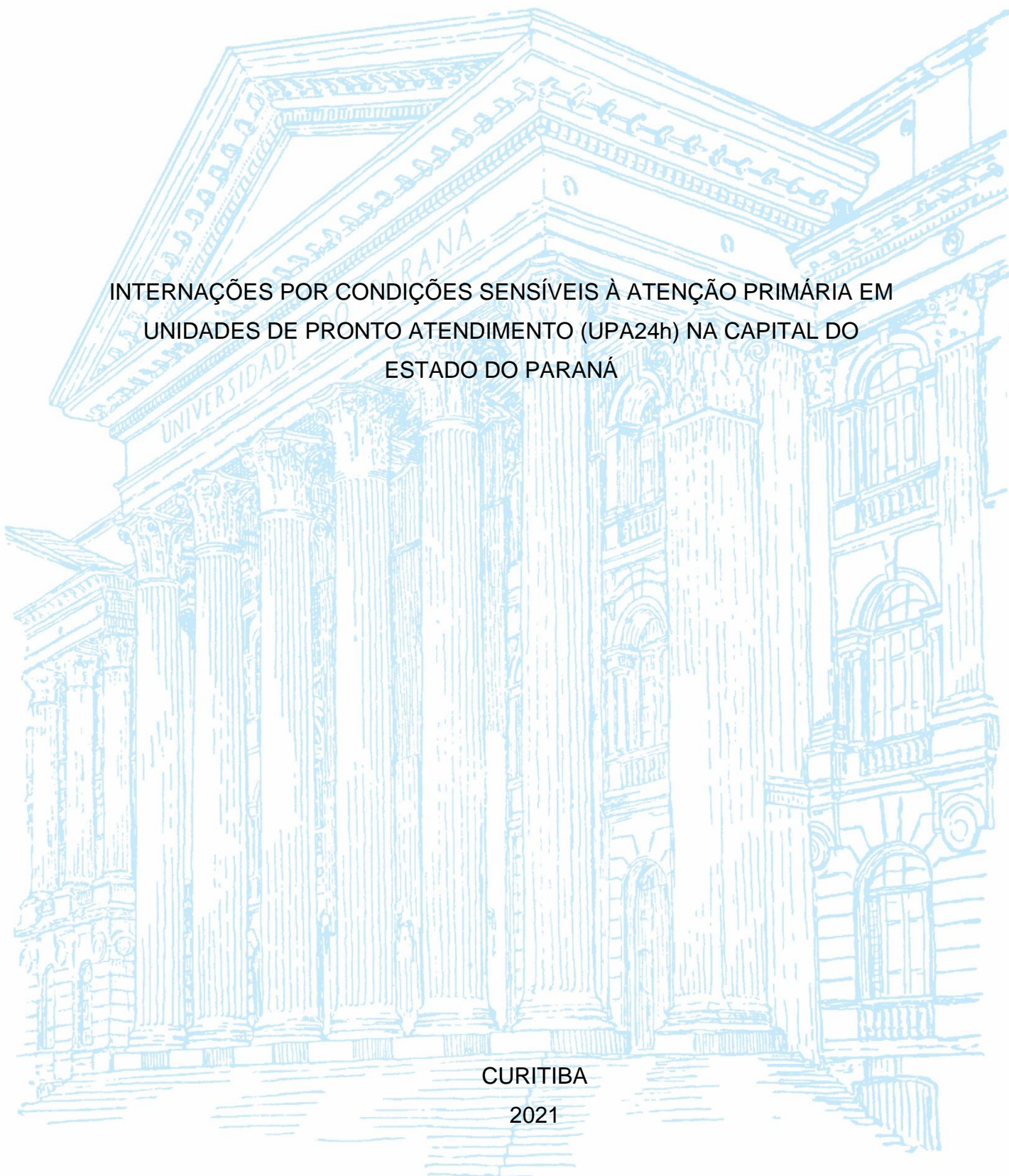
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

PEDRO HENRIQUE DE ALMEIDA

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA24h) NA CAPITAL DO
ESTADO DO PARANÁ

CURITIBA

2021



PEDRO HENRIQUE DE ALMEIDA

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA24h) NA CAPITAL DO
ESTADO DO PARANÁ

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Saúde da Família, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, em rede com a Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Rafael Gomes Ditterich
Coorientador Prof. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

CURITIBA

2021

A447 Almeida, Pedro Henrique de

Internações por condições sensíveis à atenção primária em unidades de pronto atendimento (UPA24H) na capital do estado do Paraná. [recurso eletrônico] / Pedro Henrique de Almeida. – Curitiba, 2021.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. Rafael Gomes Ditterich

Coorientador: Prof. Dr. Deivisson Vianna Dantas dos Santos

1. Hospitalização. 2. Atenção primária à saúde. 3. Serviços médicos de emergência. 4. Assistência ambulatorial. 5. Avaliação em saúde. I. Ditterich, Rafael Gomes. II. Santos, Deivisson Vianna Dantas dos. III. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

NLM: WX 215



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA -
33303002001P9

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE DA FAMÍLIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **PEDRO HENRIQUE DE ALMEIDA** intitulada: **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) na capital do estado do Paraná**, sob orientação do Prof. Dr. RAFAEL GOMES DITTERICH, que após terem inquirido o aluno e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Junho de 2021.

Assinatura Eletrônica

02/07/2021 09:08:03.0

RAFAEL GOMES DITTERICH

Presidente da Banca Examinadora (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica

30/06/2021 11:01:07.0

POLLYANNA KASSIA DE OLIVEIRA BORGES

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA)

Assinatura Eletrônica

29/06/2021 13:34:54.0

VINICIO OLIVEIRA DA SILVA

Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Rua Padre Camargo, 280, 3º andar - CURITIBA - Paraná - Brasil

CEP 80060-240 - Tel: (41) 3360-7271 - E-mail: profsaudeufpr@gmail.com

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.

Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 98655

Para autenticar este documento/assinatura, acesse <https://www.prppg.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp> e insira o código 98655

Ao Sistema Único de Saúde brasileiro, o SUS, que apesar de todos os percalços lhe impostos nesses poucos mais de 30 anos de existência, se tornou um dos maiores legados dessa geração para as gerações seguintes, especialmente em um país tão carente de políticas públicas que realmente coloque a população em primeiro lugar. Que o sucesso do SUS inspire outras políticas voltadas para o bem comum e a diminuição das inequidades da sociedade brasileira. Lutarei por isso! Viva o SUS!

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná, professores e demais equipe, por esta oportunidade em poder contribuir não só com a sociedade, mas com o meu próprio crescimento pessoal.

Aos meus orientadores, Professores Doutores Rafael Gomes Ditterich e Deivisson Vianna Dantas dos Santos que, além de me orientarem na condução deste trabalho em si, me ensinaram a enxergar o mundo de uma maneira muito mais ampla que vinha fazendo até então.

Aos colegas da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba, não só pelo apoio técnico e logístico, mas principalmente pelo carinho e suporte nos inúmeros momentos difíceis vividos nos últimos dois anos, especialmente os decorridos pela Pandemia do Novo Coronavírus.

Aos colegas mestrandos do PROFSAÚDE, pela amizade, troca de experiências e, por que não, pelas muitas risadas proporcionadas durante nossos encontros. Já sinto falta disso!

Finalmente, o meu agradecimento especial ao meu companheiro de vida, Mateus Migotto, que, sem ser perguntado, acabou por encarar o desafio do Mestrado junto comigo, com todo seu amor, carinho, suporte e, obviamente, paciência.

RESUMO

Os últimos vinte anos assistiram a importantes mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS), entre as quais a adoção da Estratégia de Saúde da Família como modelo prioritário de organização da Atenção Primária a Saúde (APS), a criação de sistemas para a avaliação de desempenho do sistema de saúde e a reorganização do sistema público de saúde em Redes de Atenção à Saúde. O aumento nas taxas de internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária a saúde (CSAP), pode significar a existência de problemas de acesso e/ou de desempenho do sistema de saúde, especialmente por deficiências relacionadas à APS, podendo ser, portanto, utilizado como indicador da qualidade global do sistema de saúde, especialmente para os atributos da atenção básica. Entretanto, a expansão do modelo de atenção às urgências centrados em unidades de Atendimento Pré-hospitalar, capazes de realizar atendimentos análogos à um internamento hospitalar formal, mas sem o devido registro no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), pode estar comprometendo a acurácia do índice de Internações por CSAP (ICSAP). O presente trabalho foi desenvolvido com o objetivo de analisar o grau de conhecimento sobre o tema na literatura, bem como as relações existentes entre a implantação das Redes de Atenção às Urgências (RAU) com o índice de ICSAP no município de Curitiba-PR, especialmente no que tange aos “internamentos” verificados nas UPA24h, entre 2017 e 2020. Os resultados obtidos nesta pesquisa ampliam a dimensão do conhecimento sobre o índice de ICSAP, confirmando a existência de uma nova fragilidade em sua acurácia, especialmente importante no contexto da saúde pública do Brasil.

Palavras-chave: Hospitalização. Serviços de Atendimento de Emergência. Atenção Primária a Saúde. Cuidados Ambulatoriais. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

The last twenty years have seen important changes in the Brazilian Health System, including the adoption of the Family Health Strategy as a priority model for organizing Ambulatory Health Care (AHC), the creation of systems for the evaluation of the health system's performance and the reorganization of the public health system in Health Care Networks. The increase in hospital admission rates due to ambulatory care sensitive conditions (ACSC) may mean problems in access and/or performance at the health system, especially due to deficiencies related to AHC, which can, therefore, be used as an indicator of its global quality, especially at primary care attributes. However, the expansion of the emergency care model centered on Pre-Hospital Units, capable of providing care analogous to a formal hospitalization but without proper registration in the Hospital Information System, may be compromising the accuracy of the ACSC Admissions Index. The present work was developed with the purpose of analyzing the knowledge about the subject in the literature, as well the relations between the implantation of the Emergency Care Networks with the ACSC Admissions index in the city of Curitiba-PR, especially regarding the "admissions" verified in the UPA24h, between 2017 and 2020. The results obtained in this research expand the amount of knowledge about the ACSC Admission index, confirming the existence of a new weakness in its accuracy, especially important in the Brazilian public health context.

Keywords: Hospitalization. Emergency Health Services. Primary Health Care. Ambulatory Care. Health Evaluation.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3 ARTIGO 1 - “INTERNAÇÕES” EM PRONTO ATENDIMENTO E SUA RELAÇÃO COM O ÍNDICE DE INTERNAÇÃO POR CSAP – UMA REVISÃO INTEGRATIVA.	12
RESUMO	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUÇÃO.....	14
METODOLOGIA	16
RESULTADOS	17
DISCUSSÃO	26
CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS.....	28
4 ARTIGO 2 – A RELAÇÃO ENTRE A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E O ÍNDICE DE ICSAP NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR	30
RESUMO.....	30
ABSTRACT.....	30
INTRODUÇÃO.....	31
METODOLOGIA	36
RESULTADO	38
DISCUSSÃO	43
CONCLUSÃO	46
REFERÊNCIAS.....	47
APÊNDICES	52
ANEXOS	53
5 ARTIGO 3 – O IMPACTO DAS “INTERNAÇÕES” DE PACIENTES EM UPA24H SOBRE O ÍNDICE DE ICSAP NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2020.	54
RESUMO.....	54
ABSTRACT.....	54
INTRODUÇÃO.....	55
METODOLOGIA	58
RESULTADO	60
DISCUSSÃO	64
CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS.....	67
ANEXOS	70
APÊNDICES	74
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
7 REFERÊNCIAS	77

1 INTRODUÇÃO

Os últimos vinte anos assistiram a importantes mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS), dentre as quais pode-se destacar: i) a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da Atenção Primária a Saúde (APS), em 2006¹; ii) a criação em 2008, pelo Ministério da Saúde (MS), da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (CSAP), como uma estratégia de avaliação do desempenho do sistema de saúde² e iii) a adoção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como modelo para organização do sistema de saúde, em 2010³.

A ESF é uma modelagem da atenção primária com ações de cunho individuais e coletivos, voltadas para a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, objetivando a atenção integral, a autonomia e atuação nos determinantes de saúde das coletividades⁴. Criada em 1994, ainda como um programa voltado para populações vulneráveis, tornou-se política pública oficial para a organização e expansão da APS em 2006⁵, devido aos seus diversos impactos positivos na saúde da população, inclusive na redução de internações por agravos tipicamente atribuídos ao nível primário de atenção (CSAP)⁶. A Lista Brasileira de CSAP relaciona os agravos que podem ser evitados com uma APS forte⁷, podendo servir de instrumento para a sua avaliação em uma localidade, quando calculado o índice de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) dessa localidade, representado pela proporção de internações por CSAP registradas na rede hospitalar, em relação com o total de internações realizadas na localidade, em um determinado período⁸.

A reorganização do SUS na lógica das RAS, a partir de 2010³, promoveu uma transformação assistencial pelo país, tanto pela expansão de serviços de saúde, como pelas mudanças na dinâmica das relações entre eles, especialmente em nível loco-regional⁹. Uma das redes instituída foi a Rede de Atenção às Urgências (RAU), criada com a reformulação da Política Nacional de Atenção às Urgências de 2011¹⁰ (PNAU 2011), aumentando o incentivo já existente ao modelo de atenção centrado em unidades de Atendimento Pré-

hospitalar (APH)¹¹, cujo principal representante são as Unidades de Pronto-Atendimento 24h (UPA24h). Estas unidades, por sua vez, têm como grandes diferenciais o atendimento porta aberta 24h e a capacidade de prestar assistência contínua aos pacientes com permanência superior à 24h¹², condição não raramente encontrada nestes serviços¹³, inclusive por CSAP¹⁴. Na condição de estrutura não-hospitalares, não há registro formal de internação para estes casos cuja permanência ultrapasse a 24h nestas unidades^{15, 16}, o que leva ao questionamento se uma parcela dessas “internações” por CSAP das UPA24h (ICSAP-UPA), não estaria deixando de ser encaminhadas para internamento hospitalar, gerando um componente de ICSAP totalmente oculto (ICSAP-oculto) ao índice de ICSAP formal, registrado a partir das internações em hospitais (ICSAP-hospitalar).

Procurando respostas para a problematização acima, esta pesquisa visa: i) determinar as publicações científicas que abordem a relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP, publicadas após 2003; ii) estudar a relação entre a implantação das UPA24h e o comportamento do índice de ICSAP na cidade de Curitiba-PR, entre os anos de 2017 e 2020 e iii) demonstrar a existência do ICSAP-oculto na cidade, bem como o grau de subestimação que ele determina no índice de ICSAP oficial.

Com isto, se espera preencher algumas das lacunas no conhecimento sobre o tema, especialmente no que tange ao ICSAP-oculto, pois a existência de uma parcela não contabilizada de internações por CSAP em uma região, pode estar comprometendo a acurácia deste importante indicador de desempenho da APS, principalmente no contexto brasileiro, no qual as UPA24h exercem tamanho protagonismo na política de atenção às urgências.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil das “internações” associados às Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) nas Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA24h) de Curitiba-PR, entre os anos de 2017 e 2020 e sua relação com o indicador ICSAP do município.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar as publicações científicas que abordem a relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP, publicadas após 2003;
- Reconhecer a relação existente entre a implantação da Rede de Atenção às Urgências e o índice de ICSAP do município de Curitiba;
- Determinar o índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária das UPA24h de Curitiba-PR (ICSAP-UPA), seu componente oculto (ICSAP-oculto) e seu impacto no ICSAP oficial do município.

3. ARTIGO 1 – “INTERNAÇÕES” EM PRONTO ATENDIMENTO E SUA RELAÇÃO COM O ÍNDICE DE INTERNAÇÃO POR CSAP – UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

“HOSPITALIZATIONS” IN EMERGENCY CARE AND THEIR RELATIONSHIP WITH THE HOSPITALIZATION INDEX DUE TO ACSC – AN INTEGRATIVE REVIEW.

Resumo

A Política Nacional de Atenção às Urgências, implantada no país em 2003, tem estimulado a expansão de serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência, unidades capazes de realizar assistência em saúde por períodos superiores a 24hs, semelhante à uma internação hospitalar formal, o que pode estar interferindo no índice de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Este trabalho objetiva analisar, por meio de uma revisão integrativa, a produção científica acerca da relação entre estes “internamentos” e o índice ICSAP, publicadas a partir de 2003. A revisão integrativa foi realizada por meio de acesso à bases de dados eletrônicas (*Scopus*, *Scielo* e *PubMed*), buscando produções relacionadas ao tema utilizando-se dos descritores *condições sensíveis AND (atenção primária OR atenção básica) AND (hospitalização OR internamento OR atendimento) AND pronto atendimento*, resultando em 2153 artigos, dos quais 92 (4,27%) foram selecionados para a coleta de dados após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. A análise dos dados coletados resultou em 4 estudos que problematizaram a relação dos atendimentos por condições sensíveis à atenção primária nas emergências e o índice de ICSAP, dos quais apenas 1 sob a ótica do serviço pré-hospitalar, porém nenhum deles tendo avaliada esta hipótese. Conclui-se que as publicações sobre as ICSAP ainda são escassas e pouco diversificadas, não avançando sobre questões mais profundas pertinentes ao tema.

Palavras-chave: Hospitalização, Serviços de Atendimento de Emergência, Atenção Primária a Saúde, Cuidados Ambulatoriais, Avaliação em Saúde.

Abstract

The Brazilian National Policy on Emergency Care has encouraged the pre-hospital emergency care services expansion in the past few years. These units are characterized by being able to provide health care for periods longer than 24 hours, like a hospital stay, which may interfere the rate of hospitalization due to Primary Care Sensitive Conditions (PCSC). This paper aims to analyze, through an integrative review, the scientific production about the interference of "hospitalization-like" stay in non-hospital emergency rooms by PCSC, since Brazilian expansion of the Prehospital Emergency Care, in 2003. The integrative review was carried out through access to electronic databases (Scopus, Scielo and PubMed), seeking productions related to the topic, using as descriptors *sensitive conditions AND (primary care OR basic care OR ambulatory care) AND (hospitalization OR internship OR care) AND emergency care*, resulting in 2153 articles, of which 92 (4.27%) were selected for data collection after applying the inclusion and exclusion criteria. The collected data analysis has left 4 studies that problematized the relationship of PCSC care in emergencies and the PCSC index, of which only 1 from the perspective of the pre-hospital service, but none of them evaluated this hypothesis. It is concluded that publications on PCSC are still scarce and little diversified, not advancing on the deeper issues related to the theme.

Keywords: Hospitalization, Emergency Health Services, Primary Health Care, Ambulatory Care, Health Evaluation.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, representou um grande avanço na saúde pública do Brasil. Porém, mudanças no perfil da população e dos agravos em saúde, se mostraram obstáculos para consolidação dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, evidenciando dificuldades em superar a fragmentação e a baixa eficácia nas ações em saúde¹. Diante destas dificuldades, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2010, o arranjo organizativo do sistema de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas pelas relações horizontais entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, visando a complementariedade e a interdependência entre esses elementos². É neste contexto que surge a Rede de Atenção às Urgências (RAU), com a publicação da nova Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2011 (PNAU 2011)³.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária do usuário no sistema, portanto, elemento fundamental e comum à todas as RAS¹. Dentro da RAU, a APS tem como objetivos a ampliação do acesso, o fortalecimento de vínculo, a resolução de até 85% das situações em saúde que atende, além de realizar o atendimento inicial às urgências, até que haja a sua transferência aos demais pontos de atenção da rede³. Portanto, a APS forma, conjuntamente com os serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência (APH), criados pela Portaria MS nº 2048 de 2002⁴ e ratificados pela PNAU de 2003⁵, o componente Pré-hospitalar Fixo da RAU. Entretanto, estes distinguem-se daqueles por ofertar atendimento 24hs em livre demanda e por ser capaz de realizar suporte avançado de vida, servindo de retaguarda inicial para a APS, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e aos demais componentes da RAU³. Mas, por serem unidades não-hospitalares, estes serviços de Pronto-Atendimentos 24hs devem promover o encaminhamento para internamento hospitalar, via regulação, dos casos cujo problema não pôde ser ali resolvido em até 24hs⁶.

Sabendo que uma APS resolutiva determina menores taxas de internação hospitalar, com conseqüente redução nos custos em saúde⁷, torna-se lógico aferir o grau de resolubilidade da APS a partir das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)⁸ ocorridas nos hospitais. No Brasil, o início formal para este monitoramento ocorreu em 2008, quando o MS publicou a lista de agravos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), contendo os problemas em saúde cuja morbimortalidade pode ser reduzida por meio de uma APS forte⁹. A partir de então, foi

possível estabelecer, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), o índice de ICSAP de uma localidade e, por conseguinte, estimar o desempenho global da APS ali praticada¹⁰. Apesar de explicitado, desde sua criação, que a lista de CSAP deve servir de instrumento para a avaliação de desempenho da APS e do Sistema de Saúde como um todo⁹, o índice de ICSAP somente entrou no rol das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores da Pactuação Interfederativa de Indicadores (SISPACTO) para os anos de 2013-2015¹¹, mas não para o período seguinte, ainda em vigência (2017-2021)¹².

Paradoxalmente, o Governo Federal passou a incentivar também a partir de 2008¹³, a expansão daqueles serviços não-hospitalares de pronto-atendimento descritos na PNAU 2003, incentivo esse que ganhou grande impulso em 2011, quando foram elevados ao *status* de política pública oficial do Governo Federal⁶, resultando na proliferação difusa dessas unidades não-hospitalares de urgência (então rebatizadas de UPA24h), que têm como grande diferencial a capacidade de realizar assistência em saúde com manutenção de vida por mais de 24hs no nível pré-hospitalar¹³. Esta política governamental fez com que as UPA24h em funcionamento no país saltassem de 101 unidades em 2011¹⁴, para 618 já em 2018¹⁵. Chama a atenção que, coincidentemente à ascensão das UPA24h, estudos apontam um decréscimo no índice de leitos hospitalares disponíveis por habitante no país, bem como no número de hospitais conveniados ao SUS¹⁶.

Apesar de estar claramente expresso no PNAU 2011 que todo paciente atendido em UPA24h que não tenha sua queixa resolvida em até 24hs deve ter sua transferência providenciada para um internamento hospitalar formal⁶, estudos sugerem que na prática esta recomendação é frequentemente desrespeitada¹⁷. Uma das consequências deste desrespeito é que, pelo fato de não gerarem registros de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), estes atendimentos com permanência acima de 24hs realizados nas UPA24h, estariam à sombra do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), constituindo-se em um componente não contabilizado ao índice de ICSAP oficialmente mensurado, comprometendo a sua acurácia.

Diante do exposto, esta revisão integrativa objetivou quantificar as publicações científicas publicadas a partir de 2003 que abordem a relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP.

Metodologia

Para responder o problema de pesquisa formulado, foi estruturada uma revisão integrativa, buscando selecionar na literatura científica publicações sobre atendimentos por CSAP, com coleta dos seus principais dados para análise, seguindo da apresentação destes dados, sob a luz da questão central deste trabalho^{18,19}.

Por envolver uma realidade específica do Brasil, as fontes de dados para a revisão bibliográfica foram elencadas levando em consideração não somente o tema geral da pesquisa, mas também a regionalização dos seus resultados. Para isto, foi realizada busca em três bases de dados distintas, mas complementares entre si: i) uma base internacional, de qualquer área do conhecimento (*Scopus*); ii) uma base regional, de qualquer área do conhecimento (*SciELO*); iii) uma base internacional, voltada para conhecimentos da área da saúde (*PubMed*). A busca por publicações foi realizada em fevereiro de 2021, utilizando como estratégia os descritores *condições sensíveis* AND (*atenção primária* OR *atenção básica*) AND (*hospitalização* OR *internamento* OR *atendimento*) AND *pronto atendimento* [campos: título, resumo e palavras-chave]; bem como suas contrapartes em inglês *sensitive conditions* AND (*primary care* OR *basic care* OR *ambulatory care*) AND (*hospitalization* OR *internship* OR *care*) AND *emergency care* [field: title, abstract and keywords]. O resultado da busca foi exportado para o gerenciador de referências *Mendeley* (v2.53.0), com exclusão de todas as duplicidades.

Com a amostra inicial estabelecida, foi realizada a leitura dos resumos de cada publicação, selecionando todas aquelas que: i) abordavam a temática dos atendimentos por CSAP e ii) continham descrições de atendimentos por CSAP em pronto-atendimentos ou em hospitalizações. Evitando dispersar a análise em publicações para além da temática central deste trabalho, foram excluídas da amostra os trabalhos que: i) não tratavam da relação entre as CSAP e atendimentos em pronto-atendimentos e/ou hospitalizações; ii) abordavam indiretamente esta relação, como por exemplo em estudos de desfechos clínicos ou de eficiência/eficácia de medicamentos/tratamentos; iii) se restringiam a uma subpopulação específica ou ainda a uma condição/agravo isolada da lista de CSAP e iv) artigos anteriores à 2003.

Então, foi realizada a leitura das publicações depuradas pelos critérios de inclusão e exclusão, buscando dados pertinentes a pesquisa. Para tal, foi elaborado um instrumento de coleta contemplando os seguintes itens: autor, ano, título, periódico, nacionalidade, desenho do estudo, objetivo, tipo de correlação com as CSAP, presença de discussão

sobre vieses, se aborda atendimentos por CSAP nas emergências (APH ou Hospitalar) e, finalmente, se apresenta alguma relação entre estes atendimentos por CSAP nas emergências e o índice de ICSAP.

Por fim, foram organizadas tabelas correlacionando as publicações da amostra final com os principais dados coletados, uma para as publicações nacionais e outra para as estrangeiras.

Resultados

A estratégia de busca retornou 2153 publicações, das quais 198 (9,2%) da base *Scopus*, 123 (5,7%) da *Scielo* e 1832 (85,1%) da *PubMed*. No gerenciamento dentro do programa *Mendley*, foram excluídas 238 (11,05%) publicações em duplicidade, reduzindo a amostra para 1915 (88,94%) publicações. Já a aplicação dos critérios de inclusão restringiu o quantitativo para 1084 (50,34%), enquanto a dos critérios de exclusão, resultou em uma amostra final de 92 (4,27%) publicações.

A análise dos dados coletados na amostra final evidenciou que 55 (59,8%) das publicações tem como ponto central a determinação da prevalência das ICSAP, 20 (21,7%) o risco relativo, 8 (8,7%) os fatores causais desse tipo de atendimento, 4 (4,35%) os vieses para a análise do indicador ICSAP, 3 (3,25%) os custos envolvidos nos atendimentos CSAP e 2 (2,17%) abordavam melhorias no sistema de informação relacionado às ICSAP. Apesar de apenas 4 publicações ter como foco principal de estudo o Viés relacionados ao índice de ICSAP. Dentre as 92 publicações da amostra final, 48 (52,17%) são de procedência estrangeira, enquanto as 44 (47,83%) restantes são produção nacional.

Ao final, constatou-se que 24 (26,09%) publicações abordam de alguma maneira a questão dos atendimentos por CSAP nos serviços de emergência, das quais 20 (21,7%) em ambiente hospitalar e 4 (4,35%) em ambiente pré-hospitalar (APH). Das que partem do ambiente hospitalar, 3 (3,26%) publicações (todas internacionais) sugerem que estes atendimentos podem impactar no indicador de ICSAP, mas sem avançar na sua demonstração. Já entre as que partem do APH, apenas 1 (1,09%) publicação (artigo nº 38 do quadro 2) fez este apontamento, porém sem também avançar na sua comprovação.

O processo de seleção acima, bem como os principais resultados da análise dos dados coletados, está esquematicamente representado no quadro 1, enquanto a relação das publicações selecionadas e seus principais dados coletados, estão dispostas nos quadros 2 (nacionais) e 3 (estrangeira).

Quadro 1: Processo de Seleção da Amostra Final.

Motivação da Revisão	Pergunta Norteadora	Quantas são as produções científicas publicadas a partir de 2003 que abordem a relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP?	
Universo de Busca	Base de Dados	1. <i>Scielo</i> : base que inclui revistas de diversas áreas do conhecimento, especialmente revistas latino-americanas; 2. <i>PubMed</i> : base da Biblioteca Nacional dos EUA que reúne revistas da área da saúde de âmbito internacional; 3. <i>Scopus</i> : base internacional de revistas de diversas áreas do conhecimento.	
Busca da Amostra	Descritores	1. <i>condições sensíveis</i> AND (<i>atenção primária</i> OR <i>atenção básica</i>) AND (<i>hospitalização</i> OR <i>internamento</i> OR <i>atendimento</i>) AND <i>pronto atendimento</i> [campos: título, resumo e palavras-chave]; 2. <i>sensitive conditions</i> AND (<i>primary care</i> OR <i>basic care</i> OR <i>ambulatory care</i>) AND (<i>hospitalization</i> OR <i>internship</i> OR <i>care</i>) AND <i>emergency care</i> [field: title, abstract and keywords]	Busca em: 09/02/20 Amostra Inicial: 2153 (100%) Scielo: 123 (5,7%) Scopus: 198 (9,2%) PubMed: 1832 (85,1%)
Organização da Amostra	Gerenciador <i>Mendeley</i>	1. Depuração de artigos em duplicidade;	Duplicatas excluídas: 238 (11,05%) 1915 remanescentes
Eleição da Amostra	Critérios I/E	Inclusão: i) atendimentos por CSAP; ii) em ambulatórios, pronto atendimentos ou hospitalares. Exclusão: i) estudos que não tratavam diretamente de atendimentos por CSAP; ii) que tratavam de forma indireta; iii) restritos a uma subpopulação ou agravo específicos e iv) artigos anteriores à 2003.	Pós Critérios de Inclusão: 1084 (50,34%) Pós Critérios de Exclusão: 92 (4,27%) (amostra final)
Finalização da Amostra	Análise dos Dados Coletados	<ul style="list-style-type: none"> - 55 (59,8%) publicações sobre prevalência; - 20 (21,7%) publicações sobre risco relativo; - 8 (8,70%) publicações sobrenexo causal; - 4 (4,35%) publicações sobre vieses; - 3 (3,25%) publicações sobre custo; - 2 (2,17%) publicações sobre sistema de informação; - 47 (51,09) publicações de procedência estrangeira e 45 (48,91%) nacionais; - 20 (21,7%) publicações sobre atendimento CSAP em emergência hospitalar, das quais 3 (3,25%) sugerindo possibilidade de viés no indicador ICSAP; - 3 (3,25%) publicações sobre atendimentos CSAP no APH, das quais apenas 1 (1,09%) sugerindo possibilidade de viés no indicador de ICSAP; - Nenhuma publicação efetivamente demonstrou a associação entre os atendimentos emergenciais por CSAP e o índice de ICSAP. 	

Fonte: os autores (2021).

Quadro 2 – Relação das publicações nacionais e seus principais dados.

Nr	Autor Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação na com o ICSAP
1	Elias, E (2008)	A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por CSAP, no período de 1999 a 2004	ecológico	prevalência	não	-	-
2	Nedel, F (2008)	Programa Saúde da Família e CSAP, Bagé (RS)	survey	prevalência	não	-	-
3	Costa, J (2010)	Hospitalizações por CSAP nos municípios em gestão plena do sistema no Rio Grande do Sul, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
4	Moura, B (2010)	Principais causas de ICSAP no Brasil: uma análise por faixa etária e região	ecológico	prevalência	não	-	-
5	Nedel, F (2011)	Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por CSAP	report	viés	não	-	-
6	Souza, L (2011)	ICSAP nas coordenadorias de saúde no RS	ecológico	prevalência	não	-	-
7	Torres, R (2011)	O panorama das ICSAP em um distrito de São Paulo	transversal	prevalência	não	-	-
8	Boing, A (2012)	Redução das ICSAP no Brasil entre 1998-2009	ecológico	prevalência	não	-	-
9	Campos, A (2012)	ICSAP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009	ecológico	prevalência	não	-	-
10	Junqueira, R (2012)	ICSAP no Distrito Federal, 2008	ecológico	prevalência	não	-	-
11	Rehem, T (2012)	ICSAP no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
12	Cardoso, C (2013)	Contribuição das ICSAP no perfil das admissões pelo SUS	transversal	prevalência	sim	sim	não
13	Rehem, T (2013)	ICSAP em uma metrópole brasileira	ecológico	prevalência	não	-	-
14	Rodrigues-Bastos, R. (2013)	ICSAP em município do sudeste do Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
15	Ceccon, R (2014)	Hospitalization due to PCSC and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study	ecológico	prevalência	não	-	-

(Continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delinea- mento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergên- cia	APH	Correlacio- na com o ICSAP
16	Ferreira, J (2014)	ICSAP em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010*	ecológico	prevalência	não	-	-
17	Melo, M (2014)	Social determinants of hospitalizations for ACSC in Guarulhos, São Paulo	ecológico	prevalência	não	-	-
18	Mendonça, S (2014)	Perfil das ICSAP em Pernambuco, 2008 a 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
19	Pazó, R G (2014)	Modelagem hierárquica de determinantes associados as ICSAP no Espírito Santo, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
20	Rodrigues-Bastos, R (2014)	Hospitalizations for ACSC, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010	ecológico	prevalência	não	-	-
21	Torres, R (2014)	Overview of hospitalizations by ACSC in the municipality of Cotia, Brazil	ecológico	prevalência	não	-	-
22	Castro, A (2015)	Condições socioeconômicas, oferta de médicos e ICSAP em grandes municípios do Brasil	coorte	risco relativo	não	-	-
23	Pereira, F (2015)	Perfil das ICSAP subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras	ecológico	prevalência	não	-	-
24	Brasil, V (2016)	ICSAP em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011	ecológico	causalidade	não	-	-
25	Cavalcante, D (2016)	ICSAP: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
26	Costa, J (2016)	Tendência das ICSAP e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
27	Gonçalves, R (2016)	Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das ICSAP	ecológico	prevalência	não	-	-
28	Moretti, P (2016)	Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas ICSAP	ecológico	prevalência	não	-	-
29	Botelho, J (2017)	Risco de interpretação falaciosa das ICSAP em contextos locais, Itaboraí-RJ 2006-2011	ecológico	prevalência	não	-	-

(Continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delinea- mento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergên- cia	APH	Correlacio- na com o ICSAP
30	Costa, J (2017)	Hospitalizações por CSAP em Pelotas: 1998 a 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
31	Magalhães, A (2017)	Desigualdades intraurbanas de taxas de ICSAP na região central do Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
32	Nedel, F (2017)	csapAIH: uma função para a classificação das CSAP no programa estatístico R*	report	sistema de informação	não	-	-
33	Souza, D (2017)	Estudo descritivo da evolução dos gastos com ICSAP no Brasil, 2000- 2013*	ecológico	custo	não	-	-
34	Alves, J (2018)	ICSAP no estado do Ceará, 2010-2014	ecológico	prevalência	não	-	-
35	Pinto, L (2018)	Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das ICSAB	ecológico	prevalência	não	-	-
36	Santos, L (2018)	ICSAP, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro	ecológico	prevalência	não	-	-
37	Souza, L A (2018)	Relações entre a APS e as CSAP em um hospital universitário	transversal	risco relativo	não	-	-
38	Lima, A (2019)	Emergency department visits for aACSC	ecológico	prevalência	sim	sim	sim
39	Maia, L (2019)	Hospitalizations due to PCSC: Na ecological study	ecológico	prevalência	não	-	-
40	Morimoto, T (2019)	Análise descritiva dos gastos com ICSAP	ecológico	custo	não	-	-
41	Nedel, F (2019)	Pacote csapAIH: a Lista Brasileira de ICSAP no programa R	report	sistema de informação	não	-	-
42	Pinto, L (2019)	ICSAP no DF: comparação com outras capitais brasileiras de 2009 a 2018	ecológico	prevalência	não	-	-
43	Santos, B (2019)	ICSAP no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016	transversal	prevalência	não	-	-
44	Rocha, J (2020)	Comparative research aspects on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: the case of Brazil and Portugal	ecológico	prevalência	não	-	-

Fonte: os autores (2021).

Quadro 2 – Relação das publicações nacionais e seus principais dados.

Nr	Autor Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação com o ICSAP
1	Márquez-Calderón, S (2003)	Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios	ecológico	prevalência	não	-	-
2	Oster, A (2003)	Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions insights into preventable hospitalizations	survey	prevalência	não	-	-
3	Sánchez, J (2004)	Characteristics of avoidable hospitalization in Spain	ecológico	prevalência	não	-	-
4	Siminski, P (2005)	Primary care patients' views on why they present to emergency departments: Inappropriate attendances or inappropriate policy?	survey	causalidade	não	-	-
5	Falik, M (2006)	Comparative effectiveness of health centers as regular source of care: Application of sentinel ACSC events as performances measures	coorte	prevalência	não	-	-
6	Juan, G (2007)	Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria	revisão narrativa	causalidade	não	-	-
7	Hossain, M (2009)	Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: An application of spatial structural equation modeling	ecológico	risco relativo	não	-	-
8	Purdy, S (2009)	Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians	transversal	viés	não	-	-
9	Kirby, S (2010)	Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice.	coorte	prevalência	não	-	-
10	Purdy, S (2010)	Prioritizing ambulatory care sensitive hospital admissions in England for research and intervention: A Delphi exercise	survey	causalidade	não	-	-
11	Chang, C F (2011)	Trends in potentially avoidable hospitalizations among adults in Tennessee, 1998-2006.	ecológico	prevalência	não	-	-

(Continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação na com o ICSAP
12	McWilliams, A (2011)	Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina.	ecológico	custo	não	-	-
13	Chukmaitov, A (2012)	Characteristics of all, occasional, and frequent emergency department visits due to ambulatory care-sensitive conditions in Florida	transversal	risco relativo	não	-	-
14	Johnson, P (2012)	Disparities in potentially avoidable emergency department (ED) care: ED visits for ambulatory care sensitive conditions	ecológico	prevalência	não	-	-
15	Bardsley, M (2013)	Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for conditions amenable to ambulatory care	ecológico	prevalência	não	-	-
16	Freund, T (2013)	Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care - Sensitive conditions	survey	causalidade	não	-	-
17	Harrison, M (2014)	Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: Controlled longitudinal study	caso-controle	risco relativo	não	-	-
18	Kostanjšek, D (2014)	Ambulatory care sensitive conditions at out-of-hospital emergency services in Croatia: a longitudinal study based on routinely collected data.	ecológico	prevalência	sim	não	não
19	Cecil, E (2015)	Impact of UK Primary Care Policy Reforms on Short- Stay Unplanned Hospital Admissions for Children with Primary Care-Sensitive Conditions	coorte	risco relativo	sim	não	sim
20	Sundmacher, L (2015)	Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany	survey	causalidade	não	-	-
21	Weisz, D (2015)	Emergency department use: a reflection of poor primary care access?	survey	causalidade	sim	não	não
22	Conway, R (2016)	Deprivation influences the emergency admission rate of ambulatory care sensitive conditions.	transversal	risco relativo	sim	não	não

(continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delinea- mento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergên- cia	APH	Correlacio- na com o ICSAP
23	Chang, T (2017)	The association of quality of primary care and the potentially avoidable emergency department (ED) visit	ecológico	prevalênci- a	sim	não	sim
24	Frick, J (2017)	Suitability of current definitions of ambulatory care sensitive conditions for research in emergency department patients: a secondary health data analysis.	transversal	prevalênci- a	sim	não	não
25	Sasabuchi, Y (2017)	Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake.	ecológico	prevalênci- a	não	-	-
26	Sheringham, J (2017)	Are some areas more equal than others? Socioeconomic inequality in potentially avoidable emergency hospital admissions within english local authority areas	ecológico	risco relativo	não	-	-
27	Vuik, S (2017)	Do hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalisation	coorte	risco relativo	não	-	-
28	Baker, J (2018)	Effects of ambulatory emergency care on organisational and patient outcomes.	report	risco relativo	sim	sim	não
29	Brown, R (2018)	Methodology of a Cross-sectional Study Evaluating the Impact of a Novel Mobile Care Team on the Prevalence of Ambulatory Care Sensitive Conditions Presenting to Emergency Medical Services.	transversal	prevalênci- a	sim	sim	não
30	Fleetcroft, R (2018)	Does practice analysis agree with the ambulatory care sensitive conditions' list of avoidable unplanned admissions?: A cross-sectional study in the East of England	coorte	risco relativo	sim	não	não
31	Rauch, J (2018)	Understanding the Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments: What Role Do Medical Conditions Play?	transversal	prevalênci- a	sim	não	não
32	Solberg, L (2018)	Potentially Preventable Hospital and Emergency Department Events: Lessons from a Large Innovation Project.	coorte	risco relativo	sim	não	não
33	Strøm, C (2018)	Hospitalisation in short-stay units for adults with internal medicine diseases and conditions.	revisão sistemática	risco relativo	sim	não	não

(continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação com o ICSAP
34	Figueroa, J (2019)	Trends in Hospitalization vs Observation Stay for Ambulatory Care-Sensitive Conditions.	transversal	viés	sim	não	sim
35	González-Vélez, A (2019)	ACSC hospitalization for emergencies rates in Colombia	transversal	prevalência	não	não	não
36	Hodgson, K (2019)	Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations.	editorial	viés	sim	não	não
37	Levi, M (2019)	Epidemiology of non-deferrable medical conditions in primary care in Italy.	transversal	prevalência	não		
38	Lines, L (2019)	Emergency Department and Primary Care Use in Massachusetts 5 Years after Health Reform	transversal	risco relativo	sim	não	não
39	McGeoch, G (2019)	Hospital avoidance: an integrated community system to reduce acute hospital demand.	report	causalidade	não	-	-
40	Pressman, A (2019)	Measuring Health Equity for Ambulatory Care Sensitive Conditions in a Large Integrated Health Care System: The Development of an Index	report	risco relativo	não	-	-
41	Schuettig, W (2019)	Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany.	transversal	prevalência	sim	não	não
42	Zurovac, J (2019)	Effects of a behavioral health and chronic illness care intervention on patient outcomes in primary care practices in the dakotas	caso-controle	risco relativo	sim	não	não
43	Anderson, T S (2020)	Association of Primary Language and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions	coorte	risco relativo	sim	não	não
44	Hirota, Y (2020)	Association between clinic physician workforce and avoidable readmission: A retrospective database research	coorte	risco relativo	sim	não	não
45	Hudon, C (2020)	Risk of Frequent Emergency Department Use Among an Ambulatory Care Sensitive Condition Population: A Population-based Cohort Study.	coorte	risco relativo	sim	não	não
46	Kuecker, C M (2020)	Implementation of a Protocol to Manage Patients at Risk for Hospitalization Due to an Ambulatory Care Sensitive Condition.	caso-controle	risco relativo	sim	não	não

(continuação)

Nr	Autor Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação com o ICSAP
47	Santos, R (2020)	Patterns of emergency admissions for ambulatory care sensitive conditions: A spatial cross-sectional analysis of observational data	transversal	prevalência	não	-	-
48	She, Z (2020)	Primary Care Comprehensiveness and Care Coordination in Robust Specialist Networks Results in Lower Emergency Department Utilization: A Network Analysis of Medicaid Physician Networks	transversal	prevalência	sim	não	não

Fonte: os autores (2021).

Discussão

Considerando o impacto da PNAU no modelo de atenção às urgências em nosso país¹⁷, era de se esperar que, concomitantemente ao aumento dos “internamentos” nestas unidades, houvesse uma queda no índice de ICSAP oficialmente mensurado, sem devida correlação com melhorias na APS²⁰, fenômeno que deveria chamar a atenção de pesquisadores e, por conseguinte, resultar no aparecimento de novos estudos sobre o tema, especialmente na realidade brasileira, devido à grande difusão das UPA24h^{14,15}. Infelizmente, este cenário não parece encontrar sustentação nesta revisão integrativa.

Os achados demonstram que, embora a amostra final tenha resultado em um bom número de publicações sobre os atendimentos por CSAP (n=92), apenas 4 delas tinham como objetivo estudar os vieses que podem afetar a acurácia do ICSAP como indicador de qualidade da APS, e em apenas 1 destas publicações é apontado que o “internamento” em unidade de emergência pode ser um desses vieses, porém em emergência hospitalar. A grande maioria dos trabalhos se limitou em determinar a prevalência (n=55) ou o risco relativo (n=20) dos atendimentos por CSAP, sem avançar em questões mais profundas, como por exemplo os seus determinantes e limitações (embora em vários artigos estes tópicos sejam tidos como importantes temas para estudos futuros).

Por outro lado, a revisão já aponta uma mudança na percepção da importância que os atendimentos por CSAP em serviços de urgência tem para o sistema, pois se verifica que 24 publicações (26,09%) já partem destes locais como cenário do estudado, sendo que 17 delas (70,83%) foram publicadas nos 3 últimos anos de observação desta revisão (2018, 2019 e 2020). Entretanto, verifica-se que 91,67% destas publicações (n=22) são

estrangeiras, enquanto 83,33% se referem aos serviços de emergência hospitalares (n=20).

Entretanto, a principal preocupação levantada por esta revisão, é que a possibilidade de haver interferências no índice de ICSAP devido a esses atendimentos de curta permanência em serviços de emergência, só foi aventada em 4 destas publicações (3 no grupo das emergências hospitalares e 1 no grupo do APH), mas nenhuma realmente avançando no intuito de mensurar este fenômeno.

Interessante pontuar que as 3 publicações que levantam a questão a partir das emergências hospitalares são de origem estrangeira, enquanto a única que o faz a partir do APH, é nacional, provavelmente devido ao fato de que o Brasil é um caso à parte no que tange o modelo de assistência às urgências, com forte presença do componente pré-hospitalar¹⁷, em oposição ao encontrado em outros países²¹.

Conclusão

Ao analisar os dados obtidos por esta revisão, é possível concluir que as publicações sobre as ICSAP ainda são escassas e pouco diversificadas, não avançando sobre questões mais profundas do tema, como identificar a dinâmica dos atributos do sistema de saúde que determinaram os valores de prevalência e risco relativo, tão comumente mensurados na amostragem desta revisão. Um exemplo de tema que deveria ser mais estudado é justamente o problema que motivou esta pesquisa, uma vez que apenas 1 artigo problematizou a questão dos atendimentos por CSAP nos serviços de APH com o índice de ICSAP, no entanto sem desenvolver a questão.

Esta área de penumbra no conhecimento é especialmente grave para o Brasil, devido ao grande volume de atendimentos diariamente registrados nas inúmeras UPA24hs e similares, proliferadas pelo país após 2003, podendo representar um grande viés ao ICSAP não adequadamente investigado na literatura científica.

Por outro lado, verificou-se um nítido aumento progressivo de publicações sobre o tema ao longo dos últimos anos, bem como a aptidão que o Brasil demonstra para esta linha de pesquisa, sendo responsável, isoladamente, por quase metade das publicações selecionadas, ainda que pouco voltadas para o cenário das CSAP nas emergências.

Referências Bibliográficas

1. MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
2. BRASIL. 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). Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, 2010.
3. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 69-69, 2011.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova, na Forma do Anexo Desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde**; 2002.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Ser Implantada em Todas as Unidades Federadas, Respeitadas as Competências das Três Esferas de Gestão. **Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde**; 2003.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde**; 2011.
7. SKINNER, Halcyon G. et al. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.
8. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. CAMINAL, Josefina et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 05 de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 08 de 24 de novembro de 2016. **Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde**. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 125, 2017.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2018**. Brasília: 2018. Disponível em: <https://bit.ly/31B73P9>.
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)**. **Boletim Informativo nº 04 de 04 de fevereiro de 2019**. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3vpbj8X>.
17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)**. **Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)**. Brasília: CONASS; 2015.
18. SOUSA, Lenice Dutra de et al. A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 494-500, 2011.
19. SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 2010.
20. FIGUEROA, Jose F. et al. Trends in hospitalization vs observation stay for ambulatory care-sensitive conditions. **JAMA internal medicine**, v. 179, n. 12, p. 1714-1716, 2019
21. SCARPELINI, Sandro. A organização do atendimento às urgências e trauma. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 40, n. 3, p. 315-320, 2007.

4. ARTIGO 2 – A RELAÇÃO ENTRE A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E O ÍNDICE DE ICSAP NO MUNICÍPIO DE CURITIBA/PR

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE DEPLOYMENT OF THE EMERGENCY CARE NETWORK AND THE ACSC INDEX IN CURITIBA/PR

Resumo

O índice de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é um importante indicador utilizado como avaliação global do desempenho do sistema de saúde, em especial a atenção primária à saúde (APS). A implantação da Rede de Atenção às Urgências (RAU), através da Política Nacional de Atenção às Urgências, disseminou o modelo de atenção centrado nas Unidade de Pronto Atendimento Pré-hospitalar 24hs (UPA24h), serviços com o diferencial de manter assistência médica por período superior à 24h, em uma condição semelhante ao internamento hospitalar convencional, porém sem registros junto ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS, o que pode interferir nos valores do índice de ICSAP da localidade. Procurando avaliar se há relação entre a implantação da RAU com a variação do índice de ICSAP, foram conduzidas pesquisas documentais junto a fontes de dados da Secretaria de Saúde do município de Curitiba-PR e do Ministério da Saúde, caracterizando tanto a RAU quanto a série histórica do índice de ICSAP neste município. Como resultado, foi possível estabelecer existência de nexo temporal entre a implantação do sistema UPA24h e a queda do índice de ICSAP da cidade, levando a conclusão que os internamentos não contabilizados, realizados nas UPA24h, podem constituir uma nova fragilidade ao indicador de ICSAP na realidade brasileira.

Palavras-chave: Hospitalização, Serviços de Atendimento de Emergência, Atenção Primária a Saúde, Cuidados Ambulatoriais, Avaliação em Saúde

Abstract

The ACSC index is an important indicator used as a global assessment of health system performance, especially by the PHC. The implementation of the Emergency Care Network, through the National Emergency Care Policy, disseminated the care model

centered on the UPA24h, services with the differential of maintaining medical care for a period longer than 24 hours, similarly to conventional hospitalization, but without records with the SUS Hospital Information System, which may interfere with the ACSC index values in the locality. Documentary research was conducted with data sources from the Health Department of the city of Curitiba-PR and SUS, to characterize both the Emergency Care Network and the historical series of the ACSC index in this city. As a result, it was possible to demonstrate a temporal nexus between the implementation of the UPA24h system and the drop in the city's ACSC index, leading to the conclusion that unaccounted for admissions, performed in the UPA24hs, may constitute a new weakness to the ACSC indicator in Brazilian public health context.

Keywords: Hospitalization, Emergency Health Services, Primary Health Care, Ambulatory Care, Health Evaluation.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária do sistema de saúde. Entretanto, entender a APS apenas como um nível de atenção constitui-se em um equívoco, pois exclui a compreensão de que ela deve ser o modelo ordenador do sistema de saúde como um todo, organizando o trabalho nos demais níveis de atenção para a melhoria global dos indicadores de saúde¹. A essa capacidade da APS produzir resultados universais em saúde, não só a partir dos seus atributos como nível de atenção (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), mas também como modelo de organização do sistema, dá-se o nome de APS forte². Corroborando com a ideia acima, desde a década de 90 do século passado tem se verificado a existência de alguns perfis de atendimentos em nível terciário que poderiam ter sido evitáveis pelo atendimento em nível primário de atenção à saúde³. De fato, o aumento nas taxas de internações hospitalares na população por esses perfis de condições sensíveis a atenção primária a saúde (CSAP), pode significar a existência de problemas, tanto no acesso quanto no desempenho global do sistema de saúde, especialmente por deficiências relacionadas à APS⁴, além de elevar os custos em saúde na localidade em que este fenômeno é observado⁵. Em decorrência da relação existente entre APS forte e menores taxas de internação hospitalar por CSAP, passou-se a estimar o grau de resolubilidade da APS a partir das internações hospitalares por CSAP, utilizando-se para tal o índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP),

representado pelo percentual de internações por CSAP, em relação ao total de internações hospitalares registradas em uma localidade, no mesmo período⁴.

Apesar de iniciativas pontuais em alguns estados (como Minas Gerais e Ceará) e até mesmo em municípios (como Curitiba)⁴, o Brasil só passou a contar formalmente com uma lista de CSAP para embasar tais avaliações, somente a partir de 2008, quando o MS publicou a Lista Brasileira de CSAP, uma adaptação à realidade brasileira dos problemas em saúde cuja morbimortalidade pode ser reduzida por meio de uma APS forte, representada por um conjunto de agravos listados no Código Internacional de Doenças - 10ª versão (CID-10)⁶. A partir de então, foi possível estabelecer, com base nos CIDs mencionados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) do SUS registradas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), o índice de ICSAP de uma localidade e, por conseguinte, estimar o desempenho global da APS praticada nesta localidade⁷.

Embora explicitado em sua portaria que a lista brasileira de CSAP deve servir de instrumento para a avaliação de desempenho da APS e do Sistema de Saúde como um todo⁶, o índice ICSAP somente passou a ser considerado um indicador de qualidade formalmente constituído no SUS, na Pactuação Interfederativa de Indicadores 2013-2015⁸ (SISPACTO 2013), fato que, infelizmente, não se repetiu para a pactuação seguinte 2017-2021 (SISPACTO 2017)⁹. Entretanto, estar ausente nesta última pactuação não significa que o índice ICSAP perdesse seu potencial como avaliador de qualidade da APS, o que levou entidades focadas na melhoria contínua do SUS a incentivar a manutenção do uso pelos gestores do SUS. Como exemplo, pode-se citar a FIOCRUZ que, por meio do Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS)¹⁰, mantém o índice de ICSAP como indicador de desempenho em sua matriz conceitual, disponibilizando a sua série histórica, desde o ano 2000, para consulta pública, com dados da União, Regiões Geográficas e Unidades Federativas (UF) brasileiras, mas, infelizmente, não de municípios (vide seção ‘ANEXOS’).

Não obstante a importância para a avaliação global do desempenho da APS, o índice de ICSAP também possui algumas limitações, que devem ser levadas em consideração ao utilizá-lo como ferramenta de avaliação da APS. Estas limitações podem ser tanto de ordem interna, quando relacionadas à metodologia para o seu cálculo¹⁰, ou externas, quando a alteração do valor do indicador decorre de outras causas que não a APS diretamente^{11,12}. Como exemplo de fragilidades internas¹⁰, é possível citar: i) não considerar as internações em unidades hospitalares sem vinculação ao SUS; ii) requerer

dados confiáveis das AIH, especialmente o CID de internamento; iii) as CSAP selecionadas devem ser válidas para a realidade do estudo; iv) os sistemas de informação podem ser pontos geradores de inconsistências; v) múltiplas internações por uma mesma pessoa podem superestimar o valor do indicador.

Já em relação às limitações de ordem externa^{11,12}, as principais são: i) a influência de fatores não diretamente relacionados à saúde, como as econômicas, sociais e culturais; ii) mudanças no perfil epidemiológico dos agravos locais, como em epidemias; iii) política de internação dos hospitais, especialmente pelo viés financeiro; iv) ocorrência do fenômeno da demanda reprimida inicial, quando da abertura de um serviço hospitalar; v) composição etária da população, com supra estimação nos extremos de idade.

A observância destas fragilidades permite melhor compreender a ideia de que, embora o fortalecimento da APS determine a melhora no indicador de ICSAP, o inverso não obrigatoriamente seja verdadeiro, isto é, que a melhora do indicador seja certamente resultado de melhorias na APS¹², uma vez que diversos outros fatores podem influenciar o seu resultado.

Embora a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, tenha representado um grande avanço na saúde pública do Brasil, mudanças no perfil populacional e dos agravos em saúde se mostraram obstáculos para consolidação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, evidenciando dificuldades na superação da fragmentação e da baixa eficácia nas ações em saúde¹³. Diante destas dificuldades, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2010, o arranjo organizativo do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas pelas relações horizontais entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, visando a complementariedade e a interdependência entre esses elementos, buscando atingir a integralidade do cuidado¹⁴. É neste contexto que nasce formalmente a Rede de Atenção às Urgências (RAU), quando o MS publica, em 2011, a nova Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU 2011)¹⁵.

A PNAU 2011 é uma atualização da PNAU originalmente instituída em 2003 (PNAU 2003)¹⁶, que por sua vez, baseou-se no Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, aprovado como anexo à Portaria MS nº 2048 de 2002¹⁷. Este regulamento técnico instituiu os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, considerado o marco inicial da organização da atenção às urgências em nosso país. Uma das suas várias inovações foi a criação dos serviços de Atendimento Pré-hospitalares de urgências (APH), estruturas não-hospitalares com funcionamento 24h para atendimento de urgências, cujo objetivo principal era servir de retaguarda primária a APS e aos

serviços móveis de urgência, como forma de poupar a rede hospitalar, uma vez que o Brasil já caminhava para um cenário de escassez progressiva de leitos nestes serviços, conforme demonstrado na Tabela 01.

Tabela 01: Leitos hospitalares por 1000 habitantes. Brasil e Regiões, 1990 e 1999.

	Público		Privado		Total		Déficit em 1999*
	1990	1999	1990	1999	1990	1999	
Brasil	0,9	0,9	2,8	2,1	3,7	3,0	0 a 1,0
Norte	1,0	1,0	1,2	1,2	2,2	2,2	0,8 a 1,8
Nordeste	0,9	1,1	2,0	1,7	2,9	2,8	0,2 a 1,2
Sudeste	0,9	0,8	3,4	2,3	4,2	3,0	0 a 1,0
Sul	0,7	0,7	3,5	2,6	4,2	3,3	0 a 0,7
Centro-Oeste	1,2	1,0	3,3	2,5	4,5	3,5	0 a 0,5

* Considerando a recomendação do Ministério da Saúde de 3 a 4 leitos/1000 habitantes¹⁸

Fonte: RIPSA (2006)¹⁹ (modificado)

A PNAU 2003 afirma que estes serviços de APH deveriam formar, conjuntamente com a APS, o componente pré-hospitalar fixo da RAU, elemento responsável pelo primeiro atendimento às urgências da população. Embora compartilhando esta similaridade, os primeiros se distinguem dos últimos por contar com acesso em livre demanda nas 24h do dia, além de possuírem a capacidade de fornecer assistência médica de forma ininterrupta (incluindo para suporte avançado de vida), servindo assim de retaguarda primária em urgência para a APS e aos demais componentes da RAU, enquanto os hospitais serviriam de retaguarda referenciada²⁰.

Segundo a PNAU 2011, a RAU deve contar com alguns componentes¹⁵, a saber: i) Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; ii) Atenção Básica em Saúde; iii) Serviço de Atendimento Móvel de Urgências (SAMU) e Centrais de Regulação Médica; iv) Sala de Estabilização; v) Força Nacional de Saúde do SUS; vi) UPA 24h e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; vii) Hospitais e viii) Atenção Domiciliar.

Além de reafirmar a APS como um dos seus componentes obrigatórios, a PNAU 2011 reconhecer o seu importante papel para ampliação do acesso e fortalecimento do vínculo, devendo resolver até 85% das situações em saúde que atende e realizar o atendimento inicial às urgências até a efetivação da transferência aos demais pontos de atenção da rede¹⁵, porém, na prática o MS já vinha em um movimento de expansão dos serviços de APH desde de 2008, por meio da destinação de recursos financeiros para a construção, mobilhamento e até mesmo para custeio mensal destes serviços²¹. Esta prática evolui nos anos seguintes, culminando, paradoxalmente na própria PNAU 2011¹⁵, com a

escolha do modelo centrado em unidades de APH como a política pública prioritária de atenção às urgências pelo MS²⁰, momento em que estas unidades de APH passaram a ser formalmente conhecidas como Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA24h). Uma das consequências diretas desta política foi a rápida proliferação das UPA24h em todas as regiões do país, saltando de apenas 101 unidades em 2011²², para 618 em 2018²³ (Tabela 02).

Tabela 02: UPA24h em funcionamento. Brasil, 2011, 2016 e 2018.

Região / Ano	2011	2016	2018
Norte	5	23	39
Nordeste	20	114	163
Centro-Oeste	2	31	52
Sudeste	65	218	269
Sul	11	60	91
Total	101	446	614

Fonte: O'Dwyer²² e Ministério da Saúde²³

Apesar do grande diferencial da assistência médica contínua, as UPA24h são estruturas de urgência não-hospitalares, logo, o controle do faturamento não se dá por emissão de Autorização para Internação Hospitalar (AIH)²⁴, mas pelo Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)²⁵, tornando estas “internações” em UPA24h totalmente marginais ao Serviço de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS). Visando coibir este viés, a PNAU 2011 afirma que todo paciente da UPA24h com queixa não resolvida em até 24h da admissão, deve ter sua transferência providenciada para uma internação hospitalar formal²⁰, porém, infelizmente, estudos sugerem que na prática esta recomendação é frequentemente desrespeitada²⁶, gerando um verdadeiro contingente de pacientes que permanecem internados, para além das 24h, na própria UPA24h, chegando a representar mais de 30% de todas as internações registradas em algumas localidades, tendo as CSAP como as principais causas dessas internações²⁷.

Embora tendo abrangência nacional, estas políticas do MS têm em comum o objetivo de induzir mudanças no local onde a assistência às urgências efetivamente ocorre, isto é, na esfera loco-regional^{14,16}. Em Curitiba, os registros municipais indicam a ocorrência destas transformações nos dois períodos subsequentes às publicações das PNAU, com a implantação do SAMU 192, em 2004; a criação de um setor dentro da SMS dedicado às urgências e a transformação das Unidades de Saúde de funcionamento 24h (US24h) em Centro Municipal de Urgências Médicas (CMUM) 24h, em 2007; a criação

do Hospital Municipal do Idoso Zilda Arns (HIZA), do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), dos Pronto-atendimento Odontológicos e do CAPS III, em 2012; a expansão das UPA24h e das bases do SAMU, incluindo a incorporação de um helicóptero, em 2017²⁸. Além destas expansões de serviços, as políticas federais também induziram mudanças na forma de organização desses serviços de urgência dentro do município de Curitiba, na medida em que se verifica que a implantação da RAU passa a ter *status* de política pública municipal em seu Plano Municipal de Saúde 2018-2021²⁹.

Metodologia

Para a caracterização da RAU em Curitiba, foram elencados todos os serviços de saúde do município conveniados ao SUS, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³⁰, selecionando a opção <SIM> no campo <ATENDE SUS>, a opção <PARANÁ> no campo <ESTADO>, bem como a opção <CURITIBA> no campo <MUNICÍPIO>, gerando uma tabela contendo todos os estabelecimentos de saúde do município de Curitiba que atendem ao SUS cadastrados no CNES. Esta tabela correlaciona, entre outras informações, a natureza jurídica (pública, privada ou filantrópica) e a esfera de gestão (municipal, estadual ou mista) destes serviços. Então, os serviços relacionados foram classificados como pertencentes ou não a RAU, avaliando a sua função assistencial em relação às categorias dispostas na PNAU 2011. Além disso, procurando estabelecer uma linha evolutiva dos avanços municipais na saúde, foi realizada pesquisa documental no sítio eletrônico da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba³¹, selecionando todos os documentos e relatórios disponíveis para consulta ao público, como os Planos Municipais de Saúde (PMS), Programação Anual de Saúde (PAS), Relatório Anual de Gestão (RAG) e Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA), buscando em seu conteúdo informações sobre melhorias na rede municipal da saúde, tanto relacionados à gestão, como na expansão de serviços, especialmente os componentes da RAU.

Também por meio de pesquisa documental no sítio eletrônico da SMS de Curitiba³¹, procurou-se estabelecer a série histórica 2000-2020 do índice de ICSAP da cidade diretamente pelos dados já prontamente acessíveis ao público em geral. A escolha deste intervalo é justificada pelo fato deste ser o intervalo disponibilizado para consulta pelo PROADESS, permitindo a comparação das tendências, além de permitir conhecer os valores do indicador de pelo menos três anos anteriores à publicação original da PNAU, em 2003. Nesta pesquisa documental, foram selecionando todos PMS, PAS, RAG

e RDQA anteriormente citados, acrescido de todos os documentos relacionados com as ICSAP do município, utilizando no mecanismo de busca do sítio web os descritores <CSAP>, <ICSAP> e <condições sensíveis>.

Todos os documentos encontrados foram organizados em uma tabela e avaliados quanto à presença ou não de informações sobre ICSAP e, em caso afirmativo, foi realizada a avaliação qualitativa destas informações, atribuindo o valor <ADEQUADA> para a utilização na confecção da série histórica, a informação que preenchesse os critérios sugeridos para este indicador, segundo o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)³²: i) resultado em taxa percentual do total de internações registradas; ii) periodicidade de apuração anual; iii) categorização por grupos de CIDs e iv) categorização por faixas etárias. No caso de a informação encontrada não cumprir um ou mais desses critérios, o valor atribuído foi <INADEQUADA>, determinando o descarte para a construção da série histórica.

Na hipótese da impossibilidade de confecção da série histórica pela pesquisa documental, ela será realizada por meio do cálculo do índice de ICSAP dentro do programa TabWin, ferramenta do DataSUS utilizada pelos municípios para estudos dentro das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), selecionando o quantitativo de internações por CSAP em cada um dos anos e dividindo pelo total de internações registradas no município, no mesmo período. Foram considerados como internamentos por CSAP, aqueles que continham CIDs estabelecidos pelo IDSUS para este indicador³².

A escolha por este subconjunto da Lista Brasileira de CSAP se justifica pelo fato de conter somente os CIDs que estão relacionadas diretamente com as ações desenvolvidas pelo nível primário da atenção, evitando a seleção de causas que podem sofrer com efeitos de outros níveis de atenção³², aumentando a sua acurácia como instrumento avaliador da APS. Buscando explicitar estas diferenças, foi realizada a comparação entre os CIDs das três das principais listas utilizadas no SUS: a do MS, a do IDSUS e do SISPACTO 2013. Uma vez estabelecida a série histórica 2000-2020 do índice de ICSAP de Curitiba, foi realizada a comparação entre a evolução dos seus valores ao longo dos anos com a implantação da RAU na cidade, em especial as UPA24h, por meio da construção de uma tabela em mapa de calor, procurando estabelecer a existência de relação temporal entre as duas ações.

Resultados

A pesquisa ao CNES resultou em 335 estabelecimentos de saúde SUS cadastrados no Município de Curitiba. Destes, 307 (91,5%) são de gestão municipal, 12 (3,7%) de gestão estadual e 16 (4,8%) de gestão mista (municipal-estadual). Dos estabelecimentos sob gestão municipal, 226 (73,7%) são públicos, 30 (9,7%) são filantrópicos e 51 (16,6%) são privados, enquanto todos sob gestão estadual são públicos. Já os sob gestão mista, 7 (43,7%) são públicos e 9 (56,3%) são filantrópicos (Tabela 03).

Tabela 03: Estabelecimentos de saúde SUS, por tipo de gestão e personalidade jurídica. Curitiba-PR, 2021.

Gestão	N	%	Personalidade Jurídica	N	%
municipal	307	91,65	pública	226	73,62
			filantrópica	30	9,77
			privada	51	16,61
estadual	12	3,58	pública	12	100
			filantrópica	0	0
			privada	0	0
mista	16	4,77	pública	7	43,75
			filantrópica	9	56,25
			privada	0	0
total	335	100			

Fonte: CNES (2021)

Quando relacionados com as categorias dispostas pela PNAU 2011, foi verificado que destes 335 estabelecimentos, 207 (61,8%) se encaixaram em alguma das categorias listadas como pertencentes à RAU, conforme dispostos na Tabela 04.

Tabela 04: Dimensionamento da RAU segundo a PNAU 2011. Curitiba-PR, 2011.

Categoria		Nº de Estabelecimentos
I	Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde	19 (9,17%)
II	Atenção Básica em Saúde	114 (55,07%)
III	SAMU e Centrais de Regulação Médica	31 (14,97%)
IV	Sala de Estabilização	0*
V	Força Nacional de Saúde do SUS	0**
VI	UPA 24h e assemelhados	09 (4,34%)
VII	Hospitalar	22 (10,62%)
VIII	Atenção Domiciliar	12 (5,80%)
Total		207 (100%)

* Apesar de não haver habilitação isolada deste componente no município, cada uma das 9 UPAs da cidade conta com sua própria sala de estabilização.

** Constitui-se em uma força volante sob convocação, mas não um serviço em si.

Fonte: CNES (2021)

A pesquisa documental no sítio eletrônico da SMS de Curitiba, resultou em 43 documentos de gestão, dos quais 06 eram PMS (13,9%), 05 PAS (11,6%), 12 RAG (27,9%) e 20 eram RDQA (46,5%), cujas informações permitiram a construção do histórico simplificado com os principais avanços em gestão e em serviços nessa rede de saúde (Quadro 01).

Quadro 01: Linha evolutiva do sistema de saúde municipal. Curitiba-PR, 2021

AVANÇOS NA GESTÃO	ANO	AVANÇOS NOS SERVIÇOS
Depto de Educação, Recreação Orientada e Saúde	1963	
	1964	1ª Unidade Sanitária do Município
Alma Ata e o foco na APS	1979	
8ª Conf. Nac. Saúde Criação da Secretaria Municipal da Saúde	1986	
Criação do Sus	1990	
	1992	SIATE (Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência)
Programa Saúde da Família	1993	85 US (5 24hs)
Gestão Plena da Saúde	1997	Hospital Municipal do Bairro Novo
Prontuário eletrônico	1998	
Programa Mãe Curitibana	1999	
PNAU (Política Nacional de Atenção às Urgências)	2003	
	2004	SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
	2006	Criação da 6ª US 24h
Criação do SUEC (Serviço de Urgência e Emergência de Curitiba), dentro da SMS	2007	US24h tornam-se CMUM24h (Centro Municipais de Urgências Médicas)
	2008	Criação do 7º e 8º CMUM24h e expansão do SAMU
Nova PNAU: RAU (Rede de Atenção às Urgências)	2011	
FEAS (Fundação Estatal de Assistência em Saúde) assume a gestão médica dos CMUM24h SUEC torna-se DUE (Departamento de Urgência e Emergência) e inicia a organização da RAU na cidade	2012	HIZA (Hospital Municipal do Idoso) SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) Inauguração de 3 PA odontológicos Classificação de Risco
Os CMUM24h passam a ser chamados UPA24h	2014	Inauguração da 9ª UPA e expansão do SAMU
Planejamento Estratégico da SMS foco nas RAS Gestão Avançada da Informação na Saúde	2017	9ª UPA passa a operar no novo DS do Tatuquara Aplicativo Saúde Já
Plano Municipal de Saúde 2018-2021: Reorganização da RAU em Curitiba	2018	Realinhamento das UPA24h, do Complexo Regulador e do Componente Hospitalar com os seus papéis dentro da RAU
Pandemia Novo Coronavírus	2020	US e UPA 24h com atendimento em Coortes
	2021	Rede municipal com 111 US, 13 CAPS, 9 UPA 24h, 3 PA Odontológicos, SAMU (8 USA, 18 USB, 1 Helicóptero), SIATE (1 USA e 9 USB), 2 Hospitais Municipais, 5 CEM, 3 CEO, 12 EMAD, entre outros

Fonte: Secretaria Municipal da Saúde^{28,33, 34,}

A pesquisa documental visando encontrar documentos sobre o tema CSAP e ICSAP, resultou em apenas um único documento técnico, elaborado pelo serviço de epidemiologia da cidade. A análise qualitativa dos conteúdos, tanto dos documentos de gestão, quanto deste documento técnico, trouxe como resultados que: i) entre os PMS, 03

(50%) continham alguma informação sobre ICSAP, mas nenhum se mostrou adequado quanto à qualidade da informação contida; ii) nenhum dos 05 PAS trazia qualquer informação sobre ICSAP; iii) apenas 5 (41,6%) dos RAG continham o índice de ICSAP, porém todos considerados inadequados quanto à qualidade das informações apresentadas; iv) entre os RDQA, 17 (85%) continham informação sobre ICSAP, entretanto nenhum pode ser considerado adequado quanto à qualidade das informações apresentadas e v) o documento técnico específico sobre ICSAP trouxe informações como a série histórica 2000 a 2015 do indicador, expressa corretamente em proporção de internações por CSAP sobre o total de internações no ano, além de trazer dados sobre os grupos de CIDs e as faixas etárias em que as internações por CSAP ocorreram, sendo, portanto, o único documento (2,2% do total) considerado adequado quanto à qualidade das informações a respeito de ICSAP nesta amostra, mas que, infelizmente, por não trazer resultados relativos ao período de análise proposto por esta pesquisa, não serviu para a construção da série histórica proposta. Os resultados acima encontram-se disponíveis para consulta detalhada na seção ‘APÊNDICES’.

Como a construção da série histórica do índice de ICSAP 2000-2020 de Curitiba pela via da pesquisa documental se mostrou infrutífera, a sua determinação se deu pela via matemática, resultando na Tabela 05.

Tabela 05: Internamentos hospitalares por CSAP* (ICSAP). Curitiba-PR, 2000-2020

Condições Sensíveis	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Total
1. Dç. imunopreviníveis	225	210	393	386	338	270	298	242	311	341	235	105	102	134	109	141	115	114	114	116	163	4462
2. Gastroenterites Infec.	881	890	1315	1321	710	1102	1224	1021	575	883	838	763	666	548	450	422	408	456	510	516	289	15788
3. Anemia	16	22	93	134	111	60	40	45	21	37	78	30	58	31	50	36	35	71	120	165	125	1378
4. Defic. nutricionais	516	502	359	321	311	172	149	147	51	99	110	125	132	129	151	132	115	125	133	115	104	3998
5. Infec. otorrinolaringo	202	169	61	40	25	71	61	39	35	80	82	51	55	121	75	99	144	159	179	181	239	2168
6. Pneumonias bacter.	678	688	876	1358	1435	581	552	549	131	278	223	211	407	353	303	327	350	459	546	545	216	11066
7. Asma	1486	1118	860	673	629	487	357	382	107	349	320	346	408	378	328	345	409	458	596	497	404	10937
8. Doenças pulmonares	2476	2210	1913	1402	968	647	735	752	292	543	533	620	658	945	874	970	798	1002	1228	1237	915	21718
9. Hipertensão	879	923	742	520	385	380	527	568	106	138	106	93	91	81	77	94	80	94	132	135	86	6237
10. Angina	842	872	1805	3000	2323	1890	2154	2244	1063	1717	1669	2095	2109	2499	3167	2911	2715	2956	3235	3323	2202	46791
11. Insuficiência cardíaca	2380	2504	3064	2745	2534	1804	1712	1865	960	1880	1536	1492	1350	1578	1550	1960	2186	2387	2700	3047	2345	43579
12. Diabetes mellitus	1235	1310	914	801	591	361	374	461	238	389	448	417	380	429	386	477	492	453	509	513	485	11663
13. Epilepsias	704	717	621	522	470	431	452	422	213	352	416	435	519	533	592	677	801	813	915	1020	761	12386
14. Infec. rim e urinária	1620	1721	1467	1260	963	844	865	1080	608	965	895	845	857	993	1056	1115	1013	1307	1548	1851	1481	24354
15. Infec. pele e subcut.	1173	859	329	552	500	468	520	562	109	189	390	353	333	290	259	349	341	452	436	570	388	9422
16. Dç. Inflam. Pélvica	588	484	433	353	298	252	192	231	79	128	150	136	97	89	92	92	86	107	156	119	89	4251
Total de AIH por CSAP	15901	15199	15245	15388	12591	9820	10212	10610	4899	8368	8029	8117	8222	9131	9519	10147	10088	11413	13057	13950	10292	230198
Nº de AIH-SUS geral	111923	111523	109913	105915	100641	95478	97990	100904	62689	108721	111084	106229	104386	101620	100221	103958	106685	115889	122877	126460	92053	2197159
ICSAP-hospitalar (%)	14,2	13,6	13,9	14,5	12,9	10,3	10,4	10,5	7,8	7,7	7,2	7,6	7,9	9	9,5	9,8	9,5	9,8	10,6	11	11,2	10,5

* Segundo a lista de condições proposta pelo IDSUS³²

Fonte: DataSUS (2021)

A relação temporal da evolução dos valores do índice de ICSAP acima calculados com o histórico da implantação / expansão das UPA24h em Curitiba, resultou em na Tabela 06.

Tabela 06: Comportamento do ICSAP em relação à implantação das UPA24h#. Curitiba, 2000-2020.

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ICSAP Curitiba	14,2	13,6	13,9	14,5	12,9	10,3	10,4	10,5	7,8	7,7	7,2	7,6	7,9	9	9,5	9,8	9,5	9,8	10,6	11,03	11,2
UPA24h ⁺				*	§			6	8			**			9				***		

Valores mais elevados para o espectro vermelho, mais baixos para o verde.

+ Chamados de CMUM de 2007 a 2014.

§ Implantação do SAMU e sua vinculação com as 5 US 24h existentes.

* Publicação da PNAU.

** Nova PNAU: criação da RAU.

*** Reorganização da RAU em Curitiba.

Fonte: SMS de Curitiba²⁸, os autores (2021)

A mesma relação acima demonstrada pôde ser encontrada em relação aos índices de ICSAP médio do Brasil, conforme a tabela 07.

Tabela 07: Relação entre o ICSAP e a implantação das UPA24h - Mapa de Calor#. Brasil, 2000-2019

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ICSAP Brasil	12,8	12,9	14,5	14,3	14	13,6	13,4	12,8	12	11,9	11,8	10,8	10,3	10,1	9,6	9,1	9,2	8,8	8,5	8,2
UPA24h Brasil	\$							*				101			446			614		

Valores mais elevados para o espectro vermelho, mais baixos para o verde.

\$ Criação do SAMU no Brasil.

* Embora com registro somente a partir de 2011, o início da expansão das UPA24h no país remota ao ano de 2007²⁶.

Fonte: PROADESS¹⁰, MS²³, O'dwyer²², os autores (2021)

Já as diferenças existentes nos CIDs utilizados pelas principais listas de CSAP no SUS, resultaram no Quadro 02.

Quadro 02: Diferentes Listas de CIDs Utilizadas Para o Cálculo do Índice de ICSAP.

Condições Sensíveis	CID-10*		
	MS 2008	IDSUS 2010**	SISPACTO 2013**
1. Doenças evitáveis por imunização e outras DIP	A15-19.9, A33-37.9, A51-53.9, A95-95.9, B05-06.9, B16-16.9, B26-26.9, B50-54.9, B77-77.9, G00.0, I00-02.9	A15-19.9, A33-37.9, A51-53.9, A95-95.9, B05-06.9, B16-16.9, B26-26.9, B50-54.9, B77-77.9, G00.0, I00-02.9	A15-19.9, A33-37.9, A51-53.9, A95-95.9, B05-06.9, B16-16.9, B26-26.9, B50-54.9, B77-77.9, G00.0, I00-02.9
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	A00-09.9, E86	A00-09.9, E86	A00-09.9, E86
3. Anemia ferropriva	D50-50.9	D50-50.9	D50-50.9
4. Deficiências Nutricionais	E40-46.9, E50-64.9	E40-E46.9, 50-64.9	E40-E46.9, 50-64.9
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66-66.9, J00-03.9, J06-06.9, J31-31.9	H66-66.9, J00-03.9, J06-06.9, J031-31.9	H66-66.9, J00-03.9, J06-06.9, J031-31.9
6. Pneumonias Bacterianas	J13-14.9, J15.3-15.4, J15.8-15.9, J18.1	J13-14.9, J15.3-15.4, J15.8-15.9, J18.1	J13-14.9, J15.3-15.4, J15.8-15.9, J18.1
7. Asma	J45-46.9	J45-45.9	J45-45.9
8. Doenças Pulmonares	J20-21.9, J40-44.9, J47-47.9	J20-22, J40-42.9	J20-21, J40-42.9
9. Hipertensão	I10-11.9	I10-11.9	I10-11.9
10. Angina	I20-20.9	I20-20.9	I20-20.9
11. Insuficiência Cardíaca	I50-50.9, J81-81.9	I50-50.9	I50-50.9
12. Doenças Cerebrovasculares	I63-67.9, I69-69.9, G45-46.9	-	-
13. Diabetes Mellitus	E10-14.9	E10-14.9	E10-14.9
14. Epilepsias	G40-41.9	G40-40.9	G40-40.9
15. Infecção dos Rins e trato Urinário	N10-12.9, N30-30.9, N34-34.3, N39.0	N30-30.9, N34-34.3, N39.0	N30-30.9, N34-34.3, N39.0
16. Infecção da Pele e Tecido Subcutâneo	A46-46.9, L01-04.9, L08-08.9	A46-46.9, L01-04.9, L08-08.9	A46-46.9, L01-04.9, L08-08.9
17. Doença Inflam. Pélvica	N70-76.9	N70-73.9, N75-76.9	N70-73.9, N75-76.9
18. Úlcera Gastrointestinal	K25-28, K92.0-92.2	-	-
19. Doenças Relacionadas ao Pré-Natal e Parto	A50, O23, P35.0	A50-50.9	A50-50.9, P35.0

* A lista do PROADESS³⁵ está omissa por se basear no CID-9 (cód. 250, 291-2, 300, 303-5, 311, 401-5 e 493).

** Basearam suas listas na portaria MS nº 221/2008, porém com adaptações distintas entre si.

Fonte: Ministério da Saúde⁶, IDSUS³², SISPACTO 2013⁸

Discussão

Apesar do SUS ter a descentralização político-administrativa como um dos seus princípios³⁶, a literatura reconhece que o governo federal ainda exerce protagonismo na indução de mudanças no sistema, não só pelas regulamentações técnicas, mas, principalmente, por meio de incentivos financeiros³⁷. Uma das maneiras de estimar o grau de sucesso dessa indução de mudanças em uma localidade, é quantificando o volume de serviços vinculados à RAU em relação ao total de serviços dessa localidade. Neste estudo, essa análise evidenciou que a RAU em Curitiba conta com 61,8% de todos os serviços SUS registrados no município, sendo que mais de 55% desse percentual correspondendo a APS, enquanto as UPA24h e o SAMU, carros-chefes dentro da PNAU, correspondem a apenas cerca de 5 e 15%, respectivamente. Em um primeiro momento estes números podem significar um baixo grau de “competição” com a APS pelos novos serviços implantados pela PNAU, no entanto, se considerar que no ano de 2001 a cidade já contava com 104 Unidades Básicas de Saúde³⁸, enquanto atualmente são 111²⁸, é possível perceber o pequeno avanço de cobertura conquistado pela APS nos últimos 20 anos na cidade, mesmo se considerar crescimento populacional zero neste período. Além disso, estudos apontam que os efeitos deletérios na robustez da APS são decorrentes da quebra do processo de trabalho e da centralidade do papel da APS na rede, determinados pela presença em si da UPA24h nesta rede^{39,40,41}.

Olhando para outra direção, chama a atenção que os hospitais correspondam a apenas cerca de 10% da rede, pois, considerando a dificuldade no acolhimento hospitalar oportuno aos pacientes que se encontram em UPA24h da cidade²⁶, este dado parece corroborar com a hipótese de ainda haver deficiências na retaguarda hospitalar da rede, não sendo de todo descabido, portanto, indagar se não haveria até mesmo uma relação de causa-efeito entre esta pequena participação do nível terciário e a ascensão do modelo UPA24h na região. Embora a PNAU 2011 também tenha previsto incentivos financeiros para reforma, ampliação e custeio do componente hospitalar da RAU⁴², o resultado foi distinto em relação ao observado nas UPA24h (tabela 02), uma vez que estudos demonstram uma lenta e progressiva retração do componente hospitalar no país⁴³, sugerindo que uma das características da PNAU (a predileção pelo modelo de atenção às urgências centrado em unidades pré-hospitalares em detrimento do hospitalar), pode na verdade ter contribuído para a piora da escassez de leito hospitalares na rede, ao invés de saná-la. Essa ideia é reforçada quando se verifica a ocorrência deste mesmo fenômeno de relação inversa também em Curitiba, em que há progressiva queda no número de leitos

hospitalares disponíveis na cidade no período pós PNAU 2011, especialmente no âmbito do SUS⁴⁴, piorando a relação leitos/1000 habitantes para valores abaixo de 3, o mínimo considerado adequado pelo MS¹⁹.

Os resultados do estudo sobre a composição da RAU em Curitiba também permitem levantar outra questão importante: o financiamento. Embora demonstrado que a APS constitui o componente mais abundante e capilarizado dentro desta rede, o custeio de todas as suas ações representou, em 2019, somente cerca de 39,04% do orçamento municipal da saúde, enquanto as ações relacionadas à assistência hospitalar e especializada (inclui UPA24h e SAMU), corresponderam a quase 59,13% desse montante no mesmo período⁴⁵. Para efeito de comparação uma única UPA24h pode custar quase R\$1,7mi mensais aos cofres públicos⁴⁶. Estes dados impõe a necessidade de reflexões, tanto sobre a eficiência quanto a sustentabilidade econômica desse modelo a longo prazo. Uma solução paliativa para este problema, poderia ser reduzir o número de UPA24h da cidade, pois considerando apenas a critério populacional, Curitiba deveria ter entre 6 e 7 unidades⁴⁷, mas não 9 como atualmente. Investir no fortalecimento da APS, especialmente por meio da expansão da cobertura, ampliação do acesso e qualificação da assistência, parece ser o caminho mais adequado técnica e financeiramente para o longo prazo.

Considerando uma das temáticas centrais da pesquisa, era fundamental conhecer a série histórica do índice de ICSAP do município de Curitiba. Devido a sua importância como instrumento de avaliação da APS, associado ao pioneirismo histórico de Curitiba na sua mensuração⁴, esperava-se encontrar a série histórica deste indicador facilmente acessível ao público junto aos documentos obrigatórios de gestão. Supreendentemente, a premissa se mostrou equivocada, pois verificou-se que as informações neles contidas não seguiam um padrão metodológico para cálculo, destoando entre si quanto ao formato de apresentação e na periodicidade de apuração dos dados, além de não seguir um regramento sobre em quais documentos estes dados deveriam ser publicados ao longo dos anos. Na prática, estas dificuldades inviabilizaram a construção da série histórica do indicador ICSAP Curitiba pela via da pesquisa documental, sendo necessário recorrer à cálculos com dados do DataSUS, o que, apesar de não necessariamente difícil, pode representar um obstáculo para uma parcela da população interessada no assunto, desestimulando o surgimento de novos estudos sobre a temática na cidade.

O índice de ICSAP revela seu maior potencial quando utilizado não apenas para o planejamento de ações em saúde, mas principalmente para monitoramento de resultado

dessas ações no tempo, o que, infelizmente, não parece ter sido o caso em nosso país, tendo em vista a curta duração da sua pactuação como indicador no âmbito do SUS e a sua não incorporação pelos municípios nas rotinas de avaliação e desempenho da sua rede. Uma solução capaz de corrigir esta situação, seria transformar este índice em indicador de qualidade perenemente pactuado no SUS, como já acontece com alguns outros indicadores de grande importância, como é o caso das taxas de mortalidade materna e infantil.

Outra dificuldade encontrada neste estudo, foi à constatação de que não há um consenso sobre quais os CIDs devem ser contabilizados como sensíveis a atenção primária. Embora o país tenha uma lista oficial, outros conjuntos de CIDs são frequentemente utilizados para o mesmo fim dentro do próprio SUS. A existência de variabilidade metodológica para o cálculo do índice de ICSAP levanta questionamentos sobre a possibilidade de vieses no uso deste indicador, especialmente em comparações relativas ao tempo (construção de uma série histórica), como em relação a diferentes realidades (comparação entre municípios). O fato desta pesquisa ter optado por usar a lista do IDSUS, impossibilita a comparação direta com os valores encontrados nas séries históricas já publicadas pelo município de Curitiba⁴⁸ e pelo PROADESS¹⁰, pois ambos utilizam listas distintas. Apesar disso, permanece válida a comparação entre os padrões de valores e suas variações ao longo do tempo, uma vez que cada uma dessas séries históricas foi construída integralmente em uma mesma metodologia, eliminando o viés de que essas variações nos valores pudessem ter sido causadas por mudanças na forma de cálculo com o passar dos anos.

Interessantemente, a Tabela 06 indica um padrão de variação nos valores do ICSAP em Curitiba temporalmente concordante com alguns dos marcos da remodelação da atenção às urgências na cidade, como o início da tendência de queda em 2004 (implantação do SAMU e sua vinculação às US24h), que se acentua após 2007 (inauguração das 6 primeiras unidades de APH da cidade), até chegar ao seu valor mais baixo no ano de 2010 (quando a cidade já contava com 8 dessas unidades). A existência deste nexo temporal sugere que a introdução de unidades capazes de realizar internações no nível pré-hospitalar, pode estar impactando no índice de ICSAP da localidade, reduzindo artificialmente o seu valor. Essa hipótese ganha ainda mais peso quando também se percebe a repetição deste padrão de variação no ICSAP do Brasil em relação a expansão das UPA24h pelo país, como demonstrado na Tabela 07.

Por outro lado, esta hipótese não consegue explicar, por si só, a elevação lenta e gradativa do índice verificada em Curitiba após 2012, sugerindo a atuação de outras variáveis sobre os valores do ICSAP da cidade. Uma explicação plausível para este fenômeno é que o processo de implantação das UPA24h foi mais precocemente estabelecido nesta capital que em outras regiões do país, determinando, portanto, um descompasso temporal entre os padrões de variação verificados, no qual Curitiba estaria apenas adiantada em relação ao formato da curva de outras localidades. Outra explicação possível é que a implantação da RAU na cidade, iniciada em 2012 e impulsionada em 2018, permitiu a reorganização da relação entre os componentes da rede (em especial do trinômio UPA24h – Regulação Médica – Hospital^{33,49,50,51}), desconstruindo a ideia anteriormente estabelecida na cidade de que as UPA24h eram “mini hospitais” e, portanto, locais adequados para a internação de pacientes⁵², voltando a aumentar as transferências de pacientes das UPA24h para o internamento em hospitais, diminuindo as subnotificações e, conseqüentemente, a artificialidade imposta ao valor do índice de ICSAP notado no período imediatamente anterior. Embora, não sendo possível descartar totalmente que parte desta diminuição no valor do índice registrada neste período seja decorrente de melhoras na APS local, este não parece ser o caso, pois se considerar o pequeno incremento de apenas 7 unidades de saúde na cidade em meio ao aumento de cerca de 360mil habitantes⁴⁵ nos últimos 20 anos, é possível concluir que na verdade houve diminuição na robustez da APS, enquanto a RAU era implementada em Curitiba.

Conclusão

O índice de ICSAP é um indicador capaz de avaliar o desempenho global do sistema de saúde ainda pouco utilizado no Brasil. Embora seja especialmente útil na avaliação do desempenho da APS, ele apresenta algumas fragilidades que devem ser levadas em consideração na sua utilização. Esta pesquisa demonstra a existência de nexos temporais entre a implantação de UPA24h e a queda no índice de ICSAP da localidade, sugerindo a existência de uma nova fragilidade ao indicador, fortemente relacionada ao contexto de saúde brasileiro, representada pelas internações não oficialmente contabilizadas ocorridas dentro das inúmeras UPA24h, disseminadas pelo país por meio da política nacional de atenção às urgências instituída nas últimas duas décadas.

Referências Bibliográficas

1. STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: <https://bit.ly/2R3Xo8S>
2. TASCA, Renato et al. Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**, p. 103.
3. BILLINGS, John et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health affairs**, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993. Disponível em: <https://bit.ly/2SDdzKM>
4. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.
5. SKINNER, Halcyon G. et al. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. **BMC health services research**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2016.
6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria no 221, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 70-70, 2008.
7. CAMINAL, Josefina et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução nº 5, de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). **Diário Oficial da União**, 2013.
9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 08 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. **Diário Oficial da União**, 2016.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PROADESS** - Percentual de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano 2000-2019. Disponível em: <https://bit.ly/2R3mLaO>

11. DE SOUSA, Fernando Augusto Cervantes Garcia; DA SILVA, Lucas Ambrósio Lopes. Limitações da Utilização das Taxas de ISAPS Como Indicador do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária no Brasil. **Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas-RIDAP**, v. 3, n. 1, p. 140-154, 2018.
12. BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
13. MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
14. BRASIL. 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**, p. 88-88, 2010.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 70-70, 2011.
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Ser Implantada em Todas as Unidades Federadas, Respeitadas as Competências das Três Esferas de Gestão. **Diário Oficial da União**, 2003.
17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova, na Forma do Anexo Desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União**, 2002.
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. Fevereiro/2001. Disponível em: <https://bit.ly/3zlvdnj>
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para Saúde- RIPSAs. **Indicador: E.2** Número de leitos hospitalares por habitante. Ano 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3voMQ2j>
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2011.

21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2008.
22. O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 125, 2017.
23. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de Gestão 2018*. Brasília: 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3lB73P9>
24. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema 2014. Brasília/DF, Jan/2015. Disponível em: <https://bit.ly/3c6QIDQ>
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3wOTEaJ>
26. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*. Brasília: CONASS; 2015.
27. CARDOSO, Clareci Silva et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 227-234, 2013.
28. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR – Histórico. Disponível em: <https://bit.ly/3p6fOTe>
29. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2018-2021. Disponível em: <https://bit.ly/2RW51yD>
30. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES. Disponível em <https://bit.ly/2WumwZa>, acesso em 09/02/2021.
31. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Disponível em <https://bit.ly/2WmE9u1>, acesso em 31/01/2021.
32. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho Sistema Único de Saúde-IDSUS. Indicador nº 19 - Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica. Disponível em: <https://bit.ly/3paBeyn>

33. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Planos Municipais de Saúde de e Programações Anuais de Saúde de Curitiba/PR. Disponível em <https://bit.ly/3uADJLF>
34. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatórios de Gestão. Disponível em <https://bit.ly/3yME8h7>
35. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROADESS – Conceito de Efetividade. Disponível em: <https://bit.ly/2TxDPH7>
36. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Federal nº 8.080, de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://bit.ly/3p5raXe>
37. O'DWYER, Gisele. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2395-2404, 2010.
38. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Plano Municipal de Saúde de Curitiba 2002-2005. Disponível em: <https://bit.ly/3pVzSrS>
39. ROS, Carla Da et al. Atenção primária à saúde: ordenadora da integração assistencial na rede de urgência e emergência. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p. 1-6, 2018.
40. CASSETTARI, Sonia da Silva Reis; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de. Demanda e tipo de atendimento realizado em unidades de pronto atendimento do município de Florianópolis, Brasil. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017.
41. KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 879-892, 2016.
42. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito do sistema único de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2011. Disponível em: <https://bit.ly/2SyumyY>
43. FIOCRUZ. Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). *Boletim Informativo nº 04 de 04 de fevereiro de 2019*. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3vpbj8X>
44. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR. Notícia: Em oito anos, Brasil perde 34,2 mil leitos de internação no SUS. Julho/2018. Disponível em: <https://bit.ly/3wu2B9E>

45. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório Resumido da Execução Orçamentaria. Bimestre novembro/dezembro 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3g17YpJ>
46. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Contrato de Gestão nº 495. Agosto/2012. Disponível em: <https://bit.ly/3xmvogh>
47. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº10 de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017.
48. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Monitoramento das Condições Sensíveis à Atenção Primária Residentes em Curitiba 2000-2015. Disponível em: <https://bit.ly/3g0cAMV>
49. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 1º Quadrimestre 2018 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/34yUwUy>
50. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Programação Anual de Saúde (PAS) 2018. Disponível em: <https://bit.ly/34v3zpx>
51. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 3º Quadrimestre 2018 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3wDgv8S>
52. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Plano Municipal de Saúde de Curitiba – Atualização Biênio 2008-2009. Disponível em: <https://bit.ly/34wr8hQ>

Apêndices

Quadro 03: Documentos municipais e relação com o índice de ICSAP-hospitalar. Curitiba/PR, 2021.

Documento	Exercício	ICSAP	Apresentação	Período	Intervalo	CIDs	Faixa Etária	Valoração	
1	PMS	2002-5	não						
2	PMS	2006-8	não						
3	PMS	2008-9	sim	% das internações	intervalos	1998 a 2006	não	não	inadequada
4	PMS	2010-13	não						
5	PMS	2014-17	sim	nº de internações	anual	2000 a 2011	sim	não	inadequada
6	PMS	2018-21	sim	% de internações	anual	2000 a 2016	sim	não	inadequada
7	PAS	2016	não						
8	PAS	2017	não						
9	PAS	2018	não						
10	PAS	2019	não						
11	PAS	2020	não						
12	RAG	2008	não						
13	RAG	2009	não						
14	RAG	2010	não						
15	RAG	2011	não						
16	RAG	2012	sim	taxa por 1000 hab	anual	2000 a 2011	sim	não	inadequada
17	RAG	2013	sim	% das internações	anual	2013	não	não	inadequada
18	RAG	2014	sim	% das internações	anual	2014	não	não	inadequada
19	RAG	2015	sim	% das internações	anual	2015	não	não	inadequada
20	RAG	2016	não						
21	RAG	2017	não						
22	RAG	2018	sim	nº de internações	quadrimestral	1º/2014 a 3º/2018	não	sim	inadequada
23	RAG	2019	não						
24	RDQA	3Q 2012	não						
25	RDQA	1Q 2013	não						
26	RDQA	2Q 2013	não						
27	RDQA	3Q 2013	sim	% das internações	mensal	01/2012 a 10/2013	não	não	inadequada
28	RDQA	1Q 2014	sim	% das internações	mensal	01/2012 a 02/2014	não	não	inadequada
29	RDQA	2Q 2014	sim	% das internações	mensal	01/2012 a 05/2014	não	não	inadequada
30	RDQA	3Q 2014	sim	% das internações	mensal	01/2012 a 08/2014	não	não	inadequada
31	RDQA	1Q 2015	sim	% das internações	mensal	01/2014 a 02/2015	não	não	inadequada
32	RDQA	2Q 2015	sim	% das internações	mensal	01/2014 a 06/2015	não	não	inadequada
33	RDQA	3Q 2015	sim	% das internações	mensal	01/2014 a 10/2015	não	não	inadequada
34	RDQA	1Q 2016	sim	% das internações	mensal	01/2015 a 02/2016	não	não	inadequada
35	RDQA	2Q 2016	sim	% das internações	mensal	01/2015 a 06/2016	não	não	inadequada
36	RDQA	3Q 2016	sim	% das internações	mensal	01/2014 a 11/2015	não	não	inadequada
37	RDQA	1Q 2017	sim	% das internações	mensal	01/2014 a 02/2017	não	não	inadequada
38	RDQA	2Q 2017	sim	% das internações	bimestral	1º/2014 a 3º/2017	não	não	inadequada
39	RDQA	3Q 2017	sim	% das internações	bimestral	1º/2014 a 6º/2017	não	não	inadequada
40	RDQA	1Q 2018	sim	% das internações	quadrimestral	1º/2014 a 1º/2018	não	não	inadequada
41	RDQA	2Q 2018	sim	nº de internações	quadrimestral	1º/2014 a 2º/2018	não	sim	inadequada
42	RDQA	3Q 2018	sim	nº de internações	quadrimestral	1º/2014 a 3º/2018	não	sim	inadequada
43	RDQA	3Q 2019	sim	nº de internações	quadrimestral	1º/2017 a 3º/2019	não	sim	inadequada
44	CSAP	-	sim	% das internações	anual	2000 a 2015	sim	sim	adequada

Fonte: SMS de Curitiba³⁴

Anexos

Tabela 08: Percentual de internações por CSAP, Brasil e UF, 2000 - 2019.

UF	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RO	18.9	18.8	22.7	21.1	19.1	18.2	18.4	17.7	15.9	13.9	13.4	11.4	10.9	9.2	9.0	7.9	8.2	7.9	7.8	7.3
AC	9.3	9.8	9.5	11.4	10.5	13.1	12.4	11.1	9.8	9.5	10.4	9.4	10.6	9.3	8.6	6.8	6.7	5.5	5.6	5.3
AM	8.0	7.9	8.9	9.6	10.9	11.9	10.3	9.8	8.2	9.2	8.9	9.6	10.0	8.8	9.4	8.6	8.3	7.5	7.5	7.3
RR	6.7	9.3	8.1	7.1	6.0	6.1	6.5	7.5	7.7	8.1	6.7	6.3	5.0	5.1	5.8	6.4	7.3	6.9	7.4	7.4
PA	15.7	15.6	17.3	16.3	16.1	17.4	18.4	17.1	17.8	18.2	19.0	16.8	16.4	15.7	15.2	13.3	14.2	12.1	11.2	11.1
AP	7.5	6.7	6.1	7.4	7.2	8.3	8.0	6.8	6.8	6.3	5.6	6.1	6.6	5.6	5.5	5.2	5.1	5.5	5.7	5.5
TO	16.4	15.2	17.7	18.3	17.4	16.1	16.0	15.2	13.7	12.4	12.4	11.0	10.1	10.0	8.9	8.1	9.3	8.8	8.7	8.2
MA	15.4	16.1	18.1	17.1	17.3	17.7	19.2	17.8	16.9	18.2	19.6	18.5	17.4	18.2	16.8	15.4	16.4	14.4	13.7	12.2
PI	19.4	20.0	22.9	22.6	22.3	21.1	22.1	20.3	21.1	21.4	21.2	19.8	18.5	18.5	19.1	16.0	15.7	14.6	13.0	12.3
CE	16.0	16.5	16.2	15.6	15.6	15.2	15.4	14.2	13.0	12.7	11.7	11.3	10.5	11.5	10.1	9.7	10.3	10.0	9.7	9.4
RN	14.2	15.9	20.4	18.8	17.7	17.4	16.4	15.7	12.9	13.8	13.7	11.8	10.1	11.3	8.8	8.3	7.6	6.9	6.6	6.7
PB	19.3	19.8	22.4	22.3	21.0	20.4	19.3	18.3	17.4	16.6	15.7	14.1	12.2	12.6	11.1	10.0	9.8	9.3	8.7	8.1
PE	12.9	13.2	14.1	13.7	14.0	13.6	11.7	10.9	9.5	9.3	8.9	8.6	8.2	8.3	8.2	7.8	8.0	8.1	7.6	7.9
AL	12.4	13.3	16.7	16.8	16.6	16.5	15.9	15.1	13.3	13.0	12.0	10.9	10.6	10.5	9.2	8.7	8.4	8.4	7.2	7.2
SE	9.5	10.5	12.7	13.8	13.0	12.5	10.7	9.2	8.0	7.8	7.5	6.8	6.9	7.0	6.5	6.0	6.6	8.1	7.4	7.1
BA	16.5	17.6	18.8	18.3	17.7	18.3	19.9	19.3	19.3	18.8	17.8	15.7	15.0	14.8	13.2	12.2	11.1	10.2	9.6	9.4
MG	14.0	13.8	15.5	15.3	14.6	13.9	13.5	12.7	12.3	11.8	11.7	10.8	10.7	10.0	9.8	9.4	9.7	9.6	9.3	9.3
ES	11.2	11.3	12.9	13.6	13.3	12.8	12.0	11.5	11.0	10.6	9.9	9.3	9.6	8.8	9.1	8.5	9.0	8.6	8.4	7.7
RJ	10.3	10.2	12.2	11.9	11.9	12.1	11.2	12.0	10.5	11.0	11.0	9.9	9.1	8.4	8.1	7.7	7.8	7.4	7.5	7.6
SP	7.9	7.8	9.1	9.0	9.3	8.8	8.4	8.4	7.1	7.3	7.3	7.0	6.9	6.8	6.7	6.7	6.8	6.7	6.6	6.4
PR	13.8	13.4	14.9	15.1	14.8	14.0	13.7	12.8	12.1	11.6	11.9	10.2	9.9	9.4	9.0	8.9	8.8	8.2	7.9	7.8
SC	11.6	11.2	13.4	13.1	12.5	12.2	11.7	11.3	10.8	10.7	10.4	9.4	9.3	9.0	8.9	8.6	9.0	8.8	8.6	8.3
RS	13.1	12.6	13.7	14.0	13.2	12.2	12.5	12.1	11.6	11.3	11.0	10.3	9.9	9.5	9.2	9.2	9.3	8.9	8.7	8.5
MS	14.3	14.9	14.7	15.5	13.1	12.6	11.6	10.8	10.0	10.0	10.2	8.6	7.9	8.5	7.9	7.5	8.3	7.9	8.1	7.8
MT	15.9	16.3	19.0	18.7	16.4	14.8	13.8	13.2	14.1	13.7	13.1	11.2	10.5	9.3	8.9	8.2	8.5	8.3	8.2	7.9
GO	14.7	14.0	14.9	16.7	16.8	16.1	16.3	14.4	12.8	11.9	13.0	11.0	10.7	10.3	9.6	8.8	8.9	8.7	8.1	8.3
DF	8.3	8.3	8.6	10.0	10.7	9.6	9.7	8.6	8.0	7.7	8.0	7.4	7.8	7.4	7.2	7.5	7.8	7.4	7.8	8.0
BRASIL	12.8	12.9	14.5	14.3	14.0	13.6	13.4	12.8	12.0	11.9	11.8	10.8	10.3	10.1	9.6	9.1	9.2	8.8	8.5	8.2

Fonte: PROADESS – Fiocruz¹⁰

5. ARTIGO 3 – O IMPACTO DAS “INTERNAÇÕES” DE PACIENTES EM UPA24H SOBRE O ÍNDICE DE ICSAP NO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR, ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2020.

THE IMPACT OF PATIENT HOSPITALIZATIONS IN UPA24H ON THE ICSAP INDEX IN CURITIBA-PR, BETWEEN 2017 AND 2020.

Resumo

O índice de ICSAP é um importante indicador utilizado na avaliação global do desempenho do sistema de saúde, em especial a APS. As UPA24h são serviços capazes de manter assistência médica por período superior à 24h, em uma condição semelhante ao internamento hospitalar convencional, porém sem registros junto ao Sistema de Informação Hospitalar do SUS, gerando um verdadeiro ICSAP-oculto ao sistema, que pode estar interferindo nos valores do índice de ICSAP da localidade. Procurando avaliar qual o impacto causado por estas “internações” em UPA24h no índice de ICSAP formalmente calculado (ICSAP-hospitalar), foram analisados todos os atendimentos realizados nas UPA24h do município de Curitiba-PR, no período de 2017 a 2020, procurando determinar a existência e os valores do ICSAP-oculto. Como resultado, foi possível demonstrar a existência do ICSAP-oculto em decorrência dos “internamentos” em UPA24h de Curitiba, bem como o grau de subestimação que ele determina no índice de ICSAP oficial da cidade, levando a conclusão de que as estas “internações” se constituem em uma fragilidade real ao indicador de ICSAP, de grande relevância na realidade brasileira.

Palavras-chave: Hospitalização, Serviços de Atendimento de Emergência, Atenção Primária a Saúde, Cuidados Ambulatoriais, Avaliação em Saúde

Abstract

The ACSC index is an important indicator for global assessment of health system performance, especially PHC. The UPA24h are services capable of keeping medical care longer than 24h, in a condition like a hospital admission, but without proper records, generating an ACSC-hidden index, which may be interfering with ICSAP index values locally. Wondering the impact caused by these "hospitalizations" in UPA24h on the formally calculated ACSC index (hospital ACSC), all care provided in the UPA24h in the city of Curitiba-PR, in the period from 2017 to 2020, were analyzed, to determine the existence and ICSAP-hidden values. As a result, it was possible to demonstrate the

existence of the hidden ICSAP due to the "admissions" in UPA24h in Curitiba, and the degree of underestimation that it determines in the city's official ICSAP index, leading to the conclusion that these "admissions" constitute a real weakness to the ACSC indicator, especially in Brazilian public health context.

Keywords: Hospitalization, Emergency Health Services, Primary Health Care, Ambulatory Care, Health Evaluation.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária do sistema de saúde, devendo organizar o trabalho nos demais níveis de atenção para a melhoria global dos indicadores de saúde¹. A essa capacidade da APS produzir resultados universais em saúde, não só a partir dos seus atributos como nível de atenção, mas também como modelo de organização do sistema, dá-se o nome de APS forte². Desde a década de 1990 tem se verificado a existência de alguns perfis de atendimentos em nível terciário que poderiam ter sido evitáveis pelo atendimento em nível primário de atenção à saúde³. De fato, o aumento nas taxas de internações hospitalares na população por esses perfis de condições sensíveis a atenção primária a saúde (CSAP), pode significar a existência de problemas, tanto no acesso quanto no desempenho global do sistema de saúde, especialmente por deficiências relacionadas à APS⁴. Em decorrência da relação existente entre APS forte e menores taxas de internação hospitalar por CSAP, passou-se a estimar o grau de resolubilidade da APS a partir das internações hospitalares por CSAP, utilizando-se para tal o índice de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), representado pelo percentual de internações por CSAP, em relação ao total de internações hospitalares registradas em uma localidade, no mesmo período⁴.

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a lista nacional de CSAP pela Portaria MS nº 221 de 2008⁵, tornando possível estabelecer, com base nos CIDs mencionados nas Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) registradas no Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), o índice de ICSAP de uma localidade e, por conseguinte, estimar o desempenho global da APS praticada nesta localidade⁶.

Não obstante a importância para a avaliação global do desempenho da APS, o índice de ICSAP também possui algumas limitações, que devem ser levadas em consideração ao utilizá-lo como ferramenta de avaliação da APS^{7,8,9}, como por exemplo: i) somente considerar o universo das internações SUS; ii) depender da qualidade das informações contidas na AIH; iii) depender do grupo de CSAP considerado na amostra; iv) do grau de

confiabilidade do sistema de informação utilizado; v) não considerar que algumas doenças determinam múltiplas internações pela mesma causa; vi) não considerar que alguns fatores influenciam no perfil de atendimentos/internamentos, como fatores econômicos, religiosos, culturais, epidemias, política de internamento do hospital, bem como a política de pagamento dessas internações. A existência destes múltiplos fatores leva a conclusão de melhorias na qualidade da APS pode se traduzir em melhorias no indicador de ICSAP, mas que nem toda melhora deste indicador seja decorrente de avanços na APS⁹.

É inquestionável que a instituição do SUS representou um marco na saúde pública brasileira, porém as mudanças no perfil populacional e dos agravos em saúde se mostraram obstáculos para a superação da fragmentação e da baixa eficácia nas ações em saúde¹⁰. Tentando superar estas dificuldades, o MS propôs o arranjo organizativo do sistema em Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando atingir a integralidade do cuidado¹⁰. É neste contexto que em 2011¹¹ surge a Rede de Atenção às Urgências (RAU), quando o MS atualiza a Política Nacional de Atenção às Urgências originalmente lançada em 2003 (PNAU 2003)¹². Uma das suas várias inovações dessas políticas foi a criação dos serviços de Atendimento Pré-hospitalares de urgências (APH), estruturas não-hospitalares com funcionamento 24h para atendimento de urgências, cujo objetivo principal era servir de retaguarda primária a APS e aos serviços móveis de urgência¹², protegendo o sistema hospitalar que já caminhava para um cenário de escassez progressiva de leitos¹³.

Embora a PNAU considerar que tanto a APS quanto o APH deveriam ser responsáveis pelo primeiro atendimento às urgências da população, estes últimos distinguem-se por possuir acesso em livre demanda nas 24h do dia e a assistência médica contínua, incluindo em suporte avançado de vida, servindo assim de retaguarda primária em urgência para a APS e aos demais componentes da RAU, enquanto os hospitais serviriam de retaguarda referenciada¹⁴. Diante deste cenário, houve um contínuo incentivo para a expansão dessas unidades de APH a partir de 2008 pelo MS, inclusive com destinação de recursos financeiros para a construção, mobilhamento e até mesmo para custeio mensal¹⁵, culminando com a escolha desse modelo de atenção às urgências, centrado nas unidades de APH, como a política pública prioritária pelo MS na PNAU 2011^{11,14}, momento em que estas unidades de APH passaram a ser formalmente conhecidas como Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA24h), alcançando grande projeção nacional^{16,17}.

Um ponto importante a ser frisado é que as UPA24h não são estruturas hospitalares, portanto não emitindo Autorização para Internação Hospitalar (AIH)¹⁸, mas sim Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I)¹⁹, tornando estas “internações” em UPA24h invisíveis ao Serviço de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), logo não alimentando o índice de ICSAP da localidade, mesmo que o paciente permaneça sob assistência contínua na unidade por período superior à 24hs.

De modo a evitar esta situação, a PNAU 2011 estabelece que a UPA24h deva providenciar a transferência para uma internação hospitalar¹⁴ de todo paciente que não tenha sua queixa resolvida em até 24hs, o que na prática, porém, nem sempre ocorre²⁰, levando a situações em que alguns municípios tenham mais de 30% de todas as suas internações registradas em UPAs, sendo a maioria por CSAP²¹.

Questiona-se, então, se uma parcela dessas “internações” por CSAP das UPA24h (ICSAP-UPA), não estaria deixando de ser encaminhadas para internamento hospitalar, gerando um componente de ICSAP totalmente oculto (ICSAP-oculto) ao índice de ICSAP formal, registrado a partir das internações em hospitais (ICSAP-hospitalar).

Procurando respostas para a problematização acima, esta pesquisa abordou as “internações” em UPA24h de Curitiba entre 2017 e 2020, registradas no sistema E-saúde, e sua relação com as CSAP. O E-saúde é o sistema de gestão informatizado utilizado pela Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Curitiba, criado em 2012 pelo Instituto Cidades Inteligentes (ICI), sendo responsável pelo registro de todos os atendimentos realizados na rede própria municipal²². O município de Curitiba utiliza na sua gestão em saúde, diversos dos módulos disponíveis dentro do sistema, cada qual com uma função distinta, como por exemplo os módulos ‘Atendimento Ambulatorial de Urgência’, destinados a realização de consultas médicas e de enfermagem nos consultórios das UPA24h; ‘Internamento/Observação’, responsável pelos pacientes que necessitam de atendimentos nos setores internos das UPA24h, sendo possível realizar prescrição e evolução clínica, tanto médica quanto multiprofissional; o módulo ‘Central de Leitos’, que gerencia os pacientes com sinalização de continuidade assistencial em outro nível de atenção, como o hospitalar; entre outros, como demonstrado na Figura 01 da seção ‘APÊNDICES’.

Apesar de Curitiba disponibilizar alguns dados abertos²³ sobre a saúde pelo município, há algumas limitações quanto à diversidade dos dados disponibilizados (apenas atendimentos médicos, de enfermagem, odontológicos e por profissionais de nível superior), à janela de observação (apenas dos últimos três meses) e quanto ao conteúdo do relatório (há ausência de informações relativas à duração e ao desfecho

clínico desses atendimentos). Entretanto, o sistema E-saúde possui uma vasta gama de relatórios internos, acessível somente para usuários previamente habilitados com *login* e senha, dentro do módulo gerencial denominado ‘RELATÓRIOS’, sendo que os relatórios afins são agrupados em “temas”, para auxiliar os gestores nas suas tomadas de decisões. Como por exemplo desta organização, é possível citar a existência do tema ‘COORDENAÇÃO UPA’, que agrupa 5 relatórios relacionados à esta atividade de gestão.

Dois desses relatórios são especialmente importantes para o gestor de UPA24h: o Relatório 072, que permite conhecer o volume total de atendimentos médicos realizados nestes equipamentos; e o Relatório 219, que congrega somente a parcela destes atendimentos totais que não tiveram resolutividade já no primeiro contato médico e, conseqüentemente, necessitando de atendimento complementar, ou seja, todos aqueles cujo paciente não recebeu alta diretamente do consultório médico, ficando de observação em algum setor interno da UPA24h (sala de qualificação diagnóstica, sala de observação, sala de medicação ou salas vermelha e amarela), como na necessidade de exames complementares (imagem e laboratório), de medicação sintomática ou terapêutica, ou mesmo da necessidade de suporte avançado de vida. Importante frisar que ambos os relatórios indicam o volume de atendimentos realizados, mas não necessariamente o quantitativo de pessoas atendidas, pois é possível que a mesma pessoa tenha diversos atendimentos na janela de observação escolhida. Os 5 relatórios que compõe o tema ‘COORDENAÇÃO UPA’ podem ser consultados na Figura 02, na seção ‘APÊNDICES’.

Metodologia

Primeiramente foi determinado o total de atendimentos médicos realizados anualmente nas UPA24h de Curitiba, entre 2017 e 2020, somando os quantitativos mensais de cada ano, contidos nos relatórios “Monitoramento da Urgência e Emergência” (dispostos na seção ANEXOS).

Também foi realizada a coleta dos atendimentos que não tiveram suas queixas resolvidas na consulta médica inicial, isto é, os que necessitaram de atendimento complementar com observação em algum dos setores internos das UPA24h, registrados no Relatório 219 do E-saúde. Para isso, foi selecionado o intervalo entre 1º de janeiro de 2017 e 31 de dezembro de 2020, devido ao fato deste relatório ter sido criado apenas em meados de dezembro de 2016.

A compilação destes relatórios resultou em uma planilha *.xls* contendo todos os atendimentos complementares com observação realizados nestas unidades no período selecionado, correlacionando-os com informações cadastrais (nome, idade, unidade de cadastro, cidade de residência), temporais (dia/hora da admissão e da alta nestes setores internos) e assistenciais (classificação de risco, setor interno do atendimento, tipo de patologia com CID e o seu desfecho clínico). Para o processamento dos dados foi realizada a exclusão das informações pessoais dos pacientes, impossibilitando sua identificação.

Então, foi comparado o quantitativo de atendimentos com observação, em relação ao total de atendimentos registrado em cada ano nas UPA24h da cidade. A seguir, foram selecionados somente os atendimentos de usuários residentes em Curitiba. Na sequência, foi realizada a discriminação entre os que tiveram tempo de permanência na unidade acima de 24h, isto é, os “internados” nestas unidades (em analogia ao regramento disposto na PNAU 2011 de ser obrigatório realizar o internamento hospitalar de todos nesta condição). Estabelecido o grupo de “internados”, foram selecionados os internamentos que continham os CIDs das CSAP, segundo a lista do IDSUS²⁴, resultando nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em UPA24h (ICSAP-UPA), tanto no compilado geral, como por cada unidade individualmente. A opção por utilizar esta lista é devido ao fato de ela conter apenas os CIDs que são diretamente influenciados pelas ações desenvolvida na APS, evitando os que podem ter influência dos outros níveis de atenção. O passo seguinte foi identificar, dentre o grupo ICSAP-UPA, os que efetivamente foram transferidos para uma unidade hospitalar conveniada ao SUS, de tal forma que os demais que tiveram qualquer outro desfecho clínico e permaneceram oculto aos registros hospitalares, constituíram o índice de ICSAP-oculto. Assim, foi discriminado entre os internados por qualquer condição, aqueles que também permaneceram oculto ao sistema hospitalar, isto é o índice de internados-oculto.

Os resultados encontrados foram então compilados em uma tabela, de modo a comparar a evolução anual para cada um desses dados. A seguir, foi realizada a comparação entre as observações e as “internações” por CSAP. Então, após ter realizado o cálculo do ICSAP oficial do município de 2017 a 2020 no TabWin/DataSUS (utilizando com parâmetro a lista de CSAP do IDSUS²⁴), foi possível realizar a comparação entre o ICSAP calculado a partir das internações hospitalares (ICSAP-hospitalar) e o ICSAP calculado a partir das “internações” nas UPA24h (ICSAP-UPA).

Dispondo agora do quantitativo de internados nas UPA24h que ficaram ocultos ao sistema hospitalar, tanto geral quanto por CSAP, foi realizada a correção do denominador e do numerador do ICSAP-hospitalar da cidade, respectivamente, para então poder recalcular o índice de ICSAP da cidade com os dados de numerador e denominador já corrigidos, chegando ao ICSAP que realmente deveria ter sido aferido, caso não houvesse internações nas UPA24h (ICSAP-corrigido).

Ao final, foi realizada a comparação entre o ICSAP-hospitalar (calculado somente a partir do SIH-SUS) e o ICSAP-corrigido (que teve os valores do numerador e denominador acrescidos pelos internamentos ocultos ao sistema), resultando no percentual de erro atribuído às internações realizadas nas UPA24h da cidade.

Resultados

Os resultados dos passos descritos na metodologia estão dispostos, ordenadamente, nas tabelas abaixo:

Tabela 01: atendimentos com observação nas UPA24h de Curitiba, 2017-2020

Ano		2017	2018	2019	2020
Atendimentos com observação	N	222385	350112	476002	388343
	%	20,27	29,79	35,68	43,70
Atendimentos sem observação	N	874404	825087	857949	500207
	%	79,73	70,21	64,32	56,30
Total de Atendimentos		1096789	1175199	1333951	888550

Fonte: os autores (2021)

Tabela 02: Atendimento com observação a residentes de Curitiba nas UPA24h, 2017-2020

Ano		2017	2018	2019	2020
Residentes	N	199238	312695	435060	358566
	%	89,59	89,31	91,40	92,33
Não-residentes	N	23147	37417	40942	29777
	%	10,41	10,69	8,60	7,67
Total de Observações		222385	350112	476002	388343

Fonte: os autores (2021)

Tabela 03: Residentes em Curitiba em observação >24h (“internados”) em UPA24h. Curitiba, 2017-2020

Período	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<24hr	178208	89,44	292960	93,69	421754	96,94	346574	96,66
>24hr	21030	10,56	19735	6,31	13306	3,06	11992	3,34
Total	199238	100	312695	100	435060	100	358566	100

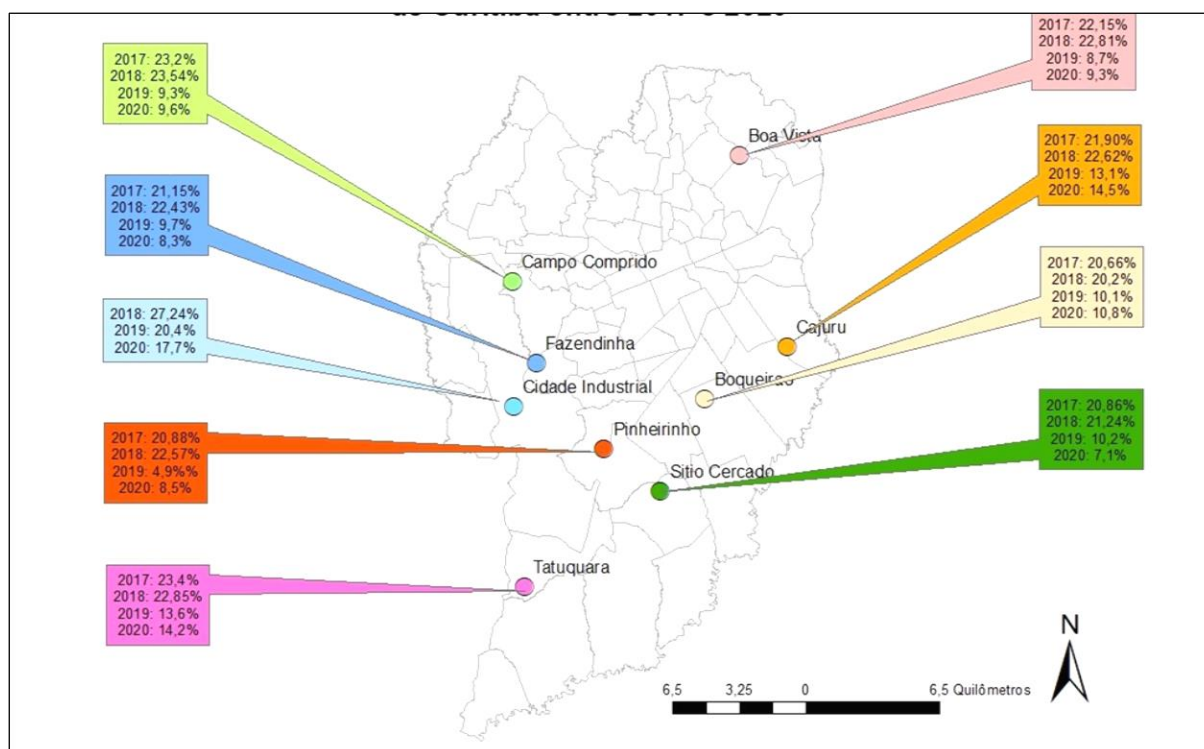
Fonte: os autores (2021)

Tabela 04: Residentes em Curitiba “internados” por CSAP nas UPA24h – ICSAP-UPA, 2017-2020

CSAP	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
CSAP	3659	17,40	3293	16,69	2210	16,61	1450	12,09
Não CSAP	17371	82,60	16442	83,31	11096	83,39	10542	87,91
Total	21030	100	19735	100	13306	100	11992	100
ICSAP-UPA	17,40%		16,69%		16,61%		12,09%	

Fonte: os autores (2021)

Figura 01: Taxa de ICSAP-UPA, por UPA24h da cidade. Curitiba, 2017-2020



Fonte: os autores (2021)

Tabela 05: Desfechos dos ICSAP-UPA nas UPA24h de Curitiba, 2017-2020

Desfecho	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Transferência Hospitalar	976	26,68	1275	38,72	985	44,57	691	47,66
Alta	630	17,22	736	22,35	483	21,85	252	17,38
Óbito	43	1,17	53	1,61	28	1,27	10	0,69
Outros	2010	54,93	1229	37,32	714	32,31	497	34,27
Total de ICSAP-UPA	3659	100	3293	100	2210	100	1450	100
ICSAP-oculto	2683	73,32	2018	61,28	1225	55,42	759	52,34

Fonte: os autores (2021)

Tabela 06: Desfecho dos “internamentos” gerais nas UPA24h de Curitiba, 2017-2020

Desfecho	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Transferência	6025	28,66	7558	38,30	5682	42,70	5881	49,04
Alta	3204	15,23	4104	20,79	2821	21,20	2325	19,38
Óbito	262	1,24	263	1,33	112	0,84	66	0,55
Outros	11539	54,87	7810	39,57	4691	35,25	3720	31,02
Total internados	21030	100	19735	100	13306	100	11992	100
Internamentos Oculto	15005	71,35	12177	61,70	7624	57,29	6111	50,95

Fonte: os autores (2021)

Tabela 07: Atendimentos em UPA24h de Curitiba, em relação ao ICSAP-UPA, 2017-2020

Ano	Total de Atendimentos UPA24h	Ficaram em Observação		Residentes em Curitiba		"internados" nas UPA24h		"internados" por CSAP (ICSAP-UPA)		ICSAP-UPA Transferidos		ICSAP-oculto	
	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2017	1096789	222385	20,27	199238	89,59	21030	10,56	3659	17,4	976	26,68	2683	73,32
2018	1175199	350112	29,79	312695	89,31	19735	6,31	3293	16,69	1275	38,72	2018	61,28
2019	1333951	476002	35,68	435060	91,4	13306	3,06	2210	16,61	985	44,57	1225	55,42
2020	888550	388343	43,7	358566	92,33	11992	3,34	1450	12,09	681	47,66	759	52,34

Fonte: os autores (2021)

Tabela 08: Observações e “internações” por CSAP em UPA24h. Curitiba, 2017-2020.

CSAP	2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Observação	43435	21,80	70863	22,66	101355	23,30	52435	14,62
Internados	3659	17,40	3293	16,69	2210	16,61	1450	12,09
Varição (%)		-20,18		-26,34		-28,28		-17,30

Fonte: os autores (2021)

Tabela 09: Internamentos por CSAP* no Município de Curitiba – ICSAP-hospitalar, 2017-2020

Condições Sensíveis	2017	2018	2019	2020	Total
1. Doenças imunopreviníveis	114	114	116	163	4462
2. Gastroenterites Infecciosas	456	510	516	289	15788
3. Anemia	71	120	165	125	1378
4. Deficiências nutricionais	125	133	115	104	3998
5. Infecção otorrinolaringológicas	159	179	181	239	2168
6. Pneumonias bacterianas	459	546	545	216	11066
7. Asma	458	596	497	404	10937
8. Doenças pulmonares	1002	1228	1237	915	21718
9. Hipertensão	94	132	135	86	6237
10. Angina	2956	3235	3323	2202	46791
11. Insuficiência cardíaca	2387	2700	3047	2345	43579
12. Diabetes mellitus	453	509	513	485	11663
13. Epilepsias	813	915	1020	761	12386
14. Infecção de rim e vias urinária	1307	1548	1851	1481	24354
15. Infecção de pele e subcutâneo	452	436	570	388	9422
16. Dç. Inflam. Pélvica	107	156	119	89	4251
Total de AIH por CSAP	11413	13057	13950	10292	230198
Nº de AIH-SUS geral	115889	122877	126460	92053	2197159
ICSAP-hospitalar (%)	9,8	10,6	11	11,2	10,5

* Segundo a lista de condições proposta pelo IDSUS²⁴

Fonte: DataSUS – 2021

Tabela 10: Diferença entre o ICSAP-hospitalar e o ICSA-UPA. Curitiba, 2017-2020

ICSAP em Curitiba	2017	2018	2019	2020
Hospitalar	9,8	10,6	11,0	11,2
UPA24h	17,4	16,7	16,6	12,9
Variação (%)	+77,5%	+57,5%	+50,9%	+15,1%

Fonte: os autores (2021)

Tabela 11: Índice ICSAP-corrigido. Curitiba 2017-2020

Fonte de Dados	2017	2018	2019	2020
AIH registradas	115889	122877	126460	92053
Internações ocultas	15005	12177	7624	6111
Internações Corrigida	130894	135054	134084	98164
ICSAP-hospitalar	11413	13057	13950	10292
ICSAP-oculto	2683	2018	1225	759
ICSAP-corrigido	14096	15075	15175	11051
Índice ICSAP-corrigido	10,76%	11,16%	11,31%	11,25%

Fonte: os autores (2021)

Tabela 12: Subestimação do Índice ICSAP-Hospitalar Curitiba 2017-2020

ICSAP	2017	2018	2019	2020
Hospitalar	9,84	10,62	11,03	11,18
Corrigido	10,76	11,12	11,31	11,25
Subestimação	9,34%	4,70%	2,53%	0,62%

Fonte: o Autor – 2021

Discussão

Houve grande aumento de casos que precisaram de atendimento complementar com observação entre 2017 e 2020, podendo representar o aumento nas solicitações de exames complementares, para então definir a conduta clínica verificado na cidade^{25,26}. Embora a pandemia do Sars-Cov2, iniciada em março de 2020 na região, poder ter influenciado no resultado de 2020 (devido ao aumento de casos respiratórios com necessidade de assistência médica²⁷), a elevação também é verificada nos demais anos, sugerindo a existência de outra condição para este fenômeno, das quais, a que a prática médica está, também na urgência, se tornando mais “armada”, isto é, utilizando-se de mais exames complementares^{25,26} em detrimento do uso apropriado do binômio anamnese-exame físico, levantando o questionamento se não estaríamos solicitando exames demais²⁸, ferindo a prevenção quaternária²⁹.

Foi verificado no período a redução da participação de não-residentes na cidade de Curitiba entre os que permaneceram em observação, refutando a ideia de que esta é uma causa importante de superlotação nas UPA24h de Curitiba. Novamente, a ocorrência da pandemia pelo novo coronavírus não consegue explicar este resultado isoladamente, pois a queda foi também ocorreu de 2018 para 2019, sugerindo novas hipóteses, como a melhora na RAU da própria Região Metropolitana de Curitiba (RMC), favorecendo o acesso desses municípios nos seus locais de residência, mas também podendo representar barreiras ao acesso desta população nas UPA24h da capital do estado.

Em relação às “internações” nas UPA24h da cidade, esta pesquisa revelou que, embora o relatório do CONASS²⁰ ter apontado ser este um problema recorrente nas UPA24h da cidade, foi observada grande redução nestas “internações” entre 2017-2020, apesar do discreto aumento percentual em 2020 sobre 2019, provavelmente devido a pandemia do novo coronavírus, que acarretou expressiva queda no volume total de pacientes atendidos nas UPA24h naquele ano (Anexo D), afetando a proporcionalidade mas sem incorrer em aumento nominal dos casos. Estes dados podem sugerir que houve, entre outras coisas, melhorias na qualificação diagnóstica dos casos em observação, pois,

apesar destes últimos terem aumentado de volume, é provável que a equipe médica esteja utilizando esta curta permanência para mais assertivamente definir a conduta final do atendimento (alta ou transferência hospitalar) antes do tempo limite de 24hs da admissão, aproximando-as do ideal de permanência preconizado pela PNAU 2011 para estas unidades pré-hospitalares.

Quanto às internações por CSAP nas UPA24h (ICSAP-UPA), é possível perceber que este índice não se limitou a somente acompanhar a tendência de queda registrada no volume geral de internações, mas apresentou declínio real de cerca de 30,5% na participação das CSAP nestas internações no período, ainda que não uniformemente entre as unidades estudadas, como demonstrado na figura 03, na qual é possível perceber que as três UPA24h com menores variações (CIC, Cajuru e Tatuquara) têm em comum pertencerem às regiões da cidade com maiores índices de vulnerabilidade da atenção básica (IVAB)³⁰, sugerindo que fatores extrínsecos às UPA24h também interferem nos seus resultados e indicadores.

Na condição de indicador de ICSAP, este resultado deve receber as mesmas cautelas que as extrapolações dadas às quedas do ICSAP-hospitalar, isto é, embora a queda real verificada seja um bom resultado em si, não é possível afirmar, entretanto, que seja diretamente determinada por melhorias no nível primário de atenção. De fato, considerando o fato de ter havido expansão de apenas uma nova unidade de saúde na cobertura da APS no período estudado^{31,32}, esta pesquisa sugere apontar em outra direção, ao demonstrar ser possível baixar o índice de ICSAP de um serviço, por meio da melhoria nos processos de trabalho da “porta de entrada” da própria instituição, sem a participação direta da APS. Corroborar para esta hipótese a verificação de taxas de observação geral por CSAP reiteradamente mais altas que no subgrupo dos “internados” (Tabela 08).

Outro fato que merece atenção é o de que o índice de ICSAP-UPA aferido nesta pesquisa é consistentemente mais alto que o índice ICSAP-hospitalar da cidade (Tabela 10) o que reforça a hipótese que esses equipamentos de APH podem estar represando os casos de adoecimento por CSAP. Entretanto, é possível verificar a queda progressiva na distância entre os índices, sugerindo que este represamento está diminuindo de tamanho, ideia reforçada pela queda verificada do ICSAP-oculto no período.

Como o ICSAP-oculto é resultado da relação entre o volume de “internações” por CSAP nas UPA24h que foram ou não transferidos para hospitais, é possível que a melhora deste índice tenha acontecido por causas externas a própria UPA24h, como por exemplo melhorias nos processos de regulação de leito, especialmente após o processo de

reestruturação da RAU na cidade de Curitiba de 2018^{25,33,34,35}, fato esse reforçado com verificação do aumento na taxa de transferidos para hospitais na ordem de 78,63% nestes 4 anos.

A própria existência em si do ICSAP-oculto no sistema pré-hospitalar de atendimento de Curitiba responde a um dos questionamentos centrais deste estudo, pois confirma que uma parcela da população, adoecida por CSAP, está recebendo atendimento resolutivo análogo ao de uma internação hospitalar em ambiente pré-hospitalar, portanto, completamente à margem do sistema de registros das AIH. Porém, este achado sozinho não permite inferir, categoricamente, que o a existência do ICSAP-oculto falseou o valor do índice de ICSAP-hospitalar de Curitiba, tendo esta dúvida sido respondida pelos valores do ICSAP-corrigido da Tabela 11, que evidenciaram a subestimação do índice oficial em cerca de 10% em 2017, embora exercendo pronunciadamente menor efeito deletério ao longo do tempo, reforçando a ideia de que as UPA24h de Curitiba estão deixando de se comportar como “mini hospitais”³⁶.

Conclusão

Os resultados encontrados nesta pesquisa confirmam a hipótese de que o índice ICSAP de Curitiba, calculado a partir das AIH (ICSAP-hospitalar), não está considerando as internações que ocorrem nas UPA24h da cidade, que, embora em declínio, ainda persistem, gerando subestimação dos valores oficiais em relação ao valor que realmente deveria ser mensurado, constituindo-se em uma nova importante fragilidade a esse indicador, especialmente em um contexto no qual estruturas como as UPA24h tem grande projeção, como no Brasil.

As diferenças encontradas na variação dos valores de ICSAP-UPA entre as diversas unidades da cidade, ao longo do período do estudo, suscita a existência de variáveis internas às UUPA24h, como o nível de organização da gestão local, e externas, como o grau de vulnerabilidade social da área de abrangência na qual a unidade se encontra.

Referências Bibliográficas

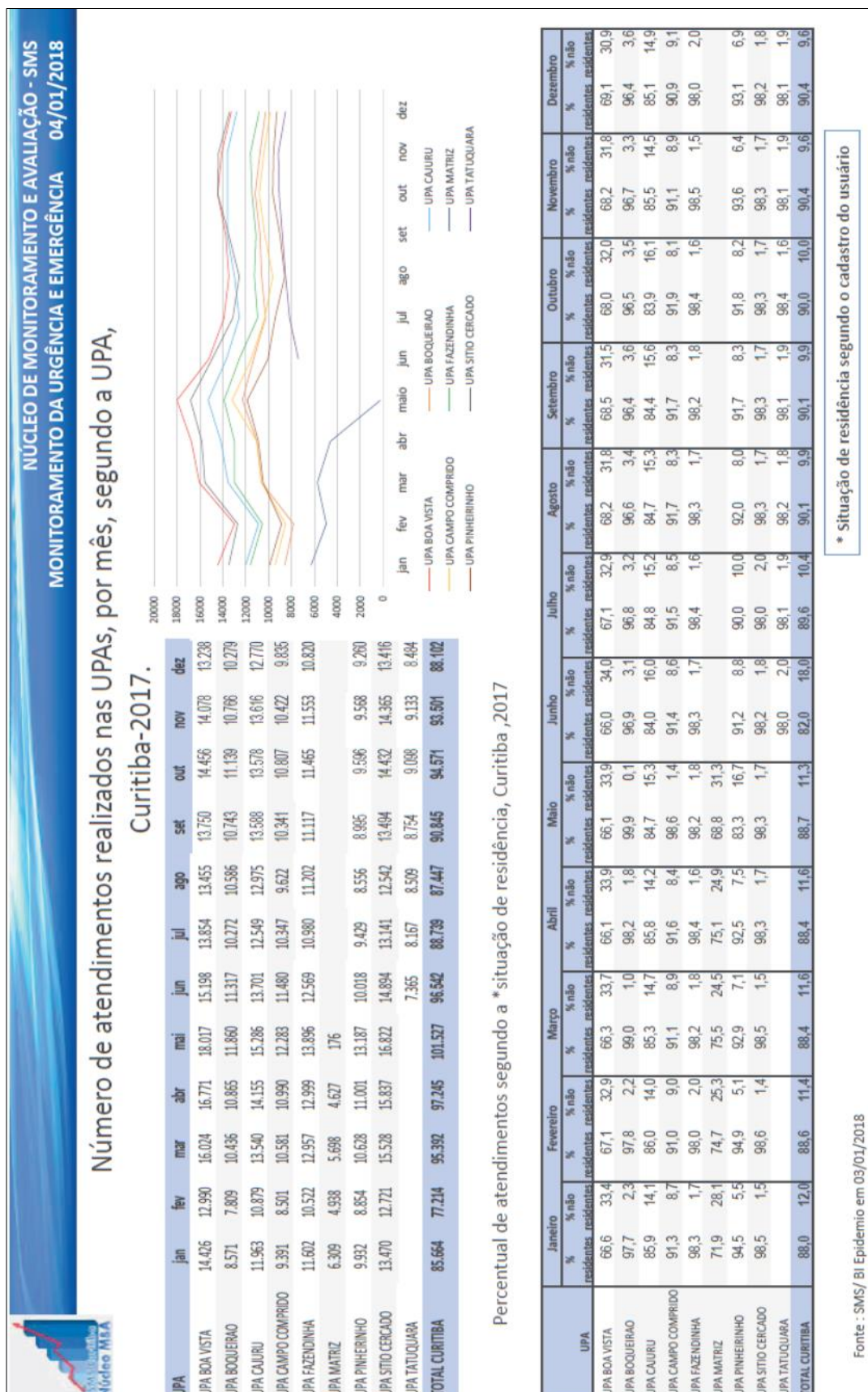
1. STARFIELD, Barbara et al. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2002. Disponível em: <https://bit.ly/2R3Xo8S>
2. TASCA, Renato et al. Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**, p. 103.
3. BILLINGS, John et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health affairs**, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993. Disponível em: <https://bit.ly/2SDdzKM>
4. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 1337-1349, 2009.
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 70-70, 2008.
6. CAMINAL, Josefina et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **The European Journal of Public Health**, v. 14, n. 3, p. 246-251, 2004.
7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROADESS - Percentual de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por condições sensíveis à atenção primária em relação ao número total de internações hospitalares pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em determinado espaço geográfico, no ano 2000-2019. Disponível em: <https://bit.ly/2R3mLaO>
8. DE SOUSA, Fernando Augusto Cervantes Garcia; DA SILVA, Lucas Ambrózio Lopes. Limitações da Utilização das Taxas de ISAPS Como Indicador do Acesso e da Qualidade da Atenção Primária no Brasil. **Revista Internacional de Debates da Administração & Públicas-RIDAP**, v. 3, n. 1, p. 140-154, 2018.
9. BOTELHO, Janaina Furtado; PORTELA, Margareth Crisóstomo. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.
10. MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 70-70, 2011.

12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Ser Implantada em Todas as Unidades Federadas, Respeitadas as Competências das Três Esferas de Gestão. **Diário Oficial da União**, 2003.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informações para Saúde- RIPSAs. **Indicador: E.2** Número de leitos hospitalares por habitante. Ano 2006. Disponível em: <https://bit.ly/3voMQ2j>
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2011.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2008.
16. O'DWYER, Gisele et al. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 125, 2017.
17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório de Gestão 2018*. Brasília: 2018. Disponível em: <https://bit.ly/31B73P>
18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema 2014. Brasília/DF, Jan/2015. Disponível em: <https://bit.ly/3c6QIDQ>
19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3wOTEaJ>
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*. Brasília: CONASS; 2015.
21. CARDOSO, Clárci Silva et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 227-234, 2013.
22. CURITIBA. Instituto Cidades Inteligentes-ICI. Solução Gestão+ Saúde. Gerenciamento dos recursos municipais relacionados à Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/3cQOROq>

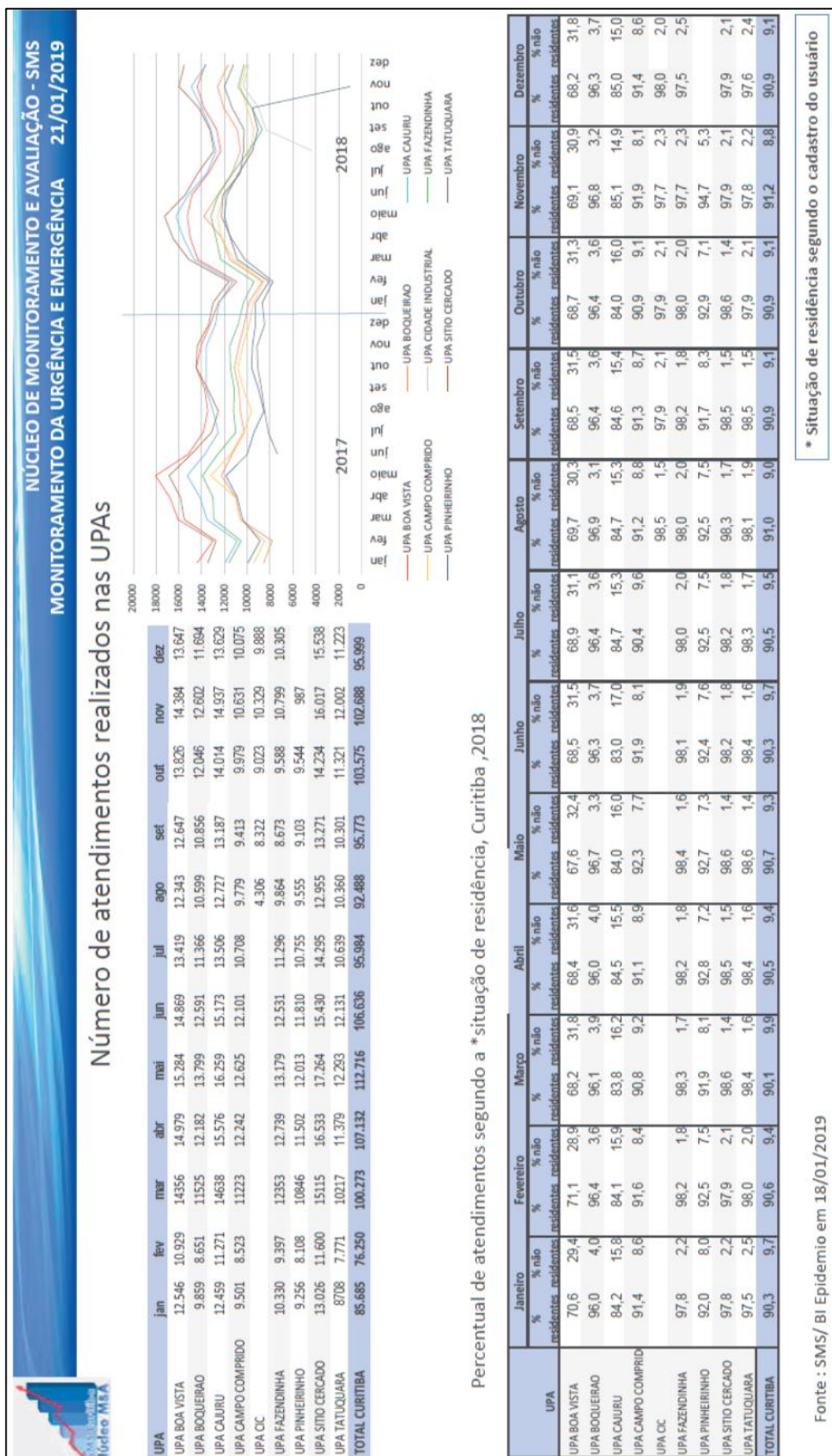
23. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Bases de Dados Abertos do Sistema E-Saúde. Disponível em: <https://bit.ly/2TJ7XPu>.
24. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho Sistema Único de Saúde-IDSUS. Indicador nº 19 - Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica. Disponível em: <https://bit.ly/3paBeyn>
25. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 3º Quadrimestre 2018 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3wDgv8S>
26. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 3º Quadrimestre 2019 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3gzrr2j>
27. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Centro de Epidemiologia. Painel Covid 19. Disponível em: <https://bit.ly/3xu71gQ>
28. FITTIPALDI, ROBERTA Menos é mais - Será que não estamos pedindo exames demais? Acesso em 18/06/2021. Disponível em <https://bit.ly/2UfirGP>
29. TESSER, Charles Dalcanale. Prevenção quaternária para a humanização da atenção primária à saúde. **Mundo Saúde**, v. 36, n. 3, p. 416-26, 2012.
30. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Índice de Vulnerabilidade da Áreas de Abrangências das Unidades Básicas de Saúde – IVAB, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3yNKqx8>
31. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 1º Quadrimestre 2017 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/35KnSAd>
32. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 3º Quadrimestre 2020 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3xz3QV7>
33. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Planos Municipais de Saúde de e Programações Anuais de Saúde de Curitiba/PR. Disponível em <https://bit.ly/3uADJLF>
34. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Relatório de Gestão Monitoramento SUS 1º Quadrimestre 2018 – Curitiba/PR, 2018. Disponível em: <https://bit.ly/34yUwUy>
35. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Programação Anual de Saúde (PAS) 2018. Disponível em: <https://bit.ly/34v3zpx>
36. CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba/PR. Plano Municipal de Saúde de Curitiba – Atualização Biênio 2008-2009. Disponível em: <https://bit.ly/34wr8hQ>

Anexos

A – Monitoramento da Urgência e Emergência, fechamento de 2017 (04/01/2018)



B - Monitoramento da Urgência e Emergência, fechamento de 2018 (21/01/2019)



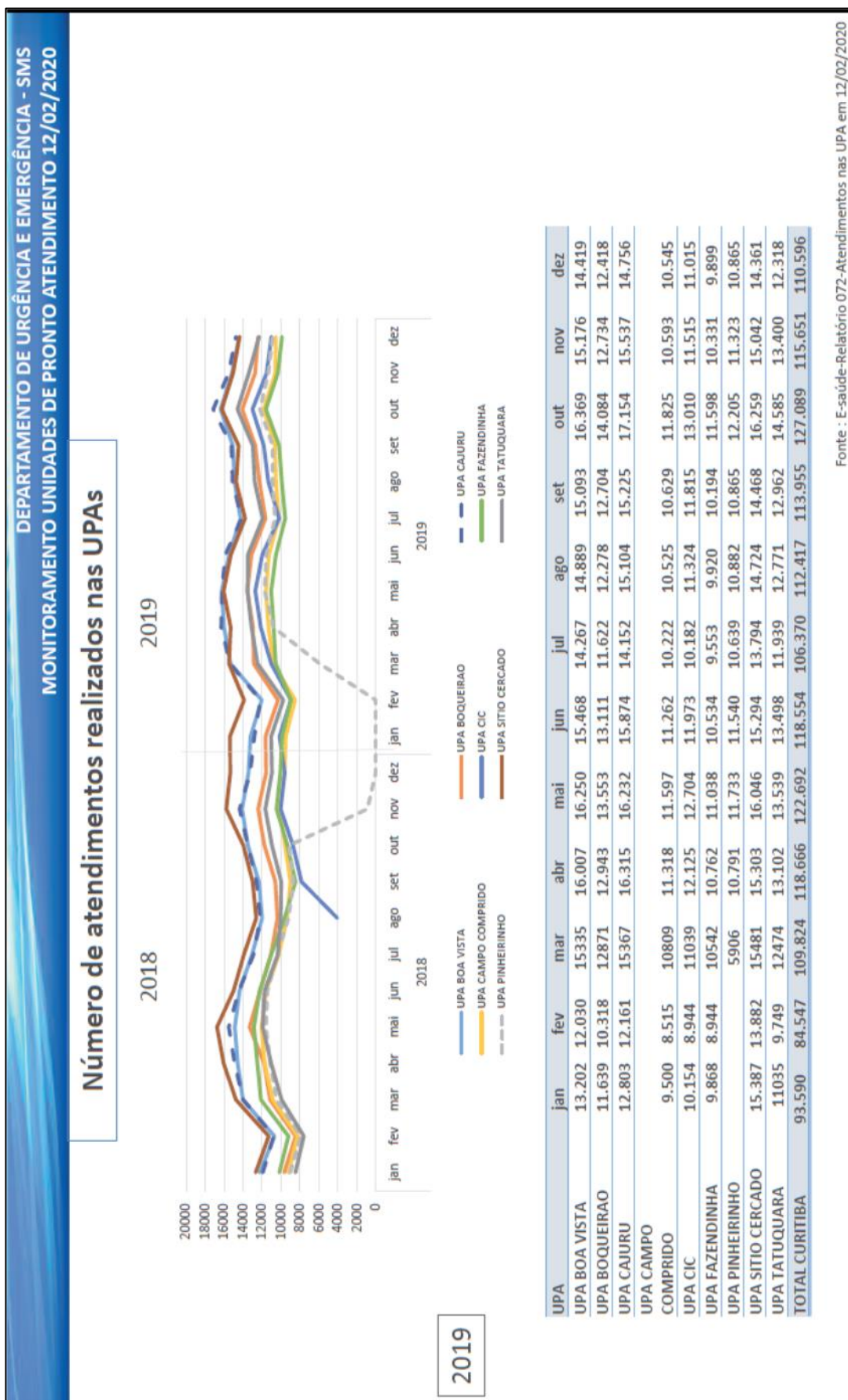
Percentual de atendimentos segundo a * situação de residência, Curitiba ,2018

UPA	Janeiro		Fevereiro		Março		Abril		Maio		Junho		Julho		Agosto		Setembro		Outubro		Novembro		Dezembro	
	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes	% residentes	% não residentes
UPA BOA VISTA	70,6	29,4	71,1	28,9	68,2	31,8	68,4	31,6	67,6	32,4	68,5	31,5	68,9	31,1	69,7	30,3	68,5	31,5	68,7	31,3	69,1	30,9	68,2	31,8
UPA BOQUEIRAO	96,0	4,0	96,4	3,6	96,1	3,9	96,0	4,0	96,7	3,3	96,3	3,7	96,4	3,6	96,9	3,1	96,4	3,6	96,4	3,6	96,8	3,2	96,3	3,7
UPA CAURU	84,2	15,8	84,1	15,9	83,8	16,2	84,5	15,5	84,0	16,0	83,0	17,0	84,7	15,3	84,7	15,3	84,6	15,4	84,0	16,0	85,1	14,9	85,0	15,0
UPA CAMPO COMPRIDO	91,4	8,6	91,6	8,4	90,8	9,2	91,1	8,9	92,3	7,7	91,9	8,1	90,4	9,6	91,2	8,8	91,3	8,7	90,9	9,1	91,9	8,1	91,4	8,6
UPA CC	97,8	2,2	98,2	1,8	98,3	1,7	98,2	1,8	98,4	1,6	98,1	1,9	98,0	2,0	98,5	1,5	97,9	2,1	97,9	2,1	97,7	2,3	98,0	2,0
UPA FAZENDINHA	92,0	8,0	92,5	7,5	91,9	8,1	92,8	7,2	92,7	7,3	92,4	7,6	92,5	7,5	92,5	7,5	91,7	8,3	92,9	7,1	94,7	5,3	97,5	2,5
UPA PINHEIRINHO	97,8	2,2	97,9	2,1	98,6	1,4	98,5	1,5	98,6	1,4	98,2	1,8	98,2	1,8	98,3	1,7	98,5	1,5	98,6	1,4	97,9	2,1	97,9	2,1
UPA SÍTIO CERCADO	97,5	2,5	98,0	2,0	98,4	1,6	98,4	1,6	98,6	1,4	98,4	1,6	98,3	1,7	98,1	1,9	98,5	1,5	97,9	2,1	97,8	2,2	97,6	2,4
UPA TATUQUARA	90,3	9,7	90,6	9,4	90,1	9,9	90,5	9,4	90,7	9,3	90,3	9,7	90,5	9,5	91,0	9,0	90,9	9,1	90,9	9,1	91,2	8,8	90,9	9,1

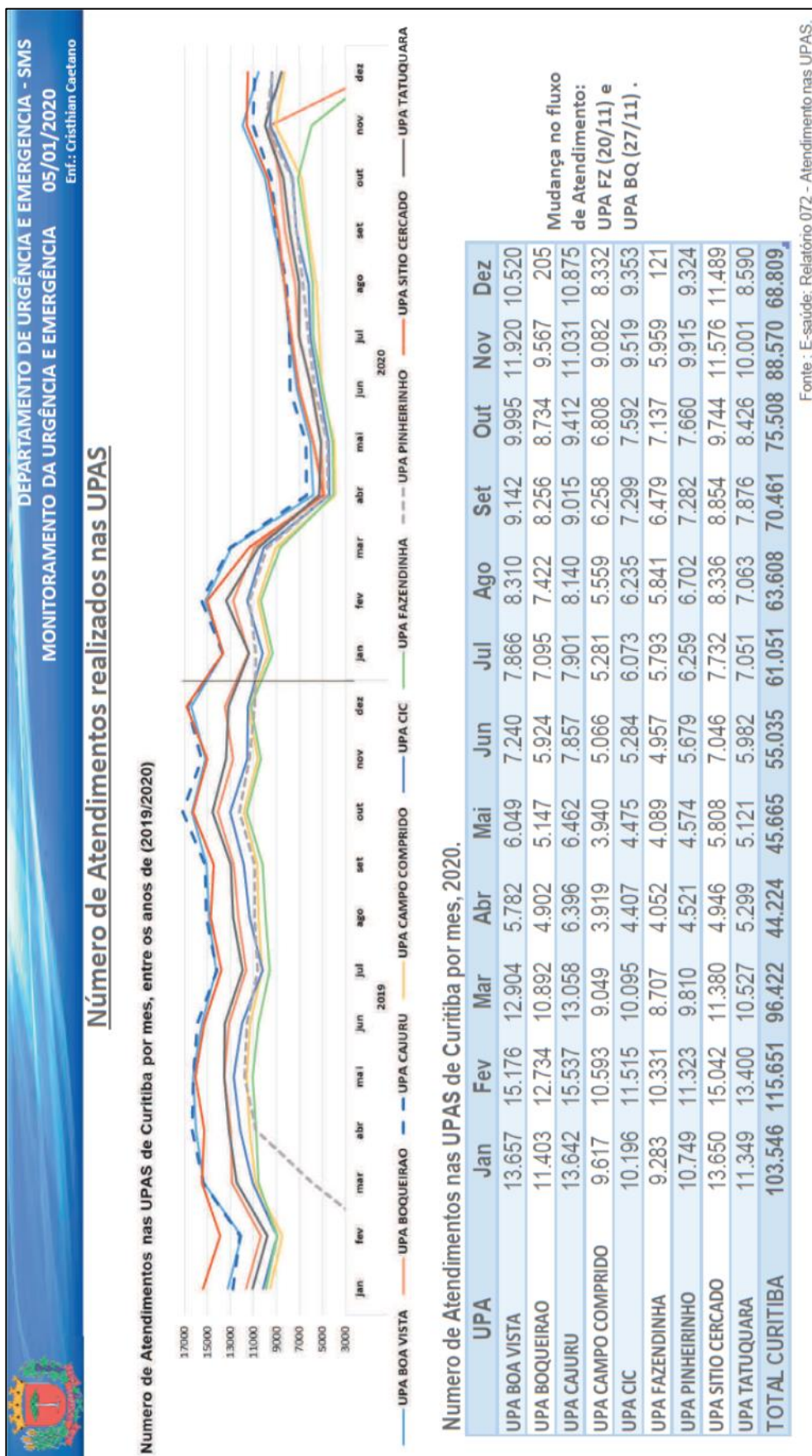
* Situação de residência segundo o cadastro do usuário

Fonte : SMS/ BI Epidemio em 18/01/2019

C- Monitoramento da Urgência e Emergência, fechamento de 2019 (12/02/2020)

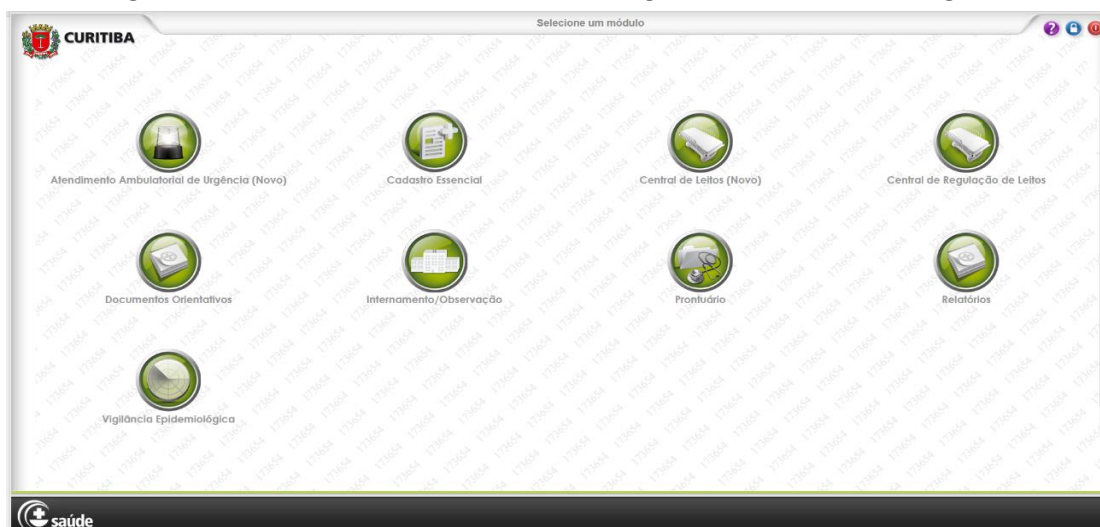


D - Monitoramento da Urgência e Emergência, fechamento de 2020 (05/01/2021)



Apêndices










Figura 02: Tela inicial do E-saúde contendo alguns dos vários módulos gerenciais



Fonte: E-saúde (2021)

Figura 03: Relatórios do E-saúde disponibilizados no tema “Coordenação UPA”

The screenshot shows the 'Relatórios Dinâmicos' interface. At the top, there is a search bar with 'Pesquisar' and a 'Relatórios Dinâmicos' button. Below this, the 'Coordenação UPA' section is active. There are input fields for 'Tema' and 'Relatório', and a 'Pesquisar' button. The main area contains a table with the following data:

Tema	Relatório	Título	Detalhes	Público	Ações
072 - Atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento	072 - Atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento	072 - Atendimentos nas Unidades de Pronto Atendimento	Atendimentos realizados nas UPAs por dia, em período menor ou igual a um mês. As datas dos filtros referem-se à data de término da consulta, ou seja, ao selecionar o período de dia 01/01/2018 a 01/01/2018 serão listadas consultas que terminaram no dia 01, mesmo que tenham sido iniciadas no dia 31/12/2017, mas não serão listadas consultas que iniciaram no dia 01 e terminaram no dia 02.	<input checked="" type="checkbox"/>	 
081 - Avaliação de Risco Novo	081 - Avaliação de Risco	081 - Avaliação de Risco Novo		<input checked="" type="checkbox"/>	 
085 - Censo de Pacientes	085 - Censo de Pacientes	085 - Censo de Pacientes	Relatório demonstrativo da quantidade de pacientes internados ou em observação por Setor e Enfermaria.	<input checked="" type="checkbox"/>	 
219 - Tempo de Permanência por Setor	219 - Tempo de Permanência por Setor	219 - Tempo de Permanência por Setor	Relatório de acompanhamento dos internamentos realizados nas Unidades de Pronto Atendimento agrupados por Setor.	<input checked="" type="checkbox"/>	
289 - Tempo de ociosidade entre atendimentos	289 - Tempo de ociosidade entre atendimentos	289 - Tempo de ociosidade entre atendimentos	Exibe uma listagem dos atendimentos realizados nas UPAs e o tempo de ociosidade entre um atendimento e outro. Filtrado por UPA e período, que não deve ultrapassar 30 dias.	<input checked="" type="checkbox"/>	 

Fonte: E-saúde, módulo “RELATÓRIOS” (2021)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda são considerados escassos os trabalhos científicos nacionais que correlacionam o índice de ICSAP e os seus determinantes, fazendo com que uma grande área de penumbra pare sobre o tema.

Contribui para isso o fato de o MS não ter lhe dado o mesmo *status* de importância como o dado a outros indicadores. Além disso, o fato de não haver consenso sobre a metodologia para a aferição do índice, bem como a dificuldade na disponibilidade de dados para estes tipos de estudos, podem explicar, conjuntamente com a não renovação na pactuação como indicador no âmbito do SUS, a baixa produção científica sobre o índice de ICSAP em nosso país.

Embora o índice de ICSAP seja reconhecido internacionalmente como um bom indicador para a avaliação da qualidade do sistema de saúde, diversas fragilidades lhe são atribuídas. No Brasil, devido a metodologia escolhida para o seu cálculo, o índice de ICSAP já nasce com uma grande fragilidade a mais, determinada pela exclusão de todo o universo das internações realizadas em hospitais não conveniados ao SUS, algo que poderia ser mitigado com a abrangência da coleta de informações sobre todas as internações registradas na localidade, SUS e não-SUS.

Este trabalho pôde identificar, a partir da análise da dinâmica das “internações” das UPA24h de Curitiba entre 2017 e 2020, a existência de uma nova fragilidade para o indicador ICSAP, representada pela confirmação de internações resolutivas à pacientes nestas unidades, sem o adequado registro no SIH-SUS e, portanto, ocultas aos cálculos do índice de ICSAP da localidade. Esta fragilidade é especialmente importante no contexto da saúde pública brasileira, devido à grande disseminação das UPA24h por todo o país, sugerindo que este fenômeno, confirmado em Curitiba, pode estar ocorrendo, por extensão, em todo o país, ainda que em diferentes graus, uma vez que esta interferência no índice ICSAP parece ser dependente do nível de maturidade e organização da RAU da localidade.

A identificação deste fenômeno por esta pesquisa só foi possível devido a existência de um sistema de informação em saúde robusto na cidade de Curitiba, que permite o registro de todos os atendimentos realizados em seus

equipamentos, inclusive nas UPA24h, em especial da criação do módulo 'Observação/Internamento' no final de 2016, que permitiu a gestão destes pacientes colocados em observação/internamento nos seus setores internos, tornando possível, em última análise, a mensuração do índice de ICSAP-UPA e do ICSAP-oculto na cidade.

Este estudo também demonstra que a adequada utilização dos sistemas de informatizadas disponíveis podem ser de grande ajuda aos gestores locais da saúde, tanto no planejamento quanto no acompanhamento de ações, inclusive de forma personalizada entre os diferentes territórios de um município, como no caso a reorganização da APS no nível local pelos Distritos Sanitários da localidade.

Por fim, este trabalho demonstra que o índice de ICSAP não é um tema já esgotado, muito pelo contrário, pois aponta para a necessidades da realização de estudos mais profundos sobre o assunto, como por exemplo as relações sobre as dinâmicas das variáveis que incidem sobre o valor do indicador. O trabalho também sinaliza a necessidade de avançar no conhecimento sobre a relação entre a progressiva implantação das UPA24h no país com o fenômeno da concomitante escassez de leitos hospitalares, verificadas no mesmo período.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 2006.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, p. 70-70, 2008.
3. BRASIL. 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**, p. 88-88, 2010.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.
5. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018.
6. CASTRO, Dayanna Mary de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00209819, 2020.
7. TASCA, Renato et al. Atenção Primária Forte: estratégia central para a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?**, p. 103.
8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Índice de Desempenho Sistema Único de Saúde-IDSUS. Indicador nº 19 - Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica. Disponível em: <https://bit.ly/3paBeyn>
9. TORRES, Soraya Figueiredo de Sousa; BELISÁRIO, Soraya Almeida; MELO, Elza Machado. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 361-373, 2015.
10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, p. 70-70, 2011.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2011.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, 2008.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)*. Brasília: CONASS; 2015.
14. CARDOSO, Clareci Silva et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 34, p. 227-234, 2013.
15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIH – Sistema de Informação Hospitalar do SUS: Manual Técnico Operacional do Sistema 2014. Brasília/DF, Jan/2015. Disponível em: <https://bit.ly/3c6QIDQ>
16. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 10 de 03 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3wOTEaJ>