

Determinantes sociais das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos, São Paulo*

SOCIAL DETERMINANTS OF HOSPITALIZATIONS FOR PRIMARY CARE SENSITIVE CONDITIONS IN GUARULHOS, SÃO PAULO

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LAS HOSPITALIZACIONES POR CONDICIONES SENSIBLES A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN GUARULHOS, SÃO PAULO

Maykon Diego Melo¹, Emiko Yoshikawa Egry²

RESUMO

Objetivo: Apresentar o panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no município de Guarulhos, SP, no período de 2008 a 2012.

Método: Estudo ecológico, com dados secundários obtidos via Sistema de Informações Hospitalares, sustentado pela Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva. Empregou-se estatística descritiva para análise. **Resultados:** Observou-se que Guarulhos apresenta trajetória crescente nas internações por ICSAP (aumento de 20%), sendo as causas mais frequentes a insuficiência cardíaca (11,8%), as doenças cerebrovasculares (10,6%) e a angina (9,7%), com maior frequência na faixa etária ≥ 65 anos, para ambos os sexos. **Conclusão:** Os resultados encontrados assemelham-se a outros estudos brasileiros, porém sua análise deve extrapolar os limites biológicos e a oferta de recursos assistenciais, atentando para as determinações sociais do processo saúde-doença.

ABSTRACT

The study goals present an overview of Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) in Guarulhos, SP, from 2008 to 2012. This is an ecological study based on secondary data obtained from the Brazilian Hospital Information System, and supported by the Praxis Theory of Intervention of Collective Health Nursing. Descriptive statistics was used for analysis. It was observed that Guarulhos shows an upward trend in hospitalizations by ACSC (20% increase), the most frequent causes of heart failure (11.8%), cerebrovascular disease (10.6%) and angina (9.7%), most frequently in the age group ≥ 65 years old, for both sexes. The results are similar to other Brazilian studies, but their analysis should extrapolate the biological limits and the supply of healthcare resources, focusing on the social determinants of the health-disease process.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo proporcionar una visión general de las Hospitalizaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria (ICSAP) en Guarulhos, SP, en el período 2008-2012. Se trata de un estudio ecológico a partir de datos secundarios obtenidos a través del Sistema de Información Hospitalaria, y apoyado por la Teoría de Intervención Práctica de la Enfermería en Salud Colectiva. Se aplicó la estadística descriptiva para el análisis. Se observó que Guarulhos muestra una tendencia de elevación en las hospitalizaciones por ICSAP (aumento del 20%), las causas más frecuentes de insuficiencia cardíaca (11,8%), enfermedad cerebrovascular (10,6%) y la angina (9,7%), con mayor frecuencia en el grupo de edad ≥ 65 años para ambos sexos. Los resultados son similares a otros estudios brasileños, pero su análisis debe extrapolar los límites biológicos y el suministro de los recursos sanitarios, centrándose en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

DESCRIPTORIOS

Hospitalização
Atenção Primária à Saúde
Qualidade da Assistência à Saúde
Avaliação em saúde
Enfermagem em saúde pública

DESCRIPTORS

Hospitalization
Primary Health Care
Quality of Health Care
Health evaluation
Public health nursing

DESCRIPTORES

Hospitalización
Atención Primaria de Salud
Calidad de la Atención en Salud
Evaluación en salud
Enfermería en salud pública

* Extraído da dissertação "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: um olhar da enfermagem em saúde coletiva", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2014. ¹ Mestre em Ciências pela Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ² Professora Titular, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem impactado as discussões a respeito da organização dos sistemas assistenciais em todo o mundo. Entre os países da América Latina, a implantação dos cuidados primários foi conquistada gradualmente em meio às lutas travadas pelos movimentos sociais, no final da década de 1960, contra as concepções da saúde individual, curativa e hospitalocêntrica, ligadas exclusivamente aos processos biológicos, atendendo apenas às demandas do sistema econômico vigente⁽¹⁾.

No Brasil, tais reflexões e mudanças na assistência legitimavam o movimento da Reforma Sanitária e edificava no País o conceito de Saúde Coletiva, constituído nos limites entre o biológico e o social, surgindo como um novo campo de teorias e práticas em oposição à Saúde Pública⁽²⁾.

Compreendendo as condições de vida relacionadas intimamente às formas de organização da sociedade, a Saúde Coletiva distingue os perfis patológicos da população, analisando-os sob a ótica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, um referencial crítico em relação aos aspectos políticos, sociais e culturais, fundamentado nos conceitos marxistas que superam a noção multicausal responsável pelas enfermidades, assimilando o processo de adoecimento determinado pela dinâmica real da produção e reprodução social⁽¹⁾.

A luta brasileira pelo reconhecimento da saúde como direito social foi consolidada na Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assumiu em suas políticas assistenciais o conceito *Atenção Básica (AB)* em substituição a Atenção Primária à Saúde. Mesmo permeadas por críticas e por mais que carreguem contextos conceituais e ideológicos distintos, que abrangem desde os referenciais funcionalistas e racionalistas até os mais progressistas, quase numa significação oposta, as definições de AB e APS são empregadas no Brasil como sinônimas⁽³⁻⁴⁾.

Após seis anos da implantação do SUS, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, destinado a (re)orientar a organização da AB, seguindo os preceitos da APS, porém adicionando políticas de territorialização, longitudinalidade do cuidado, intersectorialidade, descentralização da gestão, hierarquização dos níveis de atenção e controle social nas ações governamentais de saúde, promovendo uma assistência voltada às necessidades dos indivíduos⁽⁵⁾.

Com a expansão e o êxito do PSF pelos estados e municípios, o MS reafirma os princípios gerais para a AB e valida o programa como estratégia nacional, em 2006, tornando-se Estratégia Saúde da Família (ESF), formalizada pela Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março, que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), recentemente examinada e reafirmada⁽⁶⁾.

O número de municípios e a população coberta pela ESF já ultrapassou 100 milhões de pessoas, contra apenas 1,1 milhão de habitantes em 1994, no início do Programa⁽⁷⁾. A Estratégia busca maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e produz resultados favoráveis no que se refere à avaliação dos usuários, dos gestores e dos profissionais de saúde⁽⁸⁻⁹⁾.

Além disso, sua caracterização como modelo de atenção básica assume a lógica de ordenadora da assistência em Redes de Atenção à Saúde (RAS), reengenharia que objetiva superar a fragmentação do sistema assistencial, constituído em arranjos organizativos delineados por ações e serviços de saúde integrados com diferentes configurações tecnológicas e missões em saúde, articuladas de forma complementar e com base territorial^(4,6).

Para avaliar indiretamente o desempenho do serviço prestado pela APS e dimensionar sua qualidade por meio do acesso e resolutividade, têm-se empregado taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), desenvolvidas inicialmente nos Estados Unidos da América (EUA), no final da década de 1980, e, desde então, aplicadas como ferramentas na avaliação e monitoramento da APS, em diferentes dimensões territoriais⁽⁹⁻¹⁴⁾.

Uma internação sensível à atenção primária é aquela que poderia ter sido evitada por meio da utilização de recursos básicos dispostos no primeiro nível de atenção à saúde, desde que estes sejam eficazes e de qualidade. As ICSAP incluem doenças crônicas, tais como diabetes, asma e hipertensão, e doenças agudas, como pneumonia e outras infecções. Portanto, intervenções advindas do acesso hábil e da resolução adequada na APS potencializam a prevenção das hospitalizações sensíveis a ela.

No cenário internacional, diferentes listas de diagnósticos elencados como evitáveis pela APS são empregadas como marcadores de desempenho dos cuidados primários à saúde^(10,15). Já no Brasil, uma lista nacional de ICSAP foi construída por um grupo de pesquisadores e gestores do SUS, seguindo um modelo de listagem americana, aplicada em estudos espanhóis e adaptada à realidade brasileira⁽⁸⁾. Desde então, o MS descreve sua utilização como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou do nível hospitalar, que pode ser aplicada para estimar o desempenho do sistema de saúde nas três esferas governamentais⁽¹⁶⁾.

Vale ressaltar que autores têm identificado associações nos resultados das ICSAP ao considerarem variáveis relacionadas a sexo (feminino), faixa etária (crianças e idosos), baixas condições socioeconômicas e de níveis de renda, situações demográficas (áreas rurais), disparidades étnicas e raciais (não latinos e negros)^(5,9-10,15), além de determinações quanto à visão de mundo (idealista) e a compreensão do processo saúde-doença (multicausal) por parte dos atores envolvidos na execução das políticas de saúde⁽¹⁷⁾.

Hoje se pode afirmar que a avaliação das internações por CSAP é uma ferramenta imprescindível para o monito-

ramento do desempenho da rede assistencial e a avaliação da qualidade da Atenção Primária em várias nações, incluindo o Brasil. Conhecer a realidade para transformá-la é a finalidade deste estudo, que teve como objetivo identificar o panorama das ICSAP registrado na cidade de Guarulhos, maior cidade brasileira que não uma capital, no período de 2008 a 2012.

Justifica-se a pesquisa por Guarulhos apresentar como uma das metas a ser alcançada em seu Plano Municipal de Saúde 2010-2013 a diminuição do número de internações sensíveis à atenção primária, constatando a necessidade do fortalecimento da Gestão do Cuidado e das Redes de Saúde ordenadas pela Atenção Básica⁽¹⁸⁾. Desse modo, o panorama das hospitalizações por CSAP, analisado à luz da Saúde Coletiva e da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, subsidia os gestores na tomada de decisão e direciona suas reflexões para as políticas equitativas da atenção primária e na garantia de uma atenção integral e universal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com delineamento ecológico que se utilizou de dados secundários para a descrição das taxas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária no município de Guarulhos (SP), nos anos de 2008 a 2012.

Sustentado pela Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), este estudo empregou as duas primeiras etapas do método, que consistem na captação e interpretação da realidade objetiva de um dado fenômeno. Ocupou-se das categorias conceituais: Saúde Coletiva e Determinação Social do Processo Saúde-Doença, assentadas na perspectiva do materialismo histórico e dialético, para a compreensão dos resultados de internação por CSAP⁽¹⁹⁾.

Guarulhos localiza-se a nordeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), sendo um dos 39 municípios que a integram. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽²⁰⁾, o Município constitui o oitavo lugar na economia do País e o segundo do Estado de São Paulo. Entretanto, as condições de vida na cidade demonstram que ela compõe o grupo de municípios que, embora possuam níveis de riqueza elevados, não exibem bons indicadores sociais⁽²¹⁾. O SUS guarulhense demonstra necessidade de integralizar ações e serviços de saúde, fortalecendo a gestão do cuidado ordenada pela AB, com foco nas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e na consolidação das Redes de Atenção à Saúde⁽¹⁸⁾.

Os dados das hospitalizações em residentes de Guarulhos, baseados na Lista Brasileira de ICSAP⁽¹⁶⁾, procederam do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) no período de 2008 a 2012, que tem como fonte a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Para a tabulação da coleta no banco de dados, empregou-se como auxílio o aplicativo *Tabwin* - Versão 3.5 - desenvolvido pelo De-

partamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS, e a análise estatística ocorreu por meio da planilha eletrônica do Microsoft Excel[®], utilizando-se como variáveis de interesse: ano, faixa etária e sexo.

A taxa de ICSAP foi calculada pela razão entre o número total de internações sensíveis dos residentes em Guarulhos e a população total residente no município no ano estudado (segundo o IBGE) para um aglomerado de 10 mil habitantes. A variação percentual foi definida pela razão entre a diferença das taxas de internações (do primeiro e último ano analisado) sobre a taxa de internação do primeiro ano. Foi calculada ainda, a proporção das internações por CSAP no total de internações (excluindo os partos) e a proporção de cada grupo de diagnóstico sensível no total de ICSAP.

A cobertura da ESF empregada corresponde aos dados disponíveis eletronicamente no *site* Sala de Apoio à Gestão Estratégica⁽⁷⁾ e os relatórios de estabelecimentos do município foram adquiridos pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, na internet, em 2014 (CNESNet; <http://cnes.datasus.gov.br>).

Esta pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção com seres humanos. Foram utilizados dados secundários coletados para fins gerenciais e disponíveis em bancos de dados de acesso público *online*.

RESULTADOS

Guarulhos dispõe de uma rede hospitalar composta por dois hospitais estaduais, três municipais, dois filantrópicos conveniados ao SUS, cinco privados e uma instituição estadual filantrópica de longa permanência.

Em relação à AB competem à Secretaria Municipal 67 Unidades Básicas de Saúde (UBS) dispostas entre as quatro regiões assistenciais, sendo 28 unidades tradicionais, 35 sob o modelo Saúde da Família (SF) e quatro mistas (tradicionais com estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS). A cobertura populacional de equipes SF em 2008 atingiu 19,1%, com resultados inferiores em 2009 (17,3%) e 2010 (18,1%), aumentando em 12% no ano de 2011 (21,5%) e tornando a se reduzir discretamente em 2012 (21,3%). Já o número de Agentes Comunitários entre 2008 e 2012 elevou-se gradativamente de 663 para 745 profissionais, passando a cobrir 428.375 pessoas no último ano (aumento de 12%), mas ainda com classificação de cobertura baixa⁽⁷⁾.

No que diz respeito à reengenharia do sistema de saúde, Guarulhos possui apenas uma Rede Assistencial em vigor, a rede Parto e Nascimento, que integra ações e serviços voltados a gestantes, puérperas e crianças. Os gestores em saúde vêm desenvolvendo outras redes temáticas (Rede de Atenção a Urgências, a Rede Psicossocial, a Rede de Atenção Oncológica, entre outras), porém em meio a desafios que limitam sua ampliação.

As internações de residentes em Guarulhos, no período de 2008 a 2012, totalizaram 332.435 hospitalizações, sendo 12% desse total equivalente aos nascimentos e, portanto, 293.788 internações excluindo os partos (estes considerados desfechos naturais da gestação e influenciados pela taxa de fecundidade)⁽¹³⁾. As ICSAP representaram 16% dessas internações (47.703), com taxa média anual de 76 por 10 mil habitantes. Constatou-se, entre os anos de 2008 a 2010, aumento de 26% no registro de ICSAP, passando de um patamar de 8.220 para 10.393 internações, representando

aumento superior ao verificado em todo o período (20%); porém, a partir daí houve queda, até o ano de 2012, de 5% (9.835 internações). A variação na taxa de ICSAP foi positiva em 23%, aumentando de 64,2 em 2008 para 79 por 10 mil habitantes em 2012.

Os cinco grupos de causas mais frequentes de ICSAP no Município, em ordem decrescente, foram: Insuficiência cardíaca (11,8%), Doenças cerebrovasculares (10,6%), Angina (9,7%), Pneumonias bacterianas (9%) e Infecções no rim e trato urinário (8,2%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Número, proporção e variação percentual de internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo o grupo de causas, dos residentes no município de Guarulhos, SP, de 2008 a 2012.

Grupos de Causas Sensíveis à Atenção Primária (CSAP)	2008		2009		2010		2011		2012		Total		Variação % 2012-2008
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1. Doenças preveníveis por imuniz. e condições sensíveis	39	0,5	67	0,7	75	0,7	111	1,2	124	1,3	416	0,9	218%
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	390	4,7	470	4,8	519	5,0	451	4,7	332	3,4	2.162	4,5	-15%
3. Anemia	92	1,1	104	1,1	83	0,8	98	1,0	78	0,8	455	1,0	-15%
4. Deficiências nutricionais	129	1,6	133	1,4	161	1,5	115	1,2	103	1,0	641	1,3	-20%
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	40	0,5	99	1,0	99	1,0	110	1,2	85	0,9	433	0,9	113%
6. Pneumonias bacterianas	825	10,0	962	9,9	961	9,2	849	8,9	694	7,1	4.291	9,0	-16%
7. Asma	521	6,3	492	5,0	495	4,8	442	4,7	488	5,0	2.438	5,1	-6%
8. Doenças pulmonares	428	5,2	555	5,7	643	6,2	622	6,5	613	6,2	2.861	6,0	43%
9. Hipertensão	443	5,4	455	4,7	490	4,7	468	4,9	421	4,3	2.277	4,8	-5%
10. Angina	698	8,5	919	9,4	1.133	10,9	760	8,0	1.108	11,3	4.618	9,7	59%
11. Insuficiência cardíaca	997	12,1	1.222	12,5	1.197	11,5	1.072	11,3	1.164	11,8	5.652	11,8	17%
12. Doenças cerebrovasculares	776	9,4	965	9,9	1.171	11,3	1.100	11,6	1.065	10,8	5.077	10,6	37%
13. Diabetes <i>mellitus</i>	493	6,0	539	5,5	524	5,0	515	5,4	542	5,5	2.613	5,5	10%
14. Epilepsias	634	7,7	640	6,6	639	6,1	633	6,7	625	6,4	3.171	6,6	-1%
15. Infecção no rim e trato urinário	614	7,5	823	8,4	797	7,7	784	8,2	893	9,1	3.911	8,2	45%
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	461	5,6	578	5,9	709	6,8	689	7,2	739	7,5	3.176	6,7	60%
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	80	1,0	94	1,0	96	0,9	108	1,1	97	1,0	475	1,0	21%
18. Úlcera gastrointestinal	407	5,0	438	4,5	432	4,2	376	4,0	392	4,0	2.045	4,3	-4%
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	153	1,9	195	2,0	169	1,6	202	2,1	272	2,8	991	2,1	78%
Total CSAP	8.220	100	9.750	100	10.393	100	9.505	100	9.835	100	47.703	100	20%

Fonte: SIH-SUS.

Verifica-se que a maioria dos diagnósticos teve aumento na variação percentual (Tabela 1). O Grupo 1 (Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis) foi o que apresentou maior elevação no período, seguido pelos Grupos 5 (Infecções de ouvido, nariz e garganta) e 19 (Doenças relacionadas ao pré-natal e parto). Já entre as quedas percentuais, oito grupos de ICSAP apresentaram redução, sendo os três principais: Grupo 4 (Deficiências nutricionais, 20%), Grupo 6 (Pneumonias bacterianas, 16%) e Grupo 2 (Gastroenterites infecciosas e complicações).

Ao desagregar o total de internações sensíveis à atenção primária por sexo, depara-se que indivíduos do sexo masculino apresentaram maior número de internações (24.243), porém com pouca diferença em relação ao sexo feminino (23.460) (Tabela 2).

Observa-se ainda que as ICSAP ampliam-se proporcionalmente nos extremos de idade, ou seja, crianças e idosos

foram os mais acometidos pelas hospitalizações evitáveis, para ambos os sexos. Como demonstrado na Tabela 2, pessoas com idade igual ou superior a 65 anos representaram mais de um quarto das ICSAP (29,9%), e as principais causas que acometeram essa faixa etária foram: Insuficiência cardíaca (20,3%), Doenças cerebrovasculares (17,9%) e Angina (10,8%), tanto para idosos quanto para idosas.

Indivíduos com idade entre 45 e 64 anos também demonstraram importante destaque no registro das ICSAP em Guarulhos, equivalendo a 28,6% (13.651) das internações sensíveis. Nessa faixa etária, os principais diagnósticos evitáveis que levaram às hospitalizações assemelham-se aos dos mais velhos, apenas invertendo a ordem de ocorrência: Angina (19,9%), Insuficiência cardíaca (15,9%) e Doenças cerebrovasculares (15,2%).

Já entre as crianças, as internações sensíveis foram representadas principalmente pelos menores de quatro anos, para ambos os sexos, com 16,7% (7.942) das inter-

nações. Nesse grupo etário, os meninos apresentaram 18% de hospitalizações evitáveis contra 15,4% nas meninas. A Asma compôs a primeira causa responsável por essas internações (20,3%), seguida pelas Doenças pulmonares (20,2%) e as Pneumonias bacterianas (17,2%).

Tabela 2 – Número e proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, por faixa etária e segundo o sexo, entre os residentes no município de Guarulhos, SP, de 2008 a 2012

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
Faixa Etária(em anos)	ICSAP	%	ICSAP	%	ICSAP	%
< 1	1.889	8,1	2.398	9,9	4.287	9
1 a 4	1.702	7,3	1.953	8,1	3.655	7,7
5 a 14	1.500	6,4	1.490	6,1	2.990	6,3
15 a 24	1.662	7,1	689	2,8	2.351	4,9
25 a 34	1.712	7,3	1.105	4,6	2.817	5,9
35 a 44	1.832	7,8	1.854	7,6	3.686	7,7
45 a 54	2.630	11,2	3.542	14,6	6.172	12,9
55 a 64	3.060	13	4.419	18,2	7.479	15,7
65 e +	7.473	31,9	6.793	28	14.266	29,9
Total	23.460	100	24.243	100	47.703	100

Fonte: SIH-SUS

A faixa etária que revelou menor percentual de internações por CSAP foi a dos 15 aos 24 anos (4,9% do total de internações), sendo os principais diagnósticos evidenciados: Infecções no rim e trato urinário (21,1%), Epilepsias (9,7%) e Infecções da pele e tecido subcutâneo (9,5%), com exceção do Grupo 19, exclusivo para as mulheres, que representou a primeira causa sensível entre elas (30,8%).

Ao focar apenas os homens, identificaram-se cinco principais causas por CSAP, respectivamente: Angina (11,9%), Insuficiência cardíaca (11,8%), Doenças cerebrovasculares (11%), Pneumonias bacterianas (9,6%) e Infecção da pele e tecido subcutâneo (7,5%). Em relação às mulheres, as cinco principais ICSAP foram: Insuficiência cardíaca (11,9%), Infecção no rim e trato urinário (10,7%), Doenças cerebrovasculares (10,3%), Pneumonias bacterianas (8,4%) e Epilepsias (7,5%).

É importante ressaltar que as duas maiores diferenças de ICSAP entre homens e mulheres ocorreram no Grupo 1 (para o sexo masculino) e no Grupo 3 (para o sexo feminino), ao passo que os Grupos 11, 4 e 2 tiveram as frequências mais próximas entre os dois.

DISCUSSÃO

A oscilação anual da cobertura populacional pela ESF em Guarulhos, com prevalência nas quedas percentuais, demonstra a dificuldade de expansão da Estratégia nos grandes centros urbanos⁽²²⁾. Entretanto, os recursos assistenciais da APS não indicam desassistência à população; porém, como também constatado no Estado de São Paulo⁽²³⁾, sua baixa cobertura pode ser compreendida segundo o desenvolvimento da saúde pública, permeada pela variedade de UBS tradicionais implantadas nas grandes

idades antes da estratégia do PSF, divergentes das pequenas divisões administrativas.

De acordo com a literatura nacional, há associação inversa do número de ICSAP e a cobertura populacional pela APS/ESF⁽¹¹⁻¹²⁾, como em Guarulhos, onde se verificou o aumento no número de ICSAP em 2010, ao mesmo tempo em que houve queda na cobertura populacional pela ESF, com trajetória semelhante nos outros anos. Mesmo a SMS adotando a integração dos serviços em Redes de Atenção como prioridade na reestruturação do sistema de saúde municipal, os gestores reconhecem que uma das grandes dificuldades nessa mudança diz respeito à continuidade do cuidado por meio do controle e da coordenação das interdependências (atenção primária, secundária e terciária), além da falta de instrumentos efetivos que apoiem as transformações, como a informatização assistencial, a qualidade nos recursos humanos, nos sistemas de apoio, logísticos, de transporte, de governança, entre outros⁽⁴⁾.

Ao pesquisar as internações por CSAP em Guarulhos, procurou-se avaliar indiretamente o acesso oportuno, a resolutividade e a qualidade do funcionamento da Atenção Básica^(8,17). O aumento na taxa de ICSAP (23%) no município corrobora o estudo realizado em Juiz de Fora (MG)⁽¹⁴⁾, porém destoa da maioria das publicações semelhantes, as quais identificaram, em diferentes territórios, quedas nas taxas de ICSAP^(8-9,11-12). Esse crescimento possivelmente está relacionado à baixa influência da organização do sistema ambulatorial nas hospitalizações. Contudo, sua interpretação não permite ir além da conferência da qualidade da atenção primária e do acesso que ela é capaz de refletir, uma vez que há outros fatores associados a seus resultados, tais como: a adequação da composição dos profissionais, revelada como desafio em Guarulhos, principalmente a fixação de médicos; a associação aos determinantes sociais, econômicos, políticos e ambientais; a qualificação dos recursos humanos, os vínculos trabalhistas e outros aspectos da dimensão estrutural^(9,12).

As causas mais frequentes de ICSAP em Guarulhos - insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina - assemelham-se a outros resultados no País^(9,12,14). Ressalta-se a dificuldade na comparação com estudos internacionais, que empregam listas de CSAP diferentes da brasileira; contudo, os diagnósticos coincidem com os estudos estrangeiros^(10,15).

Quanto ao aumento na variação percentual entre os grupos de ICSAP, na surpreendente elevação de 218% entre as Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis (Grupo 1), a Tuberculose Pulmonar (TB) (60,6%) é causa responsável, em concordância com um estudo realizado em Campo Grande (MS)⁽¹¹⁾. Guarulhos preconiza a busca ativa para sintomáticos respiratórios, mensalmente, em todas as moradias cobertas por Agentes Comunitários, supervisionada pelos enfermeiros das ESF. Entretanto, sabe-se que a tuberculose é fortemente dependente das

condições socioeconômicas e ambientais do indivíduo e sua incidência pode estar relacionada a evolução da Saúde da Família⁽¹¹⁾. Sendo assim, relaciona-se o aumento no número de casos de TB aos pífios resultados dos indicadores sociais, somados às grandes áreas de vulnerabilidade encontradas no município.

Vale ressaltar que Guarulhos possui quase metade de sua população (48,3%) em condições de vida classificadas com vulnerabilidade social média, alta e muito alta, descrita no último relatório do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, em 2010 (<http://www.iprsipvs.seade.gov.br>). Essa realidade determina as condições de saúde na sociedade em geral.

As Infecções de ouvido, nariz e garganta (Grupo 5), apesar de terem exibido o segundo maior aumento nos anos estudados (113%), tiveram pouca relevância quando analisadas no total geral das ICSAP (menos de 1%). Entretanto, é importante explorar que essas infecções estão associadas ao excesso de poluentes que delineiam a qualidade do ar, como o ozônio, responsável pela irritação nas vias respiratórias e diminuição da capacidade pulmonar. De acordo com a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB)⁽²⁴⁾, a região metropolitana do Estado tem sofrido anualmente com o excesso de emissão dessa partícula no meio ambiente, estreitando sua relação com as enfermidades das vias aéreas.

Da mesma forma, as Doenças relacionadas ao pré-natal e parto também atestaram aumento expressivo no decorrer dos anos (78%) e baixo percentual comparado ao total de ICSAP (2,1%) no período, conferido em pesquisas similares^(11,17). Esse grupo é associado geralmente à proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal (em Guarulhos, houve aumento de 6% desse indicador), porém se constatou que o número de consultas não garante a qualidade do cuidado⁽²⁵⁾. Portanto, tal elevação percentual pode ser decorrente da situação de baixa escolaridade materna⁽²⁶⁾, além da restrita renda familiar, que são evidentes nas avaliações sociais da cidade e determinam tais aspectos na saúde dos indivíduos.

Já as deficiências nutricionais e a anemia, que regrediram percentualmente nos cinco anos estudados, ocorreram em mais de 50% nas idosas acima dos 65 anos. Apesar da facilidade de identificação e tratamento dessas enfermidades pela AB, geralmente os mais velhos dependem de pessoas/familiares para o cuidado pessoal, e a maioria de seus cuidadores trabalham no período em que as UBS encontram-se em horário de funcionamento, dificultando o acesso e a assistência integral contra enfermidades típicas da senilidade⁽¹³⁾.

O grupo das Pneumonias bacterianas, que apresentou segunda maior redução no período (16%), refere-se às pneumonias não especificadas. Mesmo sua trajetória decaindo, constituiu a quinta causa sensível no Municí-

pio, sendo relevante sua exploração, como demonstrado num estudo que estabeleceu o perfil das ICSAP relacionado ao hábito de fumar, encontrando associação com as doenças cardiológicas e respiratórias, principalmente em pessoas mais velhas⁽²⁷⁾. Sendo assim, observa-se que essas infecções são altamente dependentes das condições sociais e comportamentais às quais os indivíduos estão expostos.

Nota-se entre os idosos a ocorrência de ICSAP, principalmente em decorrência de doenças crônicas (insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e angina), tanto para homens quanto para mulheres. Os resultados são similares a partir dos 45 anos. A prevalência das DCNT é determinada pela urbanização e a consequente transição demográfica, assim como o aumento na expectativa de vida, o adoecer com o envelhecimento e a queda nas taxas de fecundidade⁽⁴⁾, sendo esses fatores visivelmente assinalados no município de Guarulhos no decorrer dos anos⁽²¹⁾.

Com relação às crianças menores de quatro anos, quanto mais reduzida a idade, maior a proporção de ICSAP, principalmente causada pelas doenças do aparelho respiratório (asma, doenças pulmonares e pneumonias bacterianas) e pelas gastroenterites infecciosas e complicações, em conformidade com os achados de outros estudos^(14,17). Já a baixa ocorrência das ICSAP entre os adolescentes a partir dos 15 até os 24 anos deve ser interpretada por meio das questões sociais e de vulnerabilidade que permeia esse grupo etário, tais como a inserção precoce no mercado de trabalho e sua exploração, a dificuldade de acesso à escola e aos serviços de saúde, violência, uso e abuso de drogas, maus tratos, exclusão social, entre outras⁽²⁸⁾.

A interpretação das ICSAP comparada entre os sexos demonstra que os homens foram internados mais por tuberculose pulmonar, úlcera gastrointestinal e angina, doenças relacionadas aos hábitos de vida, alimentação incorreta e falta de controle dos fatores de risco, aspectos determinados pelo modo de produção vigente. Já as mulheres tiveram suas internações sensíveis principalmente por anemia, infecção no rim e trato urinário e epilepsias, que são doenças facilmente identificadas pela AB e encaminhadas aos hospitais imediatamente após o diagnóstico.

É importante lembrar que esta pesquisa permitiu conhecer o panorama das ICSAP existentes no município de Guarulhos; porém, a qualidade dos resultados obtidos no banco de dados do SIH-SUS nem sempre é compatível com a realidade, podendo interferir na avaliação local da efetividade da atenção primária à saúde⁽²⁹⁾.

CONCLUSÃO

O aumento na taxa de internação por CSAP, em Guarulhos, revela a fragilidade dos sistemas ambulatoriais, com

ênfase na atenção primária, a qual, mesmo considerada a porta de entrada para a resolução das principais enfermidades, não está conseguindo responder às necessidades e às demandas da população. Além disso, constata-se que, mesmo vivendo em um município rico, os guarulhenses ainda sofrem com os aspectos essenciais que determinam a natureza da saúde ou da doença, tais como a vulnerabilidade social, econômica, ambiental, entre outras.

A superação da fragmentação assistencial, elencada como importante desafio para a cidade, poderá ser alcançada com o investimento nas Redes de Atenção à Saúde, voltadas principalmente para o manejo das condições crônicas, construída com base na transição demográfica e epidemiológica municipal e, principalmente, integrando os eventos biológicos da saúde-doença com

as questões sociais, com vistas à transformação da realidade territorial.

Esta pesquisa, mesmo apresentando limitações próprias do método ecológico, uma vez que não consegue representar o indivíduo entre os aglomerados de estudo, alerta profissionais, estudantes e gestores em saúde para a reflexão da infraestrutura da atenção primária nos diferentes espaços brasileiros, atentando que a necessidade de ampliação da ESF não é razão única para a melhoria do acesso e das condições de saúde dos indivíduos. Em Guarulhos, as ICSAP revelam uma pequena parte do comportamento da APS no município, porém há necessidade de aprofundar o estudo da determinação social dos vários problemas de saúde que exercem influência direta na qualidade e na resolutividade dos cuidados primários.

REFERÊNCIAS

1. Vaitsman J, Ribeiro JM, Lobato LVC. Análise de políticas, políticas de saúde e a saúde coletiva. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 10];23(2):589-611. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a14.pdf>
2. Egly EY, Fonseca RMGS, Oliveira MAC. Ciência, Saúde Coletiva e Enfermagem: destacando as categorias gênero e geração na episteme da práxis. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 05];66(n.esp):119-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea16.pdf>
3. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev APS* [Internet]. 2009 [citado 2013 fev. 15];12(2):204-213. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/307>
4. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: OPAS; 2011.
5. Silva JA. Um estudo da Atenção Primária à Saúde mediante o indicador: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de apoio à Gestão Estratégica do Ministério da Saúde (SAGE) [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 mar. 10]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça SC, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP Brasil). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2009 [citado 2014 jan. 20];25(6):1337-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>
9. Elias E, Magajenski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2008 [citado 2013 jan. 20];11(4):633-47. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v11n4/10.pdf>
10. Ansari Z, Haider SI, Ansari H, Gooyer T, Sindall C. Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:475.
11. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [citado 2014 jan. 19];28(5):845-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>
12. Pazó RG, Frauches DO, Galvêas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB, Pereira-Silva FH. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [citado 2014 fev. 10];21(2):275-82. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n2/v21n2a10.pdf>
13. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egly EY. Hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in a Brazilian metropolis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 20];47(4):884-90. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf
14. Rodrigues-Bastos RM, Campos EMS, Ribeiro LC, Firmino RUR, Bustamante-Teixeira MT. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [citado 2014 fev. 20];59(2):120-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/v59n2a10.pdf>

15. Roos LL, Walld R, Uhanova J, Bond R. Physician visits, hospitalizations and socioeconomic status: ambulatory care sensitive conditions in a Canadian setting. *Health Serv Res*. 2005;40(4):1167-85.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2014 fev. 20]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>
17. Rehem TCMSB. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos [tese doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011.
18. Guarulhos. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010/2013. [Internet]. Guarulhos; 2010 [citado 2013 jan. 10]. Disponível em: http://www.guarulhos.sp.gov.br/files/plano_m_saude_2010_2013_final_julho-11.pdf
19. Egry EY. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Guarulhos, SP [Internet]. Rio de Janeiro; 2013 [citado 2014 jan. 23]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br>
21. Nações Unidas. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Municipal, Guarulhos, SP [Internet]. 2013 [citado 2014 jan 25]. Disponível em: http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/guarulhos_sp
22. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [citado 2014 jan 15];24 Supl.1:S7-S16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>
23. Sala A, Mendes JDV. Perfil de Indicadores da Atenção Primária à Saúde no Estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saúde Soc* [Internet]. 2011 [citado 2014 mar. 02];20(4):912-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/09.pdf>
24. Companhia Ambiental do Estado de São Paulo (CETESB). Relatório de qualidade do ar no Estado de São Paulo [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 10]. Disponível em: <http://www.cetesb.sp.gov.br/ar/qualidade-do-ar/31-publicacoes-e-relatorios>
25. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 2014 fev. 10];17(1):131-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4068.pdf>
26. Vettore M, Lamarca G. Atenção pré-natal no Brasil: uma questão de oferta, de acesso ou de escolaridade materna? In: *Determinantes Sociais da Saúde*. Portal e Observatório sobre Iniquidades em Saúde [Internet]. 2012 [citado 2014 mar. 05]. Disponível em: <http://dssbr.org/site/2012/05/atencao-pre-natal-no-brasil-uma-questao-de-oferta-de-acesso-ou-de-escolaridade-materna/>
27. Portes LH, Silva JA, Bustamante-Teixeira MT, Ribeiro LC. Internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial tabaco-relacionadas: perfil de um município de grande porte. *J Manag Prim Health Care* [Internet]. 2013 [citado 2014 mar. 12];4(2):84-101. Disponível em: <http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/102>
28. Pessalacia JDR, Menezes ES, Massuia D. A vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2010 [citado 2014 mar. 07];4(4):423-30. Disponível em: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/Bioethikos_423-430_.pdf
29. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Ciosak SI, Egry EY. Record of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system. *Rev Latino Am Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 20];21(5):1159-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf>