

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), entre 2008 e 2023, no estado de São Paulo

Primary Care-Sensitive Condition Hospitalizations (PCSCH), between 2008 and 2023, in the state of São Paulo

Hospitalizaciones Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (HCSCA), entre 2008 y 2023, en el estado de São Paulo

Recebido: 15/08/2024 | Revisado: 25/08/2024 | Aceitado: 26/08/2024 | Publicado: 30/08/2024

Larissa Daniele Rubim

ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6603-5759>

São Leopoldo Mandic, Brasil

E-mail: larissadrubim@gmail.com

Tassia Fraga Bastos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0043-9649>

São Leopoldo Mandic, Brasil

E-mail: tassia.bastos@slmandic.edu.br

Marcos Costa Naves Gomes

ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7670-6169>

São Leopoldo Mandic, Brasil

E-mail: marcoscosta2705@hotmail.com

Gabrielle Oliveira Almeida

ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9071-9500>

São Leopoldo Mandic, Brasil

E-mail: gabrielleoliveiraalmeida@yahoo.com.br

Resumo

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) têm sido utilizadas como indicador indireto da qualidade do primeiro nível de cuidados à saúde e faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades. O contexto de pandemia da COVID-19 levou a uma situação inédita em vários municípios do estado de São Paulo: a diminuição do horário de funcionamento e o fechamento das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), gerando dificuldades de acesso da população à Atenção Primária. Vários estudos apontam diversos fatores que podem interferir nas ICSAP, dentre eles o horário de atendimento e as barreiras de acesso, que vão desde as geográficas à oferta de profissionais e serviços. Considerando-se que o acesso às UBSs ficou prejudicado durante a pandemia, é possível que haja um impacto nas ICSAP ocorridas no estado. Nesse sentido, o objetivo é descrever a evolução das ICSAP no estado de São Paulo, entre os anos de 2008 e 2023. Trata-se de um estudo ecológico, quantitativo e descritivo, com dados de origem secundária, obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponíveis na base de dados governamental DATASUS. Os resultados finais demonstram que houve uma queda das ICSAP ao longo dos anos, acentuada no período da pandemia, e posterior aumento das ICSAP nos anos de 2022 e 2023. Com os resultados, pretende-se contribuir para o conhecimento do perfil dessas internações, ainda não estudado, e subsidiar a organização de ações a fim de minimizá-las.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Condições Sensíveis à Atenção Primária; Infecções por Coronavírus; Pandemia; COVID-19.

Abstract

Primary Care-Sensitive Condition Hospitalizations (PCSCH) have been used as an indirect indicator of the quality of the first level of health care and are part of a strategy to improve the planning and management of health services by authorities. The context of the COVID-19 pandemic led to an unprecedented situation in several municipalities in the state of São Paulo: the reduction of opening hours and the closure of Basic Health Units (UBSs), creating difficulties for the population in accessing Primary Care. Several studies point to several factors that can interfere with PCSCH, including opening hours and access barriers, ranging from geographic barriers to the supply of professionals and services. Considering that access to UBSs was impaired during the pandemic, it is possible that there will be an impact on PCSCH occurring in the state. In this sense, the aim is to describe the evolution of PCSCH in the state of São Paulo, between 2008 and 2023. This is an ecological, quantitative and descriptive study, with data of secondary origin, obtained from the SUS Hospital Information System (SIH/SUS), available in the government database DATASUS. The final results demonstrate that there was a decrease in PCSCH over the years, accentuated during the

pandemic period, and a subsequent increase in PCSCH in the years 2022 and 2023. With the results, we intend to contribute to the knowledge of the profile of these hospitalizations, which has not yet been studied, and to support the organization of actions in order to minimize them.

Keywords: Primary Health Care; Ambulatory Care Sensitive Conditions; Coronavirus Infections; Pandemics; COVID-19.

Resumen

Las Hospitalizaciones Evitables por Condiciones Sensibles al Cuidado Ambulatorio (HCSCA) son un indicador indirecto de la calidad del primer nivel de atención en salud y forman parte de una estrategia para mejorar la planificación y gestión de los servicios sanitarios. La pandemia de COVID-19 provocó una situación inédita en varios municipios del estado de São Paulo, con la reducción de horarios de atención y el cierre de Unidades Básicas de Salud (UBS), dificultando el acceso a la Atención Primaria. Estudios señalan que factores como los horarios de apertura y las barreras de acceso, ya sean geográficas o relacionadas con la disponibilidad de profesionales y servicios, pueden influir en el HCSCA. Ante la dificultad de acceso a las UBS durante la pandemia, es posible que se haya producido un impacto en los HCSCA en el estado. Este estudio, de carácter ecológico, cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, analiza la evolución del HCSCA en São Paulo entre 2008 y 2023, utilizando datos secundarios del Sistema de Información Hospitalaria del SUS (SIH/SUS), disponible en la base de datos DATASUS. Los resultados indican una disminución de las HCSCA a lo largo de los años, acentuada durante la pandemia, con un posterior aumento en 2022 y 2023. Este estudio contribuye al conocimiento del perfil de estas hospitalizaciones, y apoya la organización de acciones para su reducción.

Palabras clave: Atención Primaria en Salud; Condiciones Sensibles a la Atención Ambulatoria; Infecciones por Coronavirus; Pandemias; COVID-19.

1. Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange 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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Araujo et al., 2017). Trata-se da principal porta de entrada do SUS e organizadora de toda a Rede de Atenção à Saúde do SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Uma vez que a APS é identificada como ordenadora do sistema público de saúde do país, o reconhecimento de sua importância no sistema de serviços de saúde implica a necessidade de investimentos e de avaliações contínuas sobre seu grau de desempenho no atendimento de seus princípios e alcance de seus objetivos (Ferreira et al., 2014).

No contexto mundial, foram criados uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como medida da efetividade da atenção primária à saúde (Purdy et al., 2010; Gibson, Segal, & McDermott, 2013). Um desses indicadores, denominado ambulatory care sensitive conditions, foi desenvolvido por Billings et al. na década de 1990, como corolário do conceito de mortes evitáveis (Alfradique et al., 2009; Simão et al., 2021). Reconhecendo a importância desse indicador, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) o incluiu como uma medida da qualidade da APS nos países membros, destacando variações e tendências internacionais em seu relatório de 2019 (OECD, 2020). No Brasil, o Ministério da Saúde fez diversas consultas a especialistas brasileiros para elaborar a primeira lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) (Alfradique et al., 2009), que foi publicada em 2008 (Botelho e Portela, 2017). O propósito de uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária foi desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (Alfradique et al., 2009; Simão et al., 2021). Assim, a APS com baixa resolutividade, desta forma, associa-se à manutenção de altas taxas de ICSAP, que tem custos e deslocamentos desnecessários, inclusive readmissões e permanência hospitalar prolongada (Alfradique et al., 2009).

Na interpretação das internações por condições sensíveis à atenção primária, é importante diferenciar internações preveníveis, sensíveis, evitáveis ou inapropriadas (Freund et al., 2013). Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sociodemográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficientes, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial (Rizza et al., 2007; Freund et al., 2013).

De acordo com Alfradique et al. (2009) para aplicar os resultados de avaliação das internações por condições sensíveis à atenção primária na melhoria da atenção primária, faz-se necessário investigar a relação entre essas internações e atenção primária à saúde. Por exemplo, no caso de doenças imunopreveníveis, é a condição propriamente dita que é considerada evitável, e não a internação. Por outro lado, no caso das doenças crônicas que levam à ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ocorrer, mas são mais frequentes quando não há acompanhamento regular pela atenção primária à saúde. Nos casos de doenças crônicas em estágios mais avançados, as internações por condições sensíveis à atenção primária podem indicar barreiras de acesso à atenção primária ou a outros serviços de saúde, ou ainda falta de manejo adequado para prevenir o agravamento da enfermidade e a hospitalização. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (Alfradique et al., 2009). Estudos recentes que avaliaram aspectos da estrutura e processo de trabalho na APS encontraram associação entre essas características e a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária. Araujo et al. (2017) concluíram que o horário de funcionamento das unidades de saúde e a disponibilidade de vacinas são fatores que reduzem o número de internações por condições sensíveis à atenção primária.

O presente trabalho foi realizado aproximadamente cinco anos após o início da pandemia de COVID-19, que instaurou a maior crise sanitária e humanitária do século. Tal doença gerou uma sobrecarga excepcional no Sistema Único de Saúde. O risco de contaminação e as medidas restritivas de circulação feitas por algumas cidades afetou diretamente o funcionamento da Atenção Primária à Saúde. O COSEMS/SP, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), publicou o documento “Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19”, em junho de 2020. O objetivo deste documento foi orientar a organização das ações nas unidades de APS, com vistas ao enfrentamento das demandas que se apresentam sobre a rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS) naquela fase da epidemia pela COVID-19 no Brasil e particularmente no estado de São Paulo. No entanto, o documento deixa claro que compete ao município dispor sobre assuntos de seu peculiar interesse, entendidos como assuntos que afetam especialmente as atividades locais, de acordo com as especificidades geográficas, econômicas e sociais de cada município.

Segundo estudo descritivo ecológico realizado no Estado de São Paulo (Rehem & Egrý, 2011), a frequência das internações sensíveis à atenção primária no período de 2000 a 2007 diminuiu no estado (de 435.594 em 2000 para 429.070 em 2007). O percentual das internações por condições sensíveis à atenção primária segue uma tendência de redução no período estudado, que se torna mais evidente no período da pandemia. No entanto, apesar das internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo terem apresentado a tendência de redução ao longo do período estudado, estes resultados devem ser vistos com cautela, uma vez que o recrudescimento da COVID-19 (2020-2021) alterou completamente o funcionamento do sistema de saúde e as prioridades do cuidado em todos os níveis de atenção e no exercer da autonomia que o documento previamente citado dispõe sobre cada município (CONJUR), alguns prefeitos declararam o fechamento das Unidades Básicas de Saúde, por períodos variados, de acordo com a situação municipal. Apesar de tal ato visar a diminuição do risco de contaminação pela COVID-19, pacientes crônicos ficaram desassistidos pela rede de atenção básica e tiveram seus tratamentos interrompidos (Rehem & Egrý, 2011).

Além disso, a situação caótica de superlotação dos hospitais brasileiros que, por definição do American College of Emergency Physicians (ACEP), é caracterizada por uma “situação em que a necessidade identificada de serviços de emergência supera os recursos disponíveis na unidade de saúde” provocou a falta de leitos, situação emblemática que pode ter impacto direto nas causas de internações (Superlotação nos hospitais: causas, consequências e possíveis soluções, 2019; Kovacs, Powell & Tippet, 2021; De-Los-Santos & Cadena-Fernandez, 2022). Uma vez que não há recursos suficientes para a demanda, aquelas que são menos graves poderão não ser supridas, deixando claro as limitações na perspectiva de adoção das ICSAP como indicadora da qualidade da atenção básica nesse período (Brant et al., 2021). Em várias cidades, a situação dos hospitais atingiu a superlotação, sendo um dos objetivos desse estudo verificar se as causas de internações, especificamente aquelas condições sensíveis à atenção primária, foram alteradas. De todo modo, os resultados até 2019 apontam para uma melhoria no quadro de internações sensíveis à atenção primária sugerindo possível relação com a ampliação de cobertura da ESF no Estado de São Paulo (Rehem & Egry, 2011). Porém, nos anos de 2022 e 2023, inicia-se uma nova tendência, de aumento das ICSAP, que precisa ser avaliada. O desafio de gerenciar a pandemia e as demais demandas de saúde não relacionadas ao COVID-19 gerou efeitos, interrupções e retrocessos que ainda estão sendo sentidos. É possível que os impactos da pandemia nas ICSAP sejam mais evidentes após a atenuação da mesma, com a volta da disponibilidade de leitos hospitalares para doenças antes negligenciadas devido à necessidade de leitos para infectados por COVID-19. Tal análise é de suma importância para orientar as ações de saúde futuras. Ademais, esse estudo poderá servir de base para outros estudos e para a criação de estatísticas e previsões de saúde.

O objetivo do presente artigo é descrever a evolução das ICSAP no estado de São Paulo, entre os anos de 2008 e 2023.

2. Metodologia

Trata-se de um estudo ecológico, quantitativo e descritivo, conforme metodologias descritas por Pereira A. S. et al. (2018), Estrela, C. (2018) e Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). Os dados são de origem secundária, obtidos do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados no site governamental do TABNET/DATASUS (<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>). Nesse site não há um único local em que se encontram as internações organizadas de acordo com a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Atualmente temos 120 categorias da CID-10 e 15 subcategorias nessa lista e a coleta dos dados foi realizada selecionando-se cada uma das condições a partir Sistema de Informações Hospitalares. Dessa forma, durante a busca dos dados foi preciso adequar os dados do DATASUS (que seguem a nomenclatura da CID-10) à lista de ICSAP, pois a lista de ICSAP utiliza algumas nomenclaturas diferentes do que se encontra no DATASUS.

Ademais, em alguns grupos foi necessário somar diferentes dados do DATASUS para preencher a lista de ICSAP adequadamente. Por exemplo, no grupo 4 da lista de ICSAP (APÊNDICE I), o número de casos de “Sífilis” é a soma dos dados de “Sífilis precoce” e “Outras sífilis” do DATASUS. Em outros grupos, foi preciso adequar um grupo CID-10 que continha mais doenças do que a lista de ICSAP continha. Por exemplo, no grupo 9 da lista de ICSAP, número de casos de “Doença cardíaca hipertensiva (I11)” está presente no grupo “Outras doenças hipertensivas (I11-I15)” do DATASUS.

Os dados extraídos do TABNET/DATASUS e organizados em planilhas de Excel, calculando-se os percentuais em relação ao total de internações ocorridas no estado, entre os anos de 2008 e 2023, assim como os percentuais por sexo e faixa etária. As informações foram apresentadas em gráficos e tabelas, demonstrando-se a ocorrência das internações por grupos e subgrupos de causas.

Na Tabela 1 segue lista de adequações feitas de maneira detalhada, por grupo, seguindo a lista de ICSAP. Portanto, esse estudo apresenta essa limitação, podendo ter superestimado o número de internações por condições sensíveis à Atenção

Primária.

Tabela 1 – adaptações realizadas pelo autor para fins de coleta de dados.

Grupo 1
1) “Meningite por Haemophilus” (ICSAP) está como “Meningite bacteriana, não classificada em outra parte” no DATASUS.
2) O código A17 (tuberculoses do sistema nervoso) é subdividido em A17.0-A17.9. Porém, não foi possível fazer essa diferenciação na coleta de dados, uma vez que no DATASUS só existe o dado A17 no total. Assim, foi adequado à pesquisa: - Meningite tuberculosa (A17.0): A17 total; - Tuberculoses (A15.4-A15.9, A16.3-A16.9, A17.1-A17.9): somente A15.4-A15.9 e A16.3-A16.9.
3) “Tétano” (ICSAP): foram somados os dados de “Tétano neonatal” e “Outros tétanos” do DATASUS.
4) “Sífilis” (ICSAP): foram somados os dados de “Sífilis precoce” e “Outras sífilis” do DATASUS.
Grupo 2
1) “Desidratação” (ICSAP) está como “Depleção de volume” no DATASUS.
2) “Gastroenterites” (ICSAP): foram somados os dados de “Cólera”, “Febres tifóide e paratifoide”, “Shigulose”, “Amebíase”, “Diarréia e gastroenterite origem infecciosa presumível” e “Outras doenças infecciosas intestinais”.
Grupo 4
1) “Kwashiorak e demais desnutrições proteico calóricas” (ICSAP) está como “Desnutrição” no DATASUS.
2) “Outras deficiências nutricionais” (ICSAP): foram somados os dados de “Deficiência de vitamina A”, “Outras deficiências vitamínicas” e “Sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais” do DATASUS.
Grupo 5
1) “Faringite aguda (J02)” e “amigdalite aguda (J03)” tiveram que ser agrupadas.
2) “Infecção aguda das VAS (J06)” está presente no grupo “Outras infecções agudas das vias aéreas superiores (J00-J01, J05-J06)”.
3) “Nasofaringite aguda (resfriado comum) (J00)” está presente no grupo “Outras infecções agudas das vias aéreas superiores (J00-J01, J05-J06)”.
4) “Otite média supurativa (H66)” está presente no grupo “Otite média e outros transtornos do ouvido médio e da apófise mastoide (H65-H75)”.
5) “Rinite, nasofaringite e faringite crônica (J31)” está presente no grupo “Outras doenças do nariz e dos seios paranasais (J30-J31, J33-J34)”.
6) “Sinusite aguda (J01)” está presente no grupo “Outras infecções agudas das vias aéreas superiores (J00-J01, J05-J06)”.
Grupo 6
O grupo 6 todo (ICSAP) foi agrupado nos dados de “Pneumonia (J12-J18)” do DATASUS.
Grupo 8
“Bronquite não especificada como aguda ou crônica (J40)”, “Bronquite crônica simples e a mucopurulenta (J41)”, “Bronquite crônica não especificada (J42)”, “Enfisema (J43)” e “Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J44)” (ICSAP) foram agrupadas em “Bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas (J40-J44)”.
Grupo 9
“Doença cardíaca hipertensiva (I11)” (ICSAP) está presente no grupo “Outras doenças hipertensivas (I11-I15)” do DATASUS.
Grupo 10
“Angina pectoris (I20, I24)” (ICSAP) está presente no grupo “Outras doenças isquêmicas do coração (I20, I23-I25)” do DATASUS.
Grupo 11
“Edema agudo de pulmão (J81)” (ICSAP) está presente no grupo “Outras doenças do aparelho respiratório (J22, J66-J99)” do DATASUS.
Grupo 12
O grupo 12 contempla a soma de: “Infarto cerebral (I63)”, “Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64)”, “Outras doenças cerebrovasculares (I65-I69)”, “Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (G45)” e “Outras doenças do sistema nervoso (G36-G37, G46-G47, G60-G73, G90-G99)”.
Grupo 13
O grupo 13 todo foi agrupado em “Diabetes mellitus (E10-E14)” do DATASUS.
Grupo 15
1) “Nefrite túbulo-intersticial aguda (N10)”, “Nefrite túbulo-intersticial crônica (N11)” e “Nefrite túbulo-intersticial não especificada (N12)” (ICSAP) foram agrupadas e adequadas ao grupo “Doenças renais túbulo-intersticiais (N10-N16)” do DATASUS.
2) “Infecção do trato urinário de localização não especificada (N39.0)” (ICSAP) foi adequada ao grupo “Outras doenças do aparelho urinário (N25-N29, N31-N39)” do DATASUS.
Grupo 16
O grupo 16 todo foi agrupado em “Infecções da pele e do tecido subcutâneo (L00-L08)” do DATASUS.
Grupo 17
“Doença inflamatória do útero (exceto colo) (N71)”, “Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas (N73)”, “Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva (N76)” e “Doenças da glândula de bartholin (N75)” (ICSAP) foram agrupadas em “Outras doenças inflamatórias dos órgãos pélvicos femininos (N71, N73-N77)” do DATASUS.
Grupo 18
“Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração (K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2)” (ICSAP) corresponde à soma de “Úlcera gástrica e duodenal (K25-K27)”, “Outras doenças do esôfago, estômago e duodeno (K20-K23, K28, K30-K31)” e “Outras doenças do aparelho digestivo (K82-K83, K87-K93)” do DATASUS.
Grupo 19
1) “Infecção do trato urinário na gravidez (O23)” (ICSAP) corresponde à “Outras complicações da gravidez e do parto (O20-O29, O60-O63, O67-O71, O73-O75, O81-O84)” do DATASUS.
2) “Síndrome da rubéola congênita (P35.0)” (ICSAP) corresponde à “Doenças infecciosas e parasitárias congênicas (P35-P37)”.

Fonte: Autoria própria.

A Tabela 1 explicita minuciosamente as adaptações feitas para que a coleta de dados pelo DATASUS fosse a mais parecida possível com a lista brasileira de ICSAP. É interessante que o leitor que desejar realizar pesquisa semelhante no Brasil se atente aos detalhes dessa tabela.

Por se tratar de um estudo com uso de dados secundários, de domínio público e que tem a identidade dos participantes preservadas, não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

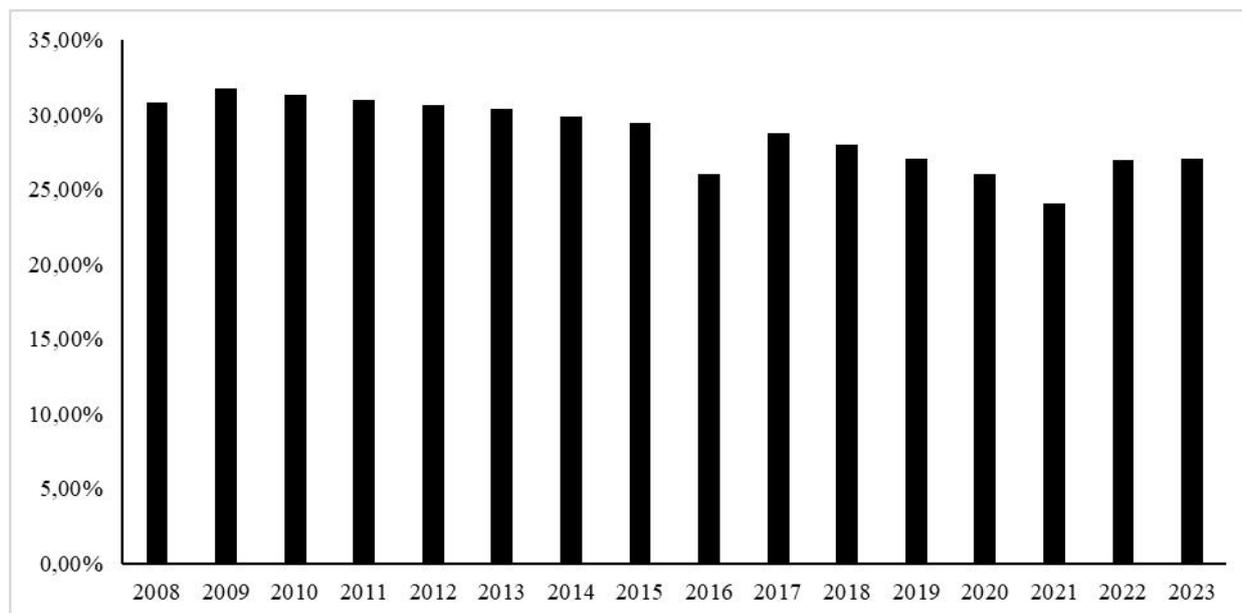
3. Resultados e Discussão

No período de janeiro de 2008 a dezembro de 2023, foram realizadas 37.783.243 internações nos serviços públicos de saúde no estado de São Paulo. Destas, 28,81% (10.888.681) são internações por condições sensíveis à atenção primária

(ICSAP).

O Gráfico 1 se refere à porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em relação ao total de internações em cada ano, no Estado de São Paulo, de 2008 a 2023. Os resultados da análise apontam que houve redução das internações ao longo dos anos. Observou-se que, entre os anos de 2008 e 2013 os percentuais se mantiveram acima de 30%, passando a alcançar valores abaixo desse patamar a partir de 2014, chegando a 24,10% em 2021, ano em que se atingiu o menor percentual. Porém, os percentuais aumentaram nos últimos dois anos da análise, período “pós-pandemia” da COVID-19, atingindo os percentuais de 26,96% em 2022 e 27,03% em 2023.

Gráfico 1 - Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em relação ao total de internações, por ano de processamento, Estado de São Paulo, 2008 a 2023.



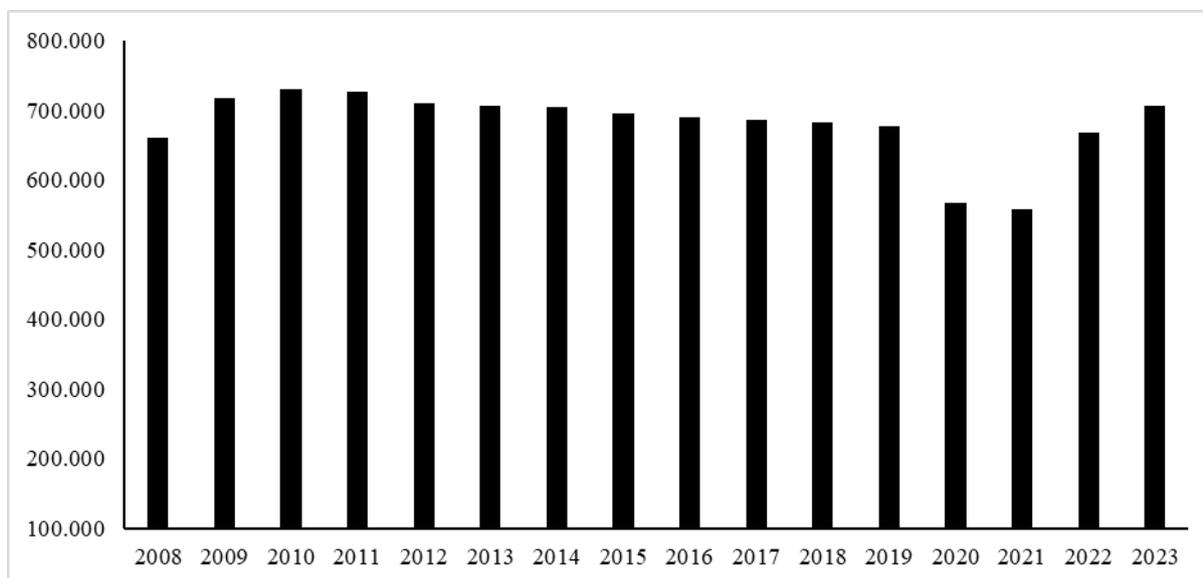
Fonte: DATASUS.

Observe no Gráfico 1 que houve uma redução lenta e gradual do percentual de ICSAP ao longo dos anos (2008-2021), sendo que a redução ocorrida dos anos 2008 a 2019 é mais provavelmente explicada pelo aumento da cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Já a redução do percentual dos anos 2020 e 2021, que será melhor visualizada no gráfico 2 (em números absolutos), acreditamos ter ocorrido por motivo distinto, relacionado à pandemia, que será posteriormente discutido. Por fim, o aumento do percentual nos anos de 2022 e 2023 ocorreu, provavelmente, por consequências da pandemia, o que também será bem discutido no decorrer do estudo.

No Gráfico 2, observa-se o número absoluto de ICSAP em cada ano, no estado de São Paulo. Os anos de 2020 e 2021 foram os que tivemos os menores valores de ICSAP, período de auge da pandemia, em que houve redução nas internações hospitalares por não-COVID-19. Brant et al (2021) pesquisaram o impacto da pandemia do COVID-19 no número e na gravidade das internações por causas naturais em Belo Horizonte (MG) e concluíram que as internações por causas específicas diminuíram significativamente, com maior aumento de internações em UTI e de óbitos por doenças infecciosas, cardiovasculares e respiratórias do que por neoplasias, sugerindo que as hospitalizações priorizaram indivíduos mais gravemente doentes ou que a prestação de cuidados foi de qualidade inferior/atrasada a pacientes não-COVID-19 durante a pandemia. Na verdade, análises anteriores em outro local mostraram que a redução nas visitas ao pronto-socorro foi maior para casos menos graves e que condições agudas com tratamento urgente, como infarto agudo do miocárdio, receberam tratamento

tardio. Tais conclusões são corroboradas pelos resultados do presente estudo, no estado de São Paulo.

Gráfico 2 - valores absolutos de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, por ano de processamento, Estado de São Paulo, 2008 a 2023.



Fonte: DATASUS.

Observe no Gráfico 2 o comportamento do número absoluto de internações por condições sensíveis à atenção primária. Num primeiro momento, chama nossa atenção a queda drástica que ocorreu nos anos de 2020 e 2021, o que já se associa imediatamente com o período da pandemia do COVID-19. Se dos anos de 2008 a 2019 a queda lenta e gradual das internações já é explicada por diversos estudos, como sendo consequência do aprimoramento da qualidade da APS, o que aconteceu nos anos de 2020 e 2021 que explica uma queda tão acentuada? Acreditamos que o medo das pessoas de contraírem o coronavírus fez com que não procurassem os serviços de saúde no início do adoecimento, e ao postergar o tratamento, muitas faleciam antes de sequer serem internadas (o que corrobora essa explicação é o aumento da mortalidade geral nesses dois anos, conforme notícia publicada na agência IBGE, 2023). Um outro motivo é a concorrência de leitos com os infectados pelo vírus, sendo que algumas doenças que teriam indicação de tratamento hospitalar ficaram desassistidas pela falta de leitos. Além disso, houve o adiamento de procedimentos eletivos para evitar um colapso do sistema de saúde.

De acordo com o censo do IBGE, temos que a população total do estado de São Paulo no ano de 2010 era de 41.252.160 pessoas e no ano de 2022 era de 44.411.238 pessoas. Considerando a taxa de crescimento anual do Sudeste (0,45%), temos que a população aproximada do estado de São Paulo no ano de 2019 era de 43.816.154, 2021 era de 44.211.387 e no ano de 2023 era de 44.611.088. O número total de internações foi de 2.334.227 no ano de 2010, 2.521.380 no ano de 2019, 2.304.693 no ano de 2021 e 2.614.465 no ano de 2023. Já o número total de ICSAP foi de 730.680 no ano de 2010, 677.725 no ano de 2019, 558.720 no ano de 2021 e 705.858 no ano de 2023. Com esses dados, pudemos calcular a taxa de internação e a taxa de ICSAP por 100 mil habitantes em cada ano. Em 2010, tivemos uma taxa aproximada de 5.658 internações por cem mil habitantes e uma taxa aproximada de 1.771 ICSAP por cem mil habitantes. Em 2019, tivemos uma taxa aproximada de 5.754 internações por 100 mil habitantes e uma taxa aproximada de 1.546 ICSAP por cem mil habitantes. Em 2021, tivemos uma taxa aproximada de 5.212 internações por cem mil habitantes e uma taxa aproximada de 1.263 ICSAP por cem mil habitantes. Ou seja, embora a taxa de internações por cem mil habitantes tenha oscilado até atingir o menor valor em 2021, a taxa de ICSAP por cem mil habitantes seguiu em queda. Já no ano de 2023, tivemos uma taxa aproximada de 5.860

internações por cem mil habitantes e uma taxa aproximada de 1.582 ICSAP por cem mil habitantes. Ou seja, tanto a taxa de internações quanto a de ICSAP por cem mil habitantes aumentaram em relação ao ano 2021, sendo que a taxa de internações foi a maior observada em todo o período do estudo. A partir desses resultados, é possível dividir a análise em três períodos: Período 1 – pré-pandemia (2008 a 2019), Período 2 – pandemia (2020 a 2021) e Período 3 – pós-pandemia (2022 a 2023).

Rehem & Egry (2011) fizeram um estudo semelhante no período de 2000 a 2007 e concluíram que, embora o número de internações registradas no SUS tenha crescido 4,0% (DATASUS) no Estado, no período estudado, a cobertura de internação hospitalar sofreu uma redução, devido ao aumento da população. Tal conclusão é vista também neste estudo durante o Período 1 e o Período 2. Analisando os dados, observa-se que no Estado o percentual das internações por condições sensíveis à atenção primária em relação às internações gerais segue uma tendência de redução até 2021, o que também foi visto nos anos em que Rehem & Egry (2011) estudaram. Alfradique et al (2009) verificou que no período de 2000 a 2006, as internações por condições sensíveis à atenção primária caíram 15,8% no país, e o declínio dessas hospitalizações foi maior do que as internações gerais. Tal tendência também é vista para as ICSAP no estado de São Paulo no período de 2008 a 2021 se considerarmos as taxas de internações a cada 100 mil habitantes.

Apesar dessa tendência de queda das internações até 2021 ser vista, num primeiro momento, como resultado dos mesmos fatores, já que os números decrescem progressivamente, não podemos nos deixar levar a este engano, uma vez que o período de 2020-2021, com a pandemia, trouxe alterações drásticas para a sociedade mundialmente, principalmente no sistema de saúde. Assim, no contexto pandêmico, a redução das ICSAP não significa, necessariamente, melhora na resolutividade da APS, mas que este tradicional indicador pode ter outros significados. Por isso, os fatores que levaram à queda das taxas de internações no período de 2008 a 2019 e no período de 2020 a 2021 devem ser analisados separadamente e criteriosamente, para evitar conclusões equivocadas. Os resultados até 2019 apontam que a melhoria no quadro de internações sensíveis à atenção primária tem como possível causa a ampliação de cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Estado de São Paulo (Rehem & Egry, 2011). Já os resultados no período de 2020 e 2021, que também apontam um declínio nas admissões hospitalares por condições sensíveis ao cuidado primário, tem como possíveis causas (Brant et al., 2021): o adiamento de procedimentos eletivos para evitar um colapso do sistema de saúde, o evitamento de cuidados médicos pelas pessoas devido a recomendação do distanciamento social ou medo de contrair COVID-19 em hospitais ou UBS e a concorrência dos leitos hospitalares no pico de hospitalizações por COVID-19.

Após o período de 2021, pós-pandemia, seguiu-se a tendência oposta a anteriormente observada. Houve um aumento na taxa de internações por condições sensíveis à Atenção Primária e na taxa de internações gerais por cem mil habitantes. É provável que isso seja resultado da negligência do cuidado de condições crônicas, que ficaram desassistidas durante a pandemia, e tiveram suas consequências após esse período. Observando-se a Tabela 1 e o comportamento de doenças relacionadas à aterosclerose (Grupos 10 e 12), nota-se que muitas vezes as internações podem ser em decorrência de falhas no tratamento.

Tabela 2 - Número absoluto de internações por condições sensíveis à Atenção Primária em cada ano, seguindo a lista brasileira de ICSAP publicada em 2020, com adaptações. Brasil, 2008 a 2023.

Grupo de doenças segundo a lista de ICSAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Grupo 1: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis																
Coqueluche	225	145	97	410	700	792	1.276	538	360	304	376	234	58	36	56	43
Difteria	23	6	11	4	10	10	5	6	1	11	1	9	4	5	19	15
Hepatite B	568	268	169	123	141	160	135	105	109	132	148	169	120	100	137	132
Meningite por Haemophilus	113	36	40	45	38	38	551	898	993	997	1.033	1.131	666	575	1.032	1.114
Meningite tuberculosa	32	55	62	75	61	44	54	63	55	62	79	91	95	72	92	94
Parodite	89	55	75	71	56	47	91	112	191	134	112	104	54	52	83	120
Rubéola	27	3	4	6	3	5	3	4	1	1	2	3	1	NI	1	4
Sarampo	6	2	4	5	5	1	2	2	1	NI	4	568	68	6	9	9
Tétano	12	13	20	12	26	24	13	7	16	9	14	7	7	6	13	19
Tuberculose miliar	31	58	61	103	105	121	122	151	128	128	129	148	113	150	162	148
Febre reumática	966	1.075	619	673	546	500	401	385	311	350	424	329	257	178	202	212
Sífilis	99	116	172	234	258	257	303	339	319	327	391	428	360	458	555	643
Tuberculosos	491	401	341	395	452	561	569	707	698	748	741	776	733	566	650	699
Tuberculose pulmonar	2.056	881	841	1.796	1.842	1.684	1.749	2.055	2.286	2.324	2.414	2.372	2.142	2.121	2.387	2.663
Grupo 2: Gastroenterites infecciosas e complicações																
Grupo 2: Gastroenterites infecciosas e complicações	9.955	11.284	12.653	10.282	10.039	8.957	8.197	7.967	7.058	5.384	4.843	4.704	3.001	2.660	3.231	3.489
Gastroenterites	28.221	24.446	28.747	22.033	22.700	19.164	21.181	18.297	17.848	15.675	15.227	15.002	8.467	7.563	9.258	9.988
Grupo 3: Anemia																
Deficiência de ferro	2.773	2.564	2.448	2.263	2.231	2.195	2.280	2.424	2.535	2.729	2.716	2.500	2.538	3.002	3.197	3.542
Grupo 4: Deficiências nutricionais																
Kwashiorkar e demais desnutrições proteico calóricas	6.747	6.752	6.552	6.518	6.281	5.582	5.363	4.815	4.575	4.139	3.579	3.485	2.592	2.665	2.831	2.856
Outras deficiências nutricionais	10	67	99	9	6	5	6	22	38	28	29	50	34	38	57	51
Grupo 5: Infecções de ouvido, nariz e garganta																
Amigdalite aguda	573	779	1.013	1.236	1.205	1.070	1.370	1.300	1.423	1.423	1.490	1.443	665	528	990	947
Faringite aguda																
Infecção aguda das VAS*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nasofaringite aguda (resfriado comum)*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Orite média supurativa	5.177	4.949	5.324	5.520	5.260	4.788	4.550	4.314	4.140	4.068	3.642	3.930	1.980	2.129	3.500	3.766
Rinite, nasofaringite e faringite crônica	6.187	6.500	6.964	7.052	6.376	6.545	6.806	6.861	6.395	6.694	7.131	3.377	3.308	3.752	6.301	6.333
Sinusite aguda*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
*Grupo "Outras infec. agudas das VAS"	3.026	5.184	4.885	5.089	4.763	4.743	4.266	4.057	4.376	4.329	4.227	3.891	3.118	2.599	3.394	3.027
Grupo 6: Pneumonias bacterianas																
Bacteriana não especificada	116.805	139.671	137.840	134.848	129.214	136.180	129.572	122.761	129.709	123.442	119.594	116.853	81.263	71.545	109.773	113.626
Lobar não especificada																
Por Haemophilus influenzae																
Pneumocócica																
Por Streptococcus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grupo 7: Asma																
Asma	18.888	17.115	16.585	15.351	13.688	13.844	11.122	12.753	11.187	11.007	12.023	10.122	8.064	11.560	15.961	16.690
Grupo 8: Doenças das vias aéreas inferiores																
Bronquite aguda	10.692	11.777	12.711	14.524	14.041	13.988	13.075	14.598	14.961	16.848	18.730	18.217	7.014	16.285	23.232	27.665
Bronquite não especificada como aguda ou crônica	17.287	18.555	19.221	21.466	19.198	19.769	18.339	19.136	19.029	19.736	17.790	18.553	12.752	13.617	20.213	19.798
Bronquite crônica simples e a mucopurulenta																
Bronquite crônica não especificada																
Enfisema																
Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bronquectasia	589	501	652	690	379	360	239	245	230	208	214	186	147	149	196	184
Grupo 9: Hipertensão																
Doença cardíaca hipertensiva	4.422	3.539	2.824	2.743	2.793	2.387	2.717	2.341	2.069	1.730	1.637	1.784	1.662	1.463	1.771	1.646
Hipertensão essencial	21.035	20.020	19.661	18.394	17.147	15.545	14.387	12.412	11.790	11.031	10.158	9.257	7.634	6.553	7.262	7.634
Grupo 10: Angina pectoris																
Angina pectoris	35.661	38.435	39.590	38.825	39.752	38.199	39.754	37.798	38.450	37.582	34.662	34.756	27.626	25.426	27.574	28.969
Grupo 11: Insuficiência cardíaca																
Insuficiência cardíaca	45.194	48.798	48.150	48.684	45.610	45.012	43.046	42.145	41.816	41.246	38.552	38.843	34.460	33.373	40.659	41.281
Edema agudo de pulmão	25.514	26.398	26.912	25.880	24.636	24.593	24.969	26.915	26.515	27.128	27.351	28.146	34.031	33.206	35.779	37.595
Grupo 12: Doenças cérebro-vasculares																
Doenças cérebro-vasculares	49.442	53.249	56.436	54.317	53.499	53.132	54.414	55.327	56.058	57.048	59.153	60.344	55.075	56.497	62.416	65.770
Grupo 13: Diabetes mellitus																
Com coma ou cetoacidose	22.389	22.982	23.646	23.144	22.021	21.787	21.225	21.245	20.592	21.531	21.853	22.193	20.402	20.641	21.831	22.463
Sem complicações específicas																
Com complicações																
Grupo 14: Epilepsia																
Epilepsia	13.787	13.751	14.117	14.474	13.368	12.910	12.783	12.749	12.390	11.548	11.803	12.116	10.737	11.217	12.797	13.229
Grupo 15: Infecção do rim e trato urinário																
Nefrite túbulo-intersticial aguda	16.145	15.749	14.634	14.271	14.497	13.534	13.844	13.200	11.693	11.856	11.724	12.759	9.605	8.823	10.600	10.741
Nefrite túbulo-intersticial crônica																
Nefrite túbulo-intersticial não especificada																
Infecção do trato urinário de localização não espec.	29.194	35.494	38.445	40.187	42.917	42.856	46.969	48.099	45.138	46.221	46.984	49.159	38.479	36.930	45.595	51.096

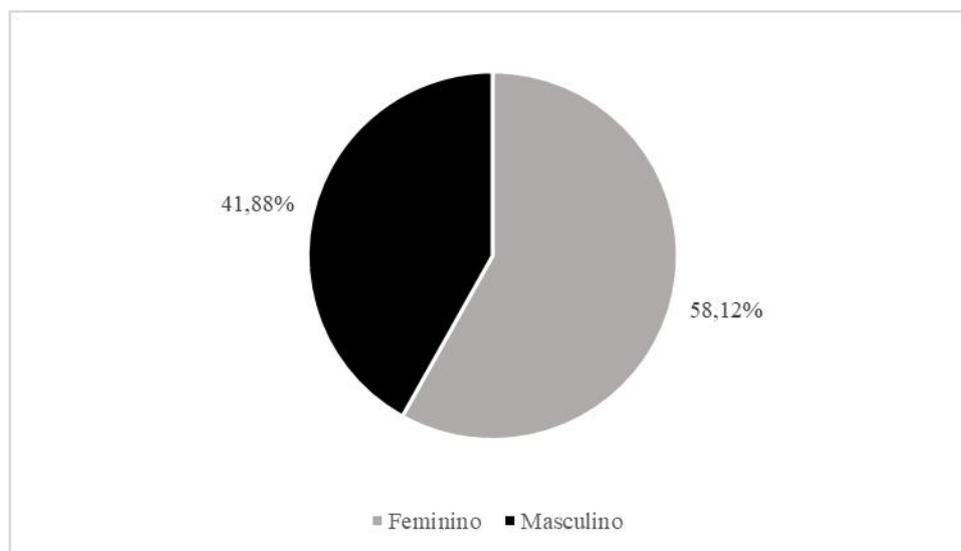
Grupo 16: Infecção de pele e tecido subcutâneo																	
Abcesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	}	10.158	13.295	15.574	16.802	16.458	15.749	16.437	17.134	17.185	17.562	17.902	18.665	14.473	13.895	15.954	19.397
Celulite																	
Impetigo																	
Linfadenite aguda																	
Grupo 17: Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos																	
Salpingite e ooforite	1.961	1.719	1.667	1.439	1.225	1.226	1.239	1.301	1.469	1.166	1.212	1.259	975	836	891	948	
Doença inflamatória do útero (exceto colo)*																	
Doença inflamatória do colo do útero	17	84	49	75	67	55	57	47	49	44	56	57	47	37	39	41	
Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas*																	
Outras afecções inflamatórias da vagina e vulva*																	
Doenças da glândula de bartholin*																	
*Outras doenc. inflamatórias dos órg. pélvicos fem.	3.531	4.033	4.133	3.956	4.232	4.041	4.011	3.954	4.090	3.979	4.011	4.171	3.057	3.066	3.763	3.960	
Grupo 18: Úlcera gastrointestinal																	
Úlcera gastrointestinal com hemorragia e/ou perfuração	32.823	35.109	35.233	36.745	37.491	37.720	38.659	37.902	37.882	39.467	41.281	43.390	37.551	38.403	45.373	50.160	
Grupo 19: Doenças relacionadas ao pré-natal e parto																	
Infecção do trato urinário na gravidez	116.723	128.783	129.096	132.187	131.878	132.252	134.195	134.100	130.072	132.368	133.164	127.669	127.079	120.868	123.383	129.286	
Sífilis congênita	438	413	447	658	861	1.019	1.316	1.557	1.866	2.238	2.318	2.381	2.834	2.886	2.994	2.845	
Síndrome da rubéola congênita	1.133	1.533	1.856	2.099	1.967	2.091	2.294	2.418	2.061	1.976	2.071	2.094	2.212	2.054	2.246	1.920	

Fonte: DATASUS.

Observe na Tabela 2 o número de internações de cada condição sensível à atenção primária ao longo dos anos, que representa toda a coleta de dados que foi feita. A discussão do comportamento de cada condição não é objetivo desse estudo, que apresenta essa limitação. Porém, essa tabela pode servir de base para comparação com outros achados de pesquisas futuras.

O Gráfico 3 apresenta a distribuição percentual de ICSAP de cada sexo em relação ao total de ICSAP registradas no Estado de São Paulo, de 2008 a novembro de 2021. Portanto, 41,9% das ICSAP foram de pessoas do sexo masculino, enquanto 58,1% foram de pacientes do sexo feminino. Considerando que a população brasileira seja majoritariamente feminina, por exemplo, em 2010, 51,03% da população era composta por mulheres, podemos afirmar que as mulheres internam mais do que os homens. Quando feito o percentual de ICSAP em relação ao total de internações em cada sexo, as mulheres ainda ficam ligeiramente em maior proporção, tendo-se a taxa de 29,61% no sexo feminino e 28,45% no sexo masculino. Não foram encontrados estudos que fizeram a mesma pesquisa por sexo, portanto, não teremos base para comparação.

Gráfico 3 - Distribuição percentual do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em relação ao total de internações, por sexo. Estado de São Paulo, 2008 a novembro de 2021.

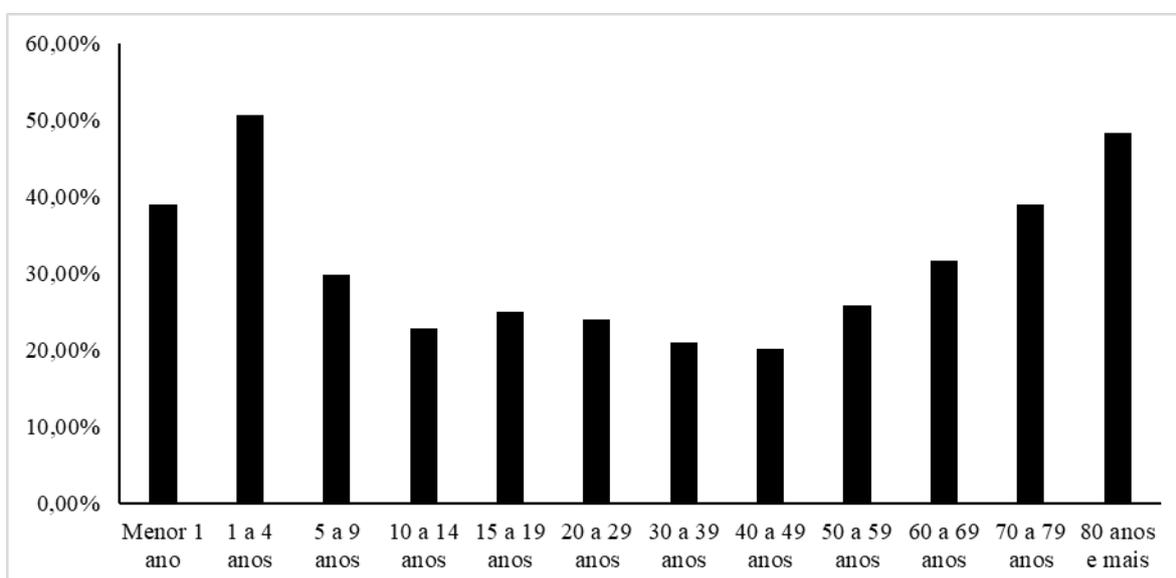


Fonte: DATASUS.

Considerando as causas mais frequentes por sexo, é possível observar que, em mulheres, a maior causa de ICSAP é a infecção do trato urinário na gravidez, representando quase 33% do total de ICSAP. As segunda e terceira maiores causas são, respectivamente, pneumonias bacterianas (14,17%) e doenças cérebro-vasculares (6,64%). Em homens, a maior causa de ICSAP é a pneumonia bacteriana, representando quase 23% do total de ICSAP. As segunda e terceira maiores causas são, respectivamente, doenças cérebro-vasculares (10,19%) e angina pectoris (7,76%).

O Gráfico 4 se refere à porcentagem de ICSAP de cada faixa etária em relação ao total de internações por todas as causas registradas no Estado de São Paulo, de 2008 a novembro de 2021. Observou-se que as crianças foram os grupos que apresentaram maiores percentuais de ICSAP entre todas as internações. Na faixa etária das crianças de 1 a 4 anos as ICSAP corresponderam a 50,6% das internações, enquanto entre aqueles com 80 anos ou mais tiveram 48,4% das suas internações por ICSAP.

Gráfico 4 - Distribuição percentual do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em relação ao total de internações por todas as causas, por faixa etária. Estado de São Paulo, 2008 a novembro de 2021.

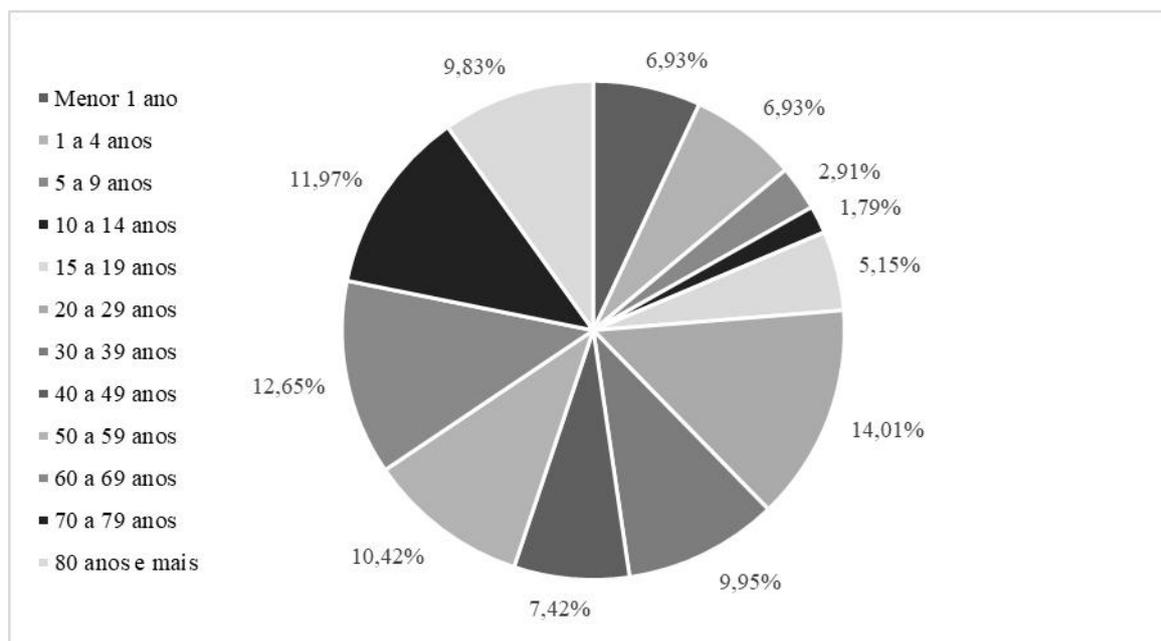


Fonte: DATASUS.

Observe no Gráfico 4 como as populações mais vulneráveis (crianças e idosos) são as que mais internam por condições sensíveis à atenção primária. Acreditamos que isso ocorre porque essas populações são as que demandam maior atenção, e na maioria das vezes são dependentes de adultos para terem acesso ao sistema de saúde e para terem um cuidado longitudinal. Essa dependência pode levar ao atraso e à falta de tratamento adequado, culminando na internação.

O Gráfico 5 se refere à porcentagem de ICSAP de cada faixa etária em relação ao total de ICSAP registradas no Estado de São Paulo, de 2008 a novembro de 2021. Considerando-se o total de ICSAP, 14% ocorreram no grupo etário de 20 a 29 anos e, em seguida, os idosos de 60 a 69 anos contribuíram com 12,7% e os de 70 a 79 compuseram 12%.

Gráfico 5 - Distribuição percentual do total de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, em relação ao total de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, por faixa etária. Estado de São Paulo, 2008 a novembro de 2021.



Fonte: DATASUS.

Considerando as causas mais frequentes por faixa etária, é possível observar que, em menores de um ano, as gastroenterites infecciosas e complicações, as pneumonias bacterianas e as doenças das vias aéreas inferiores assumem mais de 65% (431.809) das causas de ICSAP. De 1 a 19 anos, as gastroenterites infecciosas e complicações, as pneumonias bacterianas e as doenças relacionadas ao pré-natal e parto representam mais de 55% (889.201) das causas de ICSAP. De 20 a 59 anos, as pneumonias bacterianas, a infecção do rim e trato urinário e as doenças relacionadas ao pré-natal e parto representam mais de 54% (2.136.252) das causas de ICSAP. Por fim, na população acima de 60 anos, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca e doenças cérebro-vasculares representam mais de 50% (1.727.269) das causas de ICSAP. Nota-se que pneumonias bacterianas estão entre as três doenças de maior incidência em todos os grupos de faixa etária aqui citados (dados não apresentados).

Sales et al (2019) fizeram estudo semelhante no estado de Minas Gerais, em 2019, e encontraram resultados semelhantes em menores de 1 ano. Além disso, identificaram a insuficiência cardíaca como responsável por quase 35% das causas de ICSAP na população acima de 40 anos.

4. Conclusão

A redução no número de internações pode ser consequência das mudanças que vêm acontecendo na APS, pois, quando os serviços implementam novas estratégias de prevenção, controlam de maneira eficaz os pacientes com doenças crônicas e auxiliam no diagnóstico precoce das doenças (Santos e Bordin, 2017). Apesar do fechamento de muitas unidades básicas durante a pandemia (entre março de 2020 e meados de 2021), a redução nas ICSAP não parou até 2021, mas por causas diferentes. Até 2019 a redução das ICSAP pode sim ser atribuída às melhorias na APS, como apontam diversos estudos, porém, a partir do início da pandemia, a redução das ICSAP pode ser atribuída às dificuldades de acessos aos serviços de saúde por causas não relacionadas ao COVID-19, ao medo de contrair o novo vírus e à competição por leitos hospitalares. Com o fim da pandemia, o número de ICSAP assume novo comportamento, passando a subir, podendo ser atribuído à falta de assistência a condições crônicas no contexto prévio de fechamento das unidades de saúde.

Ao longo dos anos, não houve diminuição nas despesas com a atenção primária. Os gastos em saúde, o gasto per capita e a cobertura da ESF aumentaram significativamente, porém sem relação com as ICSAP (Morimoto & Costa, 2017). Os grupos mais sensíveis a internações é o sexo feminino e os extremos de idade, menores que 4 anos e maiores que 80 anos, tornando-os grupos que merecem uma maior atenção. O envelhecimento populacional atual pode ser uma das justificativas para a maior prevalência em pessoas com idade avançada, pois isso ocasiona sobrecarga nos serviços para o público nessa faixa etária. Dessa maneira, aumenta, também, o número de ICSAP nessa idade, com predominância de doenças como pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca e doenças cérebro-vasculares. O número de internações na faixa etária menor de 4 anos foi representativo na presente pesquisa, o que corrobora com outros estudos que revelam que crianças menores de cinco anos também estão mais vulneráveis as ICSAP (Pinto Junior et al, 2020).

A PNAB de 2017 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Brasil, 2017). Diante disso, o presente estudo permitiu observar a ocorrência das ICSAP no período de 2008 a 2023 e entender que, embora tal percentual estivesse decrescendo até o fim da pandemia, ainda representa mais de 20% do total de internações realizadas.

Com relação ao impacto financeiro dessas internações no estado de São Paulo, os gastos são relevantes e poderiam ser redirecionados para o avanço e o desenvolvimento da APS. Apesar da complexidade que envolve a avaliação da Atenção Básica, a lista de internações por condições sensíveis à atenção primária é uma ferramenta que pode ser usada para comparar o desempenho de diferentes serviços de saúde, para avaliar os efeitos de políticas de saúde, como parte da avaliação da resolutividade, qualidade e acessibilidade da atenção primária e pode contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho (Alfradique et al, 2009; Castro et al, 2020). Por isso, diante dos resultados encontrados, ratifica-se a análise das ICSAP no contexto do estado de São Paulo como um indicador indireto que revela aspectos essenciais da organização da APS no estado.

Este estudo foi inicialmente planejado para investigar se a restrição do acesso da população às unidades de atenção primária à saúde durante a pandemia poderia provocar um aumento das ICSAP. Os resultados finais demonstram que houve sim um aumento das ICSAP, mas após o auge da pandemia, indicando que os efeitos deletérios de um cenário de baixo acesso a cuidados primários pode não ser visto de imediato. Portanto, estamos até hoje enfrentando os atrasos e prejuízos causados pelo vírus da COVID-19, que não apenas elevou a mortalidade mundial, mas também elevou a morbidade por diversas doenças que tinham potencial de serem evitadas pela Atenção Primária.

Existe uma necessidade inerente de dar continuidade aos estudos nesse tema para que sirvam de base para a melhoria dos serviços de APS e para que sejam aplicadas estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, e ainda para que os reflexos desses avanços possam ser mensurados na consolidação de uma política de saúde mais equânime para o usuário e para o próprio sistema. O estudo apresenta limitações inerentes às pesquisas com dados secundários, possíveis de subnotificações, e no que diz respeito à aplicação da lista de ICSAP durante a busca de dados no DATASUS, que precisou ser adequada à nomenclatura CID-10. Apesar das limitações, os dados não divergiram de outros estudos já realizados sobre o tema. Além disso, as limitações foram reduzidas através de análises de qualidade rigorosas e buscas específicas visando a diminuição de vieses.

Conflito de Interesses

Não há conflito de interesses no presente artigo.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Larissa Daniele Rubim – 60%; Tassia Fraga Bastos – 30%; Marcos Costa Naves Gomes – 5% ; Gabrielle Oliveira Almeida – 5%

Referências

- Alfradique, M. E., Bonolo, P. de F., Dourado, I., Lima-Costa, M. F., Macinko, J., Mendonça, C. S., Oliveira, V. B., Sampaio, L. F. R., Simoni, C. de ., & Turci, M. A. (2009). 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*, 25(6), 1337–1349. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
- Araujo, W. R. M., Queiroz, R. C. de S., Rocha, T. A. H., Silva, N. C. da, Thumé, E., Tomasi, E., Facchini, L. A., & Thomaz, E. B. A. F. (2017). Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. *Revista De Saúde Pública*, 51, 75. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007033>
- Botelho, J. F., & Portela, M. C. (2017). 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*, 33(3), e00050915. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050915>
- Brant, L. C. C., Pinheiro, P. C., Machado, I. E., Correa, P. R. L., Santos, M. R., Ribeiro, A. L. P., Tupinambás, U., Santiago, C. F., Souza, M. de F. M., Malta, D. C., & Passos, V. M. A. (2021). The impact of COVID-19 pandemic course in the number and severity of hospitalizations for other natural causes in a large urban center in Brazil. *PLOS Global Public Health*, 1(12), e0000054. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000054>
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf
- Castro, D. M. de ., Oliveira, V. B. de ., Andrade, A. C. de S., Cherchiglia, M. L., & Santos, A. de F. dos .. (2020). Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(11), e00209819. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>
- CONJUR. Autonomia municipal em tempos de crise da COVID-19. (n.d.). Consultor Jurídico. Retrieved July 4, 2024, from <https://www.conjur.com.br/2021-fev-25/interesse-publico-autonomia-municipal-tempos-crise-covid-19>
- COSEMSSP. Organização das ações na atenção primária à saúde no contexto da COVID-19 Secretaria de Estado da Saúde -SP Conselho de Secretários Municipais de Saúde -SP. (2020). https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/07/organizacao_das_acoes_na_aps_junho_2020.pdf
- De-Los-Santos, J. M., & Cadena-Fernandez, A. (2022). Emergency Department Crowding: Consequences Amid COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 14(4), e24214. <https://doi.org/10.7759/cureus.24214>
- Em 2021, número de óbitos bate recorde de 2020 e número de nascimentos é o menor da série. (2023, February 16). Agência IBGE: notícias. <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/36308-em-2021-numero-de-obitos-bate-recorde-de-2020-e-numero-de-nascimentos-e-o-menor-da-serie>
- Estrela, C. (2018). *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Editora Artes Médicas.
- Ferreira, J. B. B., Borges, M. J. G., Santos, L. L. dos, & Forster, A. C. (2014). Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiologia E Serviços de Saúde*, 23(1), 45–56. http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=pt
- Freund, T., Campbell, S. M., Geissler, S., Kunz, C. U., Mahler, C., Peters-Klimm, F., Szecsenyi, J. (2013). Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care–Sensitive Conditions. *The Annals of Family Medicine* July, 11 (4) 363-370; <https://doi.org/10.1370/afm.1498>
- Gibson, O. R., Segal, L., & McDermott, R. A. (2013). A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing. *BMC Health Services Research*, 13(1), 336. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-336>
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).(2012). Documentação do Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.
- Kovacs, R. J., Powell, J. R., & Tippett, V. (2021). Emergency department crowding and the impact of COVID-19. *Emergency Medicine Australasia*, 33(2), 153-159. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13682>
- Morimoto, T., Costa, J. S. D. da. (2017) Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):891-900. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.27652016>
- OECD. (2020). Health at a Glance 2020: OECD Indicators. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- Pereira A. S. et al. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. [free e-book]. Santa Maria/RS. Ed. UAB/NTE/UFSM.
- Pinto Junior, E. P., Aquino, R., Dourado, I., Costa, L. de Q., & Silva, M. G. C. da .. (2020). Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(7), 2883–2890. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>

Purdy, S., Griffin, T., Salisbury, C., & Sharp, D. (2010). Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy-makers and clinicians. *Journal of Public Health*, 32(1), 150-157. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdp358>

Rehem, T. C. M. S. B., & Egry, E. Y.. (2011). Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4755-4766. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024>

Rizza, P., Bianco, A., Pavia, M. et al. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of Southern Italy. *BMC Health Serv Res* 7, 134 (2007). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-134>

Simão, F. E. P., & Magalhães, M. da C. (2021). Internações Por Condições Sensíveis À Atenção Primária: Revisão Integrativa Da Literatura Brasileira. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 2(2448-0959), 27-58. <https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/condicoes-sensiveis>

Superlotação nos hospitais: causas, consequências e possíveis soluções. (2019, April 25). *Telemedicina Morsch: Referência Em Laudo a Distância No Brasil*. <https://telemedicinamorsch.com.br/blog/superlotacao-nos-hospitais>

Toassi, R. F. C. & Petry, P. C. (2021). *Metodologia científica aplicada à área da Saúde*. (2ed.). Editora da UFRGS.