

PERCEÇÃO DE MÉDICOS SOBRE A LISTA NACIONAL DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Physicians' perception of the National List of Primary Care Sensitive Conditions

Jair Almeida Carneiro¹, Antônio Prates Caldeira², Kênia Rabelo Santana³

RESUMO

Embora amplamente utilizado em muitas partes do mundo, o indicador de internações com Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) ainda é pouco utilizado no Brasil e, somente em meados de 2008, o Ministério da Saúde apresentou uma relação oficial de tais afecções. O presente estudo buscou avaliar, entre diferentes grupos de médicos, a percepção sobre a lista publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil. Nesse sentido, elaborou-se um instrumento utilizando uma escala de Likert de cinco pontos, com perguntas fechadas, para cada uma das condições apresentadas pela lista oficial. As entrevistas foram realizadas com 139 profissionais. A percepção dos médicos foi analisada e comparada através da média dos escores, usando o teste "t" de Student. A comparação entre as médias apontadas pelos médicos que atuam predominantemente na Atenção Primária e pelos médicos que atuam predominantemente em hospitais revelou que os primeiros tendem a uma maior concordância com a lista do Ministério da Saúde. As diferenças observadas destacam uma maior aceitação dos profissionais da Atenção Primária de sua responsabilidade sobre o cuidado com afecções cujos desfechos podem gerar internações desnecessárias.

PALAVRAS-CHAVE: Hospitalização; Indicadores; Médicos de Atenção Primária; Médicos Hospitalares; Percepção; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde.

INTRODUÇÃO

A avaliação do desempenho dos serviços sanitários de atenção primária, bem como a sua capacidade de resolução, são aspectos de grande interesse tanto para o governo e

ABSTRACT

Although widely used in many parts of the world, the indicator of hospital admissions due to ambulatory care sensitive conditions is still little used in Brazil, and only in mid-2008 has the Ministry of Health defined an official list of such conditions. This study aimed to evaluate the perception of different groups of physicians of the list published by the Brazilian Ministry of Health. A 5-point Likert scale, composed of closed questions referring to each condition of the aforementioned list, was elaborated. Interviews were conducted with 139 professionals. The perceptions of the physicians were analyzed, and the Student's t test was used to compare the means of the scores. Comparison of the means from physicians predominantly working in primary care with the means from physicians predominantly working in hospitals showed that the former tended to present higher agreement with the official list. The differences observed highlight the fact that primary care professionals are more aware of their responsibility in the management of conditions which may lead to unnecessary hospital admissions.

KEY WORDS: Hospitalization; Indicators; Physicians, Primary Care; Hospitalists; Perception; Primary Health Care; Health Services.

profissionais da saúde como para a comunidade. Uma medida indireta da capacidade da resolução dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) é dada pela proporção de internações hospitalares cujas causas poderiam ter sido tratadas e controladas no primeiro nível de atenção.¹ O

¹ Jair Almeida Carneiro, Universidade Estadual de Montes Claros

² Antônio Prates Caldeira, Professor do departamento de Saúde da Mulher e da Criança do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

³ Kênia Rabelo Santana, Universidade Estadual de Montes Claros

⁴ Viviane Braga Lima Fernandes, Universidade Estadual de Montes Claros

Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG

conceito de internações potencialmente evitáveis, como reflexo de problemas com a acessibilidade e efetividade da APS, surgiu no final dos anos 80, nos Estados Unidos.² Desde então, sucessivos estudos têm se dedicado à análise de situações associadas às internações preveníveis ou evitáveis, destacando, quase sempre, as dificuldades decorrentes das condições socioeconômicas das famílias, as dificuldade de acesso e da qualidade dos serviços de saúde.³⁻⁶

Ao longo dos anos, o conceito de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), termo derivado da tradução livre do inglês *Ambulatory Care Sensitive Conditions - ACSC*, passou a ser aplicado para grupos de diagnósticos específicos, para os quais uma APS efetiva e oportuna pode ajudar a diminuir as chances de hospitalização.⁷ Isso pode ocorrer através de medidas de prevenção (doenças para as quais exista uma vacina efetiva, por exemplo), através do tratamento oportuno de uma doença aguda (por exemplo, pneumonia) ou através de controle adequado para doenças crônicas (por exemplo, a doença pulmonar obstrutiva crônica).

A proporção de internações por CSAP é de grande interesse para os epidemiologistas, pois retrata a ocorrência de morbidades evitáveis. Também é importante para os gestores de saúde, pois fornece fundamentação científica para intervenções no controle dos custos do sistema público de saúde, revelando internações potencialmente evitáveis.^{3,5,7,8} Destaca-se ainda que estas internações ditas “desnecessárias”, oriundas das CSAP, geram marcantes efeitos deletérios ao sistema de saúde, com aumento de iatrogenias e de custos, com repercussão na assistência à saúde de forma global.

De modo geral, em outros países, a definição dos grupos diagnósticos considerados como CSAP é realizada a partir de listas que são elaboradas em consensos entre especialistas e estudiosos da área. Embora amplamente utilizado em muitas partes do mundo, o indicador ainda é pouco utilizado no Brasil e, somente em meados de 2008, o Ministério da Saúde apresentou uma relação oficial de afecções consideradas sensíveis à Atenção Primária.^{7,9} A portaria ministerial levou em consideração vários aspectos, como a institucionalização da avaliação da APS no Brasil, o impacto de tais serviços para a redução das internações por CSAP, as listas similares existentes em outros países e o resultado de consulta pública realizada pelo próprio Ministério da Saúde sobre o tema. Esse marco é fundamental para a padronização de estudos a serem realizados, pois se observa ampla variação na literatura em relação ao tema e a seleção destes diagnósticos representa o ponto central da metodologia destes estudos.^{3,10}

Considerando-se a inovação que representa o indicador, o seu papel potencial de utilização para avaliação dos cuidados de saúde e o impacto de avaliação da efetividade do cuidado médico, o presente estudo buscou avaliar, entre médicos de distintos serviços assistenciais, a percepção sobre os diferentes diagnósticos apresentados oficialmente como CSAP pelo Ministério da Saúde do Brasil.

METODOLOGIA

O presente estudo foi conduzido em Montes Claros, ao Norte de Minas Gerais. A cidade possui cerca de 360.000 habitantes e representa o principal polo regional. Para uma população predominantemente urbana, as unidades de Saúde da Família estão estrategicamente localizadas em áreas periféricas da cidade, atendendo comunidades mais carentes, com uma cobertura de aproximadamente 50% da população total. A Secretaria Municipal de Saúde ainda mantém 15 Centros de Saúde, distribuídos em macrorregiões da cidade, com atendimentos de clínica médica, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à rede hospitalar, a cidade conta com cinco hospitais gerais e possui três pronto-socorros abertos ao público em geral.

Foram realizadas entrevistas com profissionais médicos contemplando a percepção individual e objetiva sobre a lista de condições sensíveis publicadas pelo Ministério da Saúde. Não houve cálculo amostral. A alocação dos médicos para participarem do estudo foi feita através de visitas sistemáticas (dias e horários aleatórios) a todos os pronto-socorros e unidades básicas de saúde do município. Entre os médicos participantes, o interesse era comparar profissionais que atuavam, predominantemente, em hospitais (pronto-socorros, Unidades de Terapia Intensiva e enfermarias) com aqueles que atuavam, predominantemente, nos serviços de APS (Unidades de Saúde da Família e Centros de Saúde). Para os profissionais que tinham mais de um vínculo, a definição do local predominante de trabalho foi feita a partir da determinação da carga horária em cada nível de assistência.

O instrumento de coleta de dados foi especialmente desenvolvido para a pesquisa e incluiu uma lista contendo todas as afecções da lista do Ministério da Saúde (Portaria Nº 221, de 17 de abril de 2008) acrescidas de outras cinco condições que não possuem potencial reconhecido de intervenção em nível da Atenção Primária à Saúde (ex. apendicite aguda). O acréscimo das condições não sensíveis foi realizado pelos autores com base na literatura e em listas existentes em outros países.^{7,8,10} Esse procedimento teve o propósito de certificar o processo de avaliação por parte

dos profissionais entrevistados. Para cada uma das afecções definidas, o profissional apresentava sua percepção sobre o potencial de intervenção da APS em evitar a internação, assinalando, através de uma escala de Likert, a pontuação correspondente (desde 1=concordo completamente até 5=discordo completamente).

O processo de coleta de dados foi realizado através de abordagem individual dos médicos e explicação breve sobre o objetivo da pesquisa. Após concordância verbal e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os profissionais eram apresentados ao questionário. Este instrumento, aplicado pelos próprios autores, continha explicações sobre o tema investigado, questões sobre o perfil e a formação profissional e solicitava a identificação da percepção pessoal sobre as condições destacadas. Os respondentes não foram informados de que, entre as condições apresentadas, algumas não constavam na lista oficial do Ministério da Saúde.

Para analisar a percepção dos profissionais em relação a cada uma das afecções listadas, foram calculados os escores médios simples de cada item. A consistência interna do instrumento foi aferida antes da análise dos dados. Possíveis diferenças nos níveis de percepção dos distintos grupos de médicos foram avaliadas através da comparação dos escores médios de cada item da tabela. Médicos que declararam atuar predominantemente em hospitais foram comparados com aqueles que declararam atuar principalmente em Unidades de Saúde Família e Centros de Saúde. Todos os procedimentos de análise foram feitos utilizando o software Social Package for Social Science (SPSS), versão 16.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo nº 445/2006). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido antes de responderem ao questionário. Assegurou-se, aos participantes, o sigilo e a confidencialidade das informações coletadas.

RESULTADOS

Foram realizadas 139 entrevistas. A maior parte dos entrevistados era formada por homens (64,7%), atuava na área de saúde da família (39,6%). A distribuição dos profissionais nos diferentes cenários foi a seguinte: 63 (45,3%) trabalhavam em unidades de saúde da família, 34 (24,5%) trabalhavam em centros de saúde, consultórios ou ambulatorios de atenção primária e 42 (30,2%) trabalhavam predominantemente em hospitais (plantonistas de pronto-socorro, internistas ou intensivistas). Não foram registradas recusas em participar da pesquisa. As princi-

pais características do grupo estudado são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características gerais de médicos entrevistados em relação à percepção da lista do Ministério da Saúde sobre CSAP*; Montes Claros, 2008.

Variáveis	(n)	(%)
Gênero		
Masculino	90	64,7
Feminino	49	35,3
Principal local de trabalho		
Unidades de Atenção Primária à Saúde	97	69,8
Hospitais	42	30,2
Tempo de graduação		
< 5 anos	48	34,5
5-10 anos	34	24,5
11-15 anos	23	16,5
>15 anos	34	24,5
Área de atuação/especialização		
Clínica Médica	15	10,8
Cirurgia	11	7,9
Pediatria	18	12,9
Saúde da Família	55	39,6
Outros	40	28,8
Atuação na docência		
Sim	77	55,4
Não	62	44,6

(*) CSAP : Condições Sensíveis à Atenção Primária.

As afecções investigadas foram condensadas em grupos diagnósticos para fins de apresentação, sem prejuízo da caracterização de afecções especiais. A consistência interna no instrumento de coleta de dados foi aferida pelo cálculo do alfa de Cronbach, revelando valor de 0,89. A percepção dos médicos aferida pelos escores médios da escala de Likert revelou concordância global dos profissionais em relação às condições presentes na lista do Ministério da Saúde, exceto para Meningite Tuberculosa e Edema Agudo de Pulmão. A Tabela 2 apresenta o número e o percentual de respostas dos médicos para cada uma das afecções investigadas. Para a maioria das condições apresentadas, o percentual de respostas “Não sei opinar” foi bastante reduzido, embora, para algumas condições, esse percentual tenha atingido índices próximos de 20%.

A análise dos escores médios entre os grupos de médicos buscou verificar o nível de concordância entre médicos da Atenção Primária e médicos que atuam predominantemente nos hospitais. Os resultados da comparação entre os escores médios destacam que, para algumas condições, existe diferença estatisticamente significativa entre os profissionais, sendo que os médicos da APS apresentaram escores mais concordantes com a lista do Ministério da Saúde do que os demais profissionais entrevistados. Esse aspecto

foi notado para as seguintes afecções: Meningite por H. influenzae, Diabetes, Mellitus, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias Bacterianas, Bronquite Aguda,

Edema Agudo de pulmão, Gastroenterites infecciosas e suas complicações, Infecção Urinária na gravidez e Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos (Tabela 3).

Tabela 2 - Percepção de médicos sobre a Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária do Ministério da Saúde, Montes Claros (MG), 2008.

Afecções	(CC)* n (%)	(CP) n (%)	(NS) n (%)	(DP) n (%)	(DC) n (%)
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis:					
Sarampo, coqueluche, difteria, tétano e caxumba	121(87,1)	12(8,6)	4(2,9)	1(0,7)	1(0,7)
Febre amarela, Rubéola e Hepatite B	110(79,1)	18(12,9)	2(1,4)	6(4,3)	3(2,2)
Meningite por H. influenzae	75(54,0)	25(18)	5(3,6)	14(10,1)	20(14,4)
Deficiências nutricionais e endócrinas:					
Anemia por deficiência de ferro	134(96,4)	5(3,6)	-	-	-
Desnutrição proteico-calórica	113(81,3)	23(16,5)	2(1,4)	1(0,7)	-
Hipovitaminoses	117(84,2)	17(12,2)	3(2,2)	1(0,7)	1(0,7)
Diabetes Mellitus	77(55,4)	47(33,8)	8(5,8)	4(2,9)	3(2,2)
Doenças das vias respiratórias e do pulmão					
Infecções de ouvido, nariz e garganta	102(73,4)	30(21,6)	2(1,4)	3(2,2)	2(1,4)
Resfriado comum	105(75,5)	26(18,7)	3(2,2)	2(1,4)	3(2,2)
Pneumonias bacterianas	56(40,3)	61(43,9)	7(5,0)	13(9,4)	1(1,4)
Asma	57(41,0)	64(46)	8(5,8)	6(4,3)	4(2,9)
Bronquite aguda	62(44,6)	58(41,7)	5(3,6)	12(8,6)	2(1,4)
Bronquite Crônica	71(51,1)	55(39,6)	7(5,0)	5(3,6)	1(0,7)
Bronquiectasia	23(16,5)	54(38,8)	25(18,0)	29(20,9)	8(5,8)
Enfisema	28(20,1)	67(48,2)	14(10,1)	22(15,8)	8(5,8)
Doenças cardíacas e vasculares					
Hipertensão arterial	104(74,8)	26(18,7)	2(1,4)	3(2,2)	4(2,9)
Angina	27(19,4)	62(44,6)	10(7,2)	28(20,1)	12(8,6)
Insuficiência cardíaca	39(28,1)	60(43,2)	16(11,5)	21(15,1)	3(2,2)
Doença cardíaca hipertensiva	81(58,3)	41(29,5)	5(3,6)	7(5,0)	5(3,6)
Doenças cerebrovasculares	28(20,1)	56(40,3)	18(12,9)	25(18)	12(8,6)
Edema Agudo de pulmão	10(7,2)	32(23,0)	11(7,9)	25(18,0)	61(43,9)
Condições infecciosas inespecíficas					
Infecções do rim e trato urinário	69(49,6)	59(42,4)	4(2,9)	7(5,0)	-
Infecções da pele e tecido subcutâneo	76(54,7)	59(42,4)	3(2,2)	15(10,8)	-
Gastroenterites infecciosas e suas complicações	73(52,5)	43(30,9)	4(2,9)	13(9,4)	6(4,3)
Doenças infecciosas específicas					
Sífilis	93(66,9)	37(26,6)	3(2,2)	3(2,2)	3(2,2)
Sífilis congênita	59(42,4)	30(21,6)	10(7,2)	18(12,9)	22(15,8)
Tuberculose pulmonar	71(51,1)	50(36,0)	5(3,6)	11(7,9)	2(1,4)
Tuberculose meníngea	16(11,5)	18(12,9)	25(18,0)	26(18,7)	54(38,8)
Malária	31(22,3)	33(23,7)	29(20,9)	30(21,6)	16(11,5)
Doenças relacionadas aos cuidados de saúde da mulher					
ITU na gravidez	82(59,0)	41(29,5)	9(6,5)	6(4,3)	1(0,7)
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	55(39,6)	59(42,4)	15(10,8)	9(6,5)	1(0,7)
Outras afecções					
Doença Reumática	71(51,1)	43(30,9)	12(8,6)	10(7,2)	3(2,2)
Epilepsias	45(32,4)	45(32,4)	20(14,4)	21(15,1)	8(5,8)
Úlcera gastrointestinal	39(28,1)	47(33,8)	24(17,3)	17(12,2)	12(8,6)
Parasitose intestinal: ascaridíase	130(93,5)	8(5,8)	-	-	1(0,7)
Afecções não sensíveis à atenção ambulatorial					
Apendicite aguda	2(1,4)	1(0,7)	3(2,2)	14(10,1)	119(85,6)
Calazar	37(26,6)	36(25,9)	8(5,8)	27(19,4)	31(22,3)
Dengue hemorrágica	25(18)	28(20,1)	7(5,0)	20(14,4)	59(42,4)
Insuficiência renal aguda	9(6,5)	26(18,7)	11(7,9)	6(33,1)	47(33,8)
Traumatismo crânio-encefálico	7(5,0)	11(7,9)	5(3,6)	29(20,9)	87(62,6)

(CC: Concordo Completamente; CP: Concordo Parcialmente; NS: Não concordo, nem discordo/Não sei opinar; DP: Discordo Parcialmente; DC: Discordo Completamente)

Tabela 3 - Comparação entre os escores médios de concordância entre médicos da Atenção Primária e médicos que atuam, predominantemente, em hospitais sobre a lista de CSAP do Ministério da Saúde, Montes Claros (MG), 2008.

Afecções	Médicos da APS	Médicos de hospitais	p-valor
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis:			
Sarampo, coqueluche, difteria, tétano e caxumba	1,18	1,20	0,841
Febre amarela, Rubéola e Hepatite B	1,40	1,36	0,782
Meningite por H. influenzae	1,76	2,37	0,020*
Deficiências nutricionais e endócrinas:			
Anemia por deficiência de ferro	1,02	1,05	0,366
Desnutrição proteico-calórica	1,16	1,25	0,314
Hipovitaminoses	1,18	1,24	0,582
Diabetes Mellitus	1,40	1,77	0,015*
Doenças das vias respiratórias e do pulmão			
Infecções de ouvido, nariz e garganta	1,18	1,49	0,019*
Resfriado comum	1,29	1,40	0,408
Pneumonias bacterianas	1,55	2,10	0,001*
Asma	1,65	1,93	0,091
Bronquite aguda	1,49	2,01	0,002*
Bronquite Crônica	1,51	1,71	0,140
Bronquiectasia	2,55	2,64	0,630
Enfisema	2,24	2,49	0,206
Doenças cardíacas e vasculares			
Hipertensão arterial	1,24	1,50	0,079
Angina	2,31	2,69	0,079
Insuficiência cardíaca	2,02	2,32	0,105
Doença cardíaca hipertensiva	1,49	1,77	0,110
Doenças cerebrovasculares	2,42	2,63	0,325
Edema Agudo de pulmão	3,33	3,92	0,016*
Condições infecciosas inespecíficas			
Infecções do rim e trato urinário	1,29	1,77	0,192
Infecções da pele e tecido subcutâneo	1,58	1,76	0,278
Gastroenterites infecciosas e suas complicações	1,53	2,01	0,013*
Doenças infecciosas específicas			
Sífilis	1,42	1,49	0,628
Sífilis congênita	2,36	2,39	0,912
Tuberculose pulmonar	1,64	1,79	0,372
Tuberculose meníngea	3,45	3,70	0,312
Malária	3,07	2,56	0,025*
Doenças relacionadas aos cuidados de saúde da mulher			
ITU na gravidez	1,53	1,70	0,001*
Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	1,64	2,01	0,016*
Outras afecções			
Doença Reumática	1,67	1,86	0,299
Epilepsias	2,18	2,37	0,382
Úlcera gastrointestinal	2,22	2,51	0,178
Parasitose intestinal: ascaridíase	1,04	1,12	0,244
Afecções não sensíveis à atenção ambulatorial			
Apendicite aguda	4,67	4,85	0,132
Calazar	2,82	2,87	0,851
Dengue hemorrágica	3,35	3,49	0,611
Insuficiência renal aguda	3,35	3,92	0,010*
Traumatismo crânio-encefálico	4,22	4,32	0,612

(*) Diferenças estatisticamente significantes.

DISCUSSÃO

O presente estudo consolida a lista nacional apresentada pelo Ministério da Saúde para as condições classificadas como sensíveis à atenção ambulatorial, apesar das discordâncias para duas das afecções avaliadas. Embora não tenha sido realizado cálculo amostral, o grupo estudado é numericamente significativo (cálculo do poder estatístico maior que 80%) e o processo de seleção buscou contemplar profissionais assistentes de todos os serviços. Deve-se considerar, ainda, que o instrumento utilizado contemplou toda a lista de CSAP e ensejava tempo significativo do profissional para respondê-lo.

A publicação da relação de CSAP passou também por uma consulta pública editada em setembro de 2007. O presente estudo tem particular importância, quando se considera que essa metodologia (consulta pública) não é amplamente difundida entre os médicos. Como se trata de um indicador pouco utilizado no país, estudos semelhantes também propiciam a divulgação da lista entre os profissionais de saúde, lista esta que, segundo alguns autores, deve ser adaptada ao contexto de cada região do país, para garantir a validade, credibilidade e impacto sobre a magnitude dos índices de hospitalização.¹¹ A literatura nacional registra poucos estudos sobre o indicador ou apresenta estudos em que não se utiliza a lista oficial do Ministério da Saúde.^{12,13}

As diferenças observadas no presente estudo entre as percepções de médicos da APS e médicos que atuam, predominantemente, em hospitais destacam, a princípio, uma maior aceitação dos profissionais da atenção primária de sua responsabilidade sobre o cuidado com afecções cujos desfechos podem gerar internações desnecessárias. Por outro lado, podem também sugerir certa descrença dos profissionais que atuam em hospitais em relação ao potencial de trabalho das equipes de APS. Deve-se considerar, ainda, que as “condições sensíveis” são diagnósticos de alta hospitalar, que pretendem medir indiretamente a resolubilidade do cuidado primário e, de forma direta, a atividade hospitalar potencialmente prevenível. Estes diagnósticos de alta hospitalar podem não coincidir com os diagnósticos típicos da atenção primária.

Apesar da elevada concordância observada entre os médicos em geral, é importante refletir sobre as afecções cujos escores médios denotaram discordância: meningite tuberculosa e edema agudo de pulmão. Os autores consideram que parece haver desconhecimento da cadeia de eventos que culminam com o desfecho final avaliado: internação hospitalar. Não existem dúvidas, por exemplo, que a adequada vacinação (BCG) contra tuberculose protege

contra formas graves da doença, incluindo-se a forma meningea. De forma similar, o edema agudo de pulmão deve ser visto como desfecho indesejável de condições prévias que podem ser adequadamente conduzidas pelas equipes da Atenção Primária. É importante destacar o fato de que uma das condições incluídas no questionário (Calazar) como não-sensível tenha sido avaliada como sensível pelos médicos participantes da pesquisa. A doença, ausente da lista do Ministério da Saúde, foi incluída de forma aleatória no questionário, juntamente com outras quatro condições para avaliar o índice de confiabilidade das respostas: ao inserir algumas condições não sensíveis no questionário, exigia-se do respondente maior atenção e zelo nas respostas. Os autores acreditam que o viés da resposta talvez seja decorrente do fato de que a doença é endêmica na região da pesquisa e muitos pacientes são, de fato, acompanhados ambulatorialmente durante o seu tratamento.

Para Caminal *et al.*³, a lista de CSAP deve ser adaptada ao contexto de cada estudo para garantir a validade, credibilidade e magnitude dos índices de hospitalização.³ A definição da lista de CSAP representa, efetivamente, um aspecto importante dos estudos sobre o indicador. É possível que a carência de estudos nacionais sobre o tema esteja relacionada à inexistência de uma lista validada pelo Ministério da Saúde. Portanto, sua efetiva aceitação entre todos os profissionais parece ser um aspecto fundamental da validade dos estudos que, doravante, passarão a utilizar o indicador.

Para alguns autores, a existência de estudos prévios sobre a doença, a clareza na definição e codificação dos casos observados, as taxas elevadas de hospitalização, a constatação de que se trata de um relevante problema de saúde e suscetível de ser resolvido na Atenção Primária são questões que devem ser consideradas para a elaboração das listas.^{10,14} Em todas as listas internacionais pesquisadas, usa-se, como referência, a Classificação Internacional de Doenças (CID) em sua nona revisão, possivelmente, por ser esta bem mais concisa que a décima revisão, que é utilizada no Brasil. Esse aspecto pode comprometer análises comparativas entre estudos nacionais e os de outros países.

Márquez-Calderon *et al.*⁶ consideram ainda que o indicador está sujeito a características dos outros níveis da assistência além da morbidade e dos aspectos culturais e socioeconômicos das populações.⁶ Para outros autores, a validade do indicador é relativa, pois o mesmo é influenciado pela morbidade, pela cultura de uso dos serviços de saúde da população e pelas políticas de internação dos hospitais.^{8,15} Essa interferência cultural também pode influenciar os profissionais de saúde e produzir percepções equivocadas em relação às CSAP.

As internações por condições sensíveis podem também sofrer influências externas às equipes de cuidados primários, sendo mais um indicador de acesso do que da qualidade de desempenho das equipes.¹⁵ Internações evitáveis possuem, enfim, uma natureza multifatorial e dependem de variáveis que vão além do desempenho de trabalho do médico, como a disponibilidade de recursos diagnósticos e terapêuticos e das características da Atenção Primária em cada região.^{8,15}

Novos estudos são desejáveis sobre o indicador, apenas recentemente adotado no país, e poderão contribuir significativamente para a melhoria dos cuidados e da gestão dos serviços de saúde. O atual modelo de atenção à saúde no Brasil promove uma organização dos serviços de saúde em torno da Atenção Primária, que atua como uma porta de entrada ao atendimento especializado e como núcleo coordenador dos cuidados ao paciente. É preciso fortalecer esse processo de reorientação do modelo assistencial através de evidências sólidas, incluindo-se indicadores de resultado que sejam reconhecidos por todos os atores sociais envolvidos com a prática em todos os níveis de assistência. Esse representa mais um dos desafios da consolidação do fortalecimento da Atenção Primária no País.

Agradecimento:

Os autores agradecem o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG.

REFERÊNCIAS

1. Caminal HJ, Starfield EB, Sánchez RE, Pérez H, Martín MM. La Atención Primaria de Salud Y Las Hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. *Rev Clín Esp*. 2001; 201(9):501-7.
2. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Affairs*. 1990; 9(4):158-65.
3. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health*. 2004; 14:246-51.
4. Clancy CM. The persistent challenge of avoidable hospitalizations. *Health Serv Res*. 2005; 40(4):953-6.
5. Caminal HJ, Morales EM, Sánchez RE, Cubells LMJ, Bustins PM. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):6-14.
6. Márquez-Calderón S, Rodríguez AMM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003; 17:360-7.
7. Alfradique ME, Bonolo PR, Dourado I, *et al*. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad Saúde Pública*. 2009; 25:1337-49.
8. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez AMM, Perea-Milla LE, Ortiz EJ. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004; 33(6):305-11.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. *Diário Oficial da União*. Brasília, 18 abr. 2008; Seção 1, nº 75, p.70.
10. Caminal HJ, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):61-5.
11. Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Car Res Rev*. 2006; 63(6):719-41
12. Elias E, Magajewski F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(4):633-47.
13. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6):1041-52.
14. Tamborero Cao G. Hospitalizaciones inadecuadas: um nuevo reto para La tención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):15-7.
15. Gêrvas J, Fernández MP. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8(2):205-18
16. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, *et al*. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA*. 1995; 274: 305-11.

Recebido: julho de 2010

Aprovado: fevereiro de 2011
