

As internações em pronto atendimento e o índice de internação por condições sensíveis à atenção primária – uma revisão integrativa

Hospitalizations in emergency care and their relationship with the hospitalization index due to Ambulatory Care Sensitive Conditions – an integrative review

Pedro Henrique de Almeida¹, Deivisson Vianna Dantas dos Santos², Rafael Gomes Ditterich³

ARTIGO DE REVISÃO – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2022

RESUMO

A Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) estimula, desde 2003, a expansão de serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência (APH), unidades capazes de prestar, por períodos superiores a 24 horas, assistência semelhante à das internações hospitalares, o que pode interferir no índice de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Este trabalho objetiva analisar, por meio de revisão integrativa, a produção científica acerca da relação entre estes “internamentos” e o índice ICSAP, buscando nas bases de dados eletrônicas (Scopus, Scielo e PubMed), produções relacionadas ao tema, utilizando-se dos descritores (condições sensíveis) AND (atenção primária OR atenção básica) AND (hospitalização OR internamento OR atendimento) AND (pronto atendimento). A busca resultou em 2.153 artigos, dos quais 92 (4,27%) foram selecionados para a coleta de dados após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão. A análise das publicações resultou em quatro (4) estudos que problematizaram a relação dos atendimentos por CSAP nas emergências e o índice de ICSAP, dos quais apenas um (1) sob a ótica do serviço pré-hospitalar, com nenhum deles, porém, tendo avaliado essa hipótese. Conclui-se que as publicações sobre as ICSAP ainda são escassas e pouco diversificadas, não avançando sobre questões mais profundas pertinentes ao tema.

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

ABSTRACT

The Brazilian National Policy on Emergency Care has encouraged the expansion of pre-hospital emergency care services in the past few years. These units can provide health care for periods longer than 24 hours, such as a hospital stay, which may interfere with the rate of hospitalization due to Primary Care Sensitive Conditions (PCSC). This paper aims to analyze, through an integrative review, the scientific production about the interference of "hospitalization-like" stays in non-hospital emergency rooms by PCSC. This review was conducted by searching electronic databases (Scopus, Scielo, and PubMed) for relevant productions, using as descriptors sensitive conditions AND (primary care OR basic care OR ambulatory care) AND (hospitalization OR internship OR care) AND emergency care, yielding 2153 articles, of which 92 (4.27%) were chosen for data collection after applying the inclusion and exclusion criteria. The collected data analysis has left four studies that problematized the relationship between ACSC care in emergencies and the PCSC index, of which only one from the perspective of the pre-hospital service, although none of them evaluated this hypothesis. It has been concluded that publications on PCSC are still scarce and little diversified, not advancing on the deeper issues related to the theme.

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

¹ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8246-3735>. E-mail: pedrohenriquedealmeida1@gmail.com

² Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1198-1890>

³ Universidade Federal do Paraná (UFPR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8940-1836>

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e regulamentado pela lei orgânica nº 8080 de 1990, representou um grande avanço na saúde pública do Brasil. Mudanças no perfil da população e dos agravos em saúde, porém, mostraram-se obstáculos para a consolidação dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, evidenciando dificuldades em superar a fragmentação e a baixa eficácia nas ações em saúde¹. Diante dessas dificuldades, o Ministério da Saúde (MS) propôs, em 2010, o arranjo organizativo do sistema de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas pelas relações horizontais entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, visando à complementariedade e à interdependência entre esses elementos². É nesse contexto que surge a Rede de Atenção às Urgências (RAU), com a publicação da nova Política Nacional de Atenção às Urgências, em 2011 (PNAU, 2011)³.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária do usuário no sistema, portanto, elemento fundamental e comum a todas as RAS¹. Dentro da RAU, a APS tem, como objetivos, a ampliação do acesso, o fortalecimento do vínculo e a resolução de até 85% das situações em saúde que atende, além de realizar o atendimento inicial às urgências, até que haja transferência aos demais pontos de atenção da rede³. Portanto, a APS forma, conjuntamente com os serviços não hospitalares de pronto atendimento (criados pela Portaria MS nº 2048 de 2002⁴ e ratificados pela Política Nacional de Atenção às Urgências de 2003⁵), o componente de Atendimento Pré-hospitalar (APH) fixo da RAU. Entretanto, estes se distinguem daqueles por ofertarem atendimento 24 h em livre demanda e por serem capazes de realizar suporte avançado de vida, servindo de retaguarda inicial para a APS, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e aos demais componentes da RAU³. Mas, por serem unidades não hospitalares, esses serviços de pronto atendimentos 24 h devem promover o encaminhamento para internamento hospitalar, via regulação, dos casos cujos problemas não puderam ser ali resolvidos em até 24 h⁶.

Sabendo que uma APS resolutiva determina menores taxas de internação hospitalar, com consequente redução dos custos em saúde⁷, torna-se lógico aferir o grau de resolubilidade da APS a partir das “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária” (ICSAP)⁸ ocorridas nos hospitais. No Brasil, o início formal para esse monitoramento ocorreu em 2008, quando o MS publicou a lista de agravos por “Condições Sensíveis à Atenção Primária” (CSAP), contendo os problemas em saúde cuja morbimortalidade pode ser reduzida por meio de uma APS forte⁹. A partir de então, foi possível estabelecer, com base nos dados do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), o índice de ICSAP de uma localidade e, por conseguinte, estimar o desempenho global da APS ali praticada¹⁰. Apesar de explicitado, desde sua criação, que a

lista de CSAP deve servir de instrumento para a avaliação de desempenho da APS e do Sistema de Saúde como um todo⁹, o índice de ICSAP somente entrou no rol das “Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores da Pactuação Inter federativa de Indicadores” (SISACTO) para os anos de 2013-2015¹¹, mas não para o período seguinte, ainda em vigência (2017-2021)¹².

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

Apesar de estar claramente exposto no PNAU 2011 que todo paciente atendido em UPA 24h que não tenha sua queixa resolvida em até 24 h deve ter sua transferência providenciada para um internamento hospitalar formal⁶, estudos sugerem que, na prática, essa recomendação é frequentemente desrespeitada¹⁷. Uma das consequências desse desrespeito é que, pelo fato de não gerarem registros de “Autorização para Internação Hospitalar” (AIH), esses atendimentos com permanência acima de 24 h, realizados nas UPAs 24h, estariam à sombra do “Sistema de Informação Hospitalar do SUS” (SIH-SUS), constituindo-se em componentes não contabilizados no índice de ICSAP oficialmente mensurado, comprometendo a sua acurácia.

Este trabalho objetiva analisar as produções científicas publicadas depois da introdução da PNAU no Brasil que abordam a relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP.

METODOLOGIA

Tendo-se em vista o contexto acima descrito, elaborou-se, como questão norteadora de pesquisa, a pergunta: “Que informações acerca da relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP foram produzidos nas publicações científicas posteriores à implantação da PNAU no Brasil?”

Para responder à problematização levantada, optou-se pela realização de uma revisão integrativa, devido a sua reconhecida capacidade de ampliar o conhecimento sobre um determinado tema por meio da compilação dos resultados encontrados nas diversas pesquisas já realizadas sobre esse tema^{18,19}.

Por envolver uma questão pertinente a qualquer sistema nacional de saúde, mas com estreita relação com a realidade recente do SUS, foram pesquisadas literaturas nacionais e estrangeiras em três bases de dados distintas, porém complementares entre si: i) uma base internacional, de qualquer área do conhecimento (*Scopus*); ii) uma base regional, de qualquer área do conhecimento (*Scielo* iii); uma base internacional, voltada para conhecimentos da área da saúde (*PubMed*).

A busca por publicações foi realizada em fevereiro de 2021, utilizando como estratégia os descritores *condições sensíveis AND (atenção primária OR atenção básica) AND (hospitalização OR internamento OR atendimento) AND pronto atendimento* [campos: título, resumo e palavras-chave]; bem como suas contrapartes em inglês *sensitive conditions AND (primary care OR basic care OR ambulatory care) AND (hospitalization OR internship OR care) AND emergency care* [field: title, abstract and keywords]. Foram selecionados, como amostra inicial, documentos oriundos de qualquer nacionalidade, no formato tanto de editorial como de artigo científico (na íntegra ou não), publicados a qualquer tempo. O resultado da busca foi exportado para o gerenciador de referências *Mendeley* (v2.53.0), com exclusão de todas as duplicidades.

Com a amostra inicial estabelecida, foi realizada a leitura dos resumos de cada publicação, selecionando-se todas aquelas que: i) abordavam a temática dos atendimentos por CSAP e ii) continham descrições de atendimentos por CSAP em prontos atendimentos ou em hospitalizações. Evitando dispersar a análise em publicações para além da temática central deste trabalho, foram excluídas da amostra os trabalhos que: i) não tratavam da relação entre as CSAP e atendimentos em prontos atendimentos e/ou hospitalizações; ii) abordavam indiretamente essa relação, como, por exemplo, em estudos de desfechos clínicos ou de eficiência/eficácia de medicamentos/tratamentos; iii) se restringiam a uma subpopulação específica ou, ainda, a uma condição/agravo isolada da lista de CSAP e iv) artigos anteriores a 2003, ano da introdução da PNAU no Brasil.

Então, foi realizada a leitura das publicações depuradas pelos critérios de inclusão e exclusão, buscando-se dados pertinentes a pesquisa. Para tal, foi elaborado um instrumento de coleta contemplando os seguintes itens: autor, ano, título, periódico, nacionalidade, desenho do estudo, objetivo, qual a relação com as CSAP, presença de discussão sobre os vieses encontrados, se aborda atendimentos por CSAP nas emergências (APH ou Hospitalar) e, finalmente, se apresenta alguma relação entre esses atendimentos por CSAP nas emergências e o índice de ICSAP. Quanto à relação existente entre o conteúdo do trabalho e as CSAP, estas foram classificadas em i) de prevalência, quando a pesquisa apenas calculou o valor do indicador; ii) de risco relativo, quando estudou fatores contribuintes para o seu aumento ou diminuição; iii) de custo, quando avaliou o impacto das CSAP no custo das ações em saúde; iv) de viés, quando a pesquisa focou os possíveis vieses envolvidos nos estudos das CSAP; v) de

causalidade, quando ocorreram intervenções clínicas ou no processo assistencial que impactaram as CSAP; e vi) de mudança no sistema de informação, quando o trabalho propôs inovações aos sistemas utilizados para o cálculo das CSAP.

Por fim, utilizando-se o programa MS Office Excel®, as publicações nacionais e estrangeiras da amostra final foram agrupadas em tabelas, em que foram relacionadas a seus principais dados coletados.

RESULTADOS

A estratégia de busca retornou 2.153 publicações, das quais 198 (9,2%) da base *Scopus*, 123 (5,7%) da *Scielo* e 1832 (85,1%) da *PubMed*. No gerenciamento com o programa *Mendeley*, foram excluídas 238 (11,05%) publicações em duplicidade, reduzindo a amostra para 1.915 (88,94%) publicações. Já a aplicação dos critérios de inclusão restringiu o quantitativo para 1.084 (50,34%), enquanto a dos critérios de exclusão resultou em uma amostra final de 92 (4,27%) publicações, como mostra o quadro 1.

Quadro 1 – Etapas para o processo de seleção da amostra final

Motivação da Revisão	Pergunta Norteadora	Que informações, acerca da relação entre os “internamentos” por CSAP em unidades de APH e o índice de ICSAP foram produzidas nas publicações científicas posteriores à implantação da PNAU no Brasil?	
Universo de Busca	Base de Dados	1. <i>Scielo</i> : base que inclui revistas de diversas áreas do conhecimento, especialmente revistas latino-americanas. 2. <i>PubMed</i> : base da Biblioteca Nacional dos Estados Unidos da América (EUA) que reúne revistas da área da saúde de âmbito internacional. 3. <i>Scopus</i> : base internacional de revistas de diversas áreas do conhecimento.	
Seleção da Amostra	Descritores	1. <i>condições sensíveis AND (atenção primária OR atenção básica) AND (hospitalização OR internamento OR atendimento) AND pronto atendimento</i> [campos: título, resumo e palavras-chave]; 2. <i>sensitive conditions AND (primary care OR basic care OR ambulatory care) AND (hospitalization OR internship OR care) AND emergency care</i> [field: title, abstract and keywords]	Busca em 09/02/20 Amostra Inicial: 2153 (100%) Scielo: 123 (5,7%) Scopus: 198 (9,2%) PubMed: 1832 (85,1%)
Organização da Amostra	Gerenciador Mendeley	1. Depuração de artigos em duplicidade.	Duplicatas excluídas: 238 (11,05%) 1915 remanescentes
Eleição da Amostra	Critérios I/E	Inclusão: i) atendimentos por CSAP; ii) em ambulatórios, prontos atendimentos ou hospitais. Exclusão: i) estudos que não tratavam diretamente de atendimentos por CSAP; ii) que tratavam de forma indireta; iii) restritos a uma subpopulação ou agravo específicos e iv) artigos anteriores à 2003.	Pós Critérios de Inclusão: 1.084 (50,34%) Pós Critérios de Exclusão: 92 (4,27%) (amostra final)

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

A análise dos dados coletados na amostra final (quadro 2), evidenciou que 55 (59,8%) publicações tiveram como ponto central a determinação da prevalência das ICSAP, 20 (21,7%), o risco relativo, 8 (8,7%), os fatores causais desse tipo de atendimento, 4 (4,35%), os vieses para a análise do indicador ICSAP, 3 (3,25%), os custos envolvidos nos atendimentos CSAP e 2 (2,17%), as melhorias no sistema de informação relacionado às ICSAP. Dentre as 92 publicações da amostra final, 44 (47,83%) são nacionais e 48 (52,17%) estrangeiras.

Por fim, foi possível encontrar elementos que responderam à pergunta central desta pesquisa: foi constatado que 24 (26,09%) publicações abordaram, de alguma maneira, a questão dos atendimentos por CSAP nos serviços de emergência, das quais 20 (21,7%) em ambiente hospitalar e 4 (4,35%) em ambiente pré-hospitalar (APH). Das que partem do ambiente hospitalar, 3 (3,26%) publicações (todas internacionais) sugerem que esses atendimentos podem impactar o indicador de ICSAP, mas sem avançar em sua demonstração. Já entre as que partem do ambiente do APH, apenas 1 (1,09%) publicação (artigo nº 38 do quadro 3) fez esse apontamento, porém sem também avançar em sua comprovação.

Quadro 2 – Compilação dos principais resultados encontrados pós análise dos dados coletados

Análise dos Dados Coletados	Principais Resultados	<ul style="list-style-type: none"> – 55 (59,8%) publicações sobre prevalência – 20 (21,7%) publicações sobre risco relativo – 8 (8,70%) publicações sobrenexo causal – 4 (4,35%) publicações sobre vieses – 3 (3,25%) publicações sobre custo – 2 (2,17%) publicações sobre sistema de informação – 48 (52,17%) publicações de procedência estrangeira e 44 (47,83%) nacionais – 20 (21,7%) publicações sobre atendimento CSAP em emergência hospitalar, com 3 (3,25%) sugerindo possibilidade de viés no indicador ICSAP – 4 (4,35%) publicações sobre atendimentos CSAP no APH, com apenas 1 (1,09%) sugerindo possibilidade de viés no indicador de ICSAP – Nenhuma publicação efetivamente demonstrou qual o impacto dos atendimentos emergenciais por CSAP no índice de ICSAP
-----------------------------	-----------------------	--

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

As publicações selecionadas para a amostra final, com seus principais dados coletados, estão agrupadas, a seguir, nos quadros 3 (publicações nacionais) e 4 (publicações internacionais).

Quadro 3 – Relação das publicações nacionais e seus principais dados

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
1	Elias, E (2008)	A APS no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por CSAP, no período de 1999 a 2004	ecológico	prevalência	não	-	-
2	Nedel, F (2008)	Programa Saúde da Família e CSAP, Bagé (RS)	survey	prevalência	não	-	-
3	da Costa, J (2010)	Hospitalizações por CSAP nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
4	Moura, B (2010)	Principais causas de ICSAP no Brasil: uma análise por faixa etária e região	ecológico	prevalência	não	-	-
5	Nedel, F (2011)	Aspectos conceituais e metodológicos no estudo das hospitalizações por CSAP	report	viés	não	-	-
6	de Souza, L (2011)	ICSAP nas coordenadorias de saúde no RS	ecológico	prevalência	não	-	-
7	Torres, R (2011)	O panorama das ICSAP em um distrito de São Paulo	transversal	prevalência	não	-	-
8	Boing, A (2012)	Redução das ICSAP no Brasil entre 1998-2009	ecológico	prevalência	não	-	-
9	de Campos, A (2012)	ICSAP em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009	ecológico	prevalência	não	-	-
10	Junqueira, R (2012)	ICSAP no Distrito Federal, 2008	ecológico	prevalência	não	-	-
11	Rehem, T (2012)	ICSAP no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
12	Cardoso, C (2013)	Contribuição das ICSAP no perfil das admissões pelo SUS	transversal	prevalência	sim	sim	não

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
13	Rehem, T (2013)	ICSAP em uma metrópole brasileira	ecológico	prevalência	não	-	-
14	Rodrigues-Bastos, R. (2013)	ICSAP em município do sudeste do Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
15	Ceccon, R (2014)	Hospitalization due to PCSC and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study	ecológico	prevalência	não	-	-
16	Ferreira, J (2014)	ICSAP em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010*	ecológico	prevalência	não	-	-
17	Melo, M (2014)	Social determinants of hospitalizations for ACSC in Guarulhos, São Paulo	ecológico	prevalência	não	-	-
18	Mendonça, S (2014)	Perfil das ICSAP em Pernambuco, 2008 a 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
19	Pazó, R G (2014)	Modelagem hierárquica de determinantes associados as ICSAP no Espírito Santo, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
20	Rodrigues-Bastos, R (2014)	Hospitalizations for ACSC, Minas Gerais, Southeastern Brazil, 2000 and 2010	ecológico	prevalência	não	-	-
21	Torres, R (2014)	Overview of hospitalizations by ACSC in the municipality of Cotia, Brazil	ecológico	prevalência	não	-	-
22	de Castro, A (2015)	Condições socioeconômicas, oferta de médicos e ICSAP em grandes municípios do Brasil	coorte	risco relativo	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
23	Pereira, F (2015)	Perfil das ICSAP subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras	ecológico	prevalência	não	-	-
24	Brasil, V (2016)	ICSAP em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011	ecológico	causalidade	não	-	-
25	Cavalcante, D (2016)	ICSAP: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
26	da Costa, J (2016)	Tendência das ICSAP e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
27	Gonçalves, R (2016)	Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das ICSAP	ecológico	prevalência	não	-	-
28	Moretti, P (2016)	Núcleos de Apoio à Saúde da Família: impactos nas ICSAP	ecológico	prevalência	não	-	-
29	Botelho, J (2017)	Risco de interpretação falaciosa das ICSAP em contextos locais, Itaboraí-RJ 2006-2011	ecológico	prevalência	não	-	-
30	Costa, J (2017)	Hospitalizações por CSAP em Pelotas: 1998 a 2012	ecológico	prevalência	não	-	-
31	Magalhães, A (2017)	Desigualdades intraurbanas de taxas de ICSAP na região central do Brasil	ecológico	prevalência	não	-	-
32	Nedel, F (2017)	csapAIH: uma função para a classificação das CSAP no programa estatístico R*	<i>report</i>	sistema de informação	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
33	Souza, D (2017)	Estudo descritivo da evolução dos gastos com ICSAP no Brasil, 2000-2013*	ecológico	custo	não	-	-
34	Alves, J (2018)	ICSAP no estado do Ceará, 2010-2014	ecológico	prevalência	não	-	-
35	Pinto, L (2018)	Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das ICSAB	ecológico	prevalência	não	-	-
36	Santos, L (2018)	ICSAP, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro	ecológico	prevalência	não	-	-
37	Souza, L A (2018)	Relações entre a APS e as CSAP em um hospital universitário	transversal	risco relativo	não	-	-
38	de Lima, A (2019)	Emergency department visits for aACSC	ecológico	prevalência	sim	sim	sim
39	Maia, L (2019)	Hospitalizations due to PCSC: an ecological study	ecológico	prevalência	não	-	-
40	Morimoto, T (2019)	Análise descritiva dos gastos com ICSAP	ecológico	custo	não	-	-
41	Nedel, F (2019)	Pacote csapAIH: a Lista Brasileira de ICSAP no programa R	<i>report</i>	sistema de informação	não	-	-
42	Pinto, L (2019)	ICSAP no DF: comparação com outras capitais brasileiras de 2009 a 2018	ecológico	prevalência	não	-	-
43	Santos, B (2019)	ICSAP no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016	transversal	prevalência	não	-	-

(Conclusão)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
44	Rocha, J (2020)	Comparative research aspects on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: the case of Brazil and Portugal	ecológico	prevalência	não	-	-

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

Quadro 4 – Relação das publicações internacionais e seus principais dados.

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
1	Márquez-Calderón, S (2003)	Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios (Espanha)	ecológico	prevalência	não	-	-
2	Oster, A (2003)	Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions insights into preventable hospitalizations (EUA)	<i>survey</i>	prevalência	não	-	-
3	Sánchez, J (2004)	Characteristics of avoidable hospitalization in Spain (Espanha)	ecológico	prevalência	não	-	-
4	Siminski, P (2005)	Primary care patients' views on why they present to emergency departments: Inappropriate attendances or inappropriate policy? (Austrália)	<i>survey</i>	causalidade	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
5	Falik, M (2006)	Comparative effectiveness of health centers as regular source of care: Application of sentinel ACSC events as performances measures (EUA)	coorte	prevalência	não	-	-
6	Juan, G (2007)	Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de Atención Primaria (Espanha)	revisão narrativa	causalidade	não	-	-
7	Hossain, M (2009)	Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: An application of spatial structural equation modeling (EUA)	ecológico	risco relativo	não	-	-
8	Purdy, S (2009)	Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians (Inglaterra)	transversal	viés	não	-	-
9	Kirby, S (2010)	Patient related factors in frequent readmissions: the influence of condition, access to services and patient choice. (Austrália)	coorte	prevalência	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
10	Purdy, S (2010)	Prioritizing ambulatory care sensitive hospital admissions in England for research and intervention: A Delphi exercise (Inglaterra)	survey	causalidade	não	-	-
11	Chang, C F (2011)	Trends in potentially avoidable hospitalizations among adults in Tennessee, 1998-2006 (EUA)	ecológico	prevalência	não	-	-
12	McWilliams, A (2011)	Cost analysis of the use of emergency departments for primary care services in Charlotte, North Carolina (EUA)	ecológico	custo	não	-	-
13	Chukmaitov, A (2012)	Characteristics of all, occasional, and frequent emergency department visits due to ambulatory care-sensitive conditions in Florida (EUA)	transversal	risco relativo	não	-	-
14	Johnson, P (2012)	Disparities in potentially avoidable emergency department (ED) care: ED visits for ambulatory care sensitive conditions (EUA)	ecológico	prevalência	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlação com o ICSAP
15	Bardsley, M (2013)	Is secondary preventive care improving? Observational study of 10-year trends in emergency admissions for ACSC (Inglaterra)	ecológico	prevalência	não	-	-
16	Freund, T (2013)	Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ACSC (Alemanha)	survey	causalidade	não	-	-
17	Harrison, M (2014)	Effect of a national primary care pay for performance scheme on emergency hospital admissions for ACSC: Controlled longitudinal study (Inglaterra)	caso-controle	risco relativo	não	-	-
18	Kostanjšek, D (2014)	Ambulatory care sensitive conditions at out-of-hospital emergence services in Croatia: a longitudinal study based on routinely collected data (Croácia)	ecológico	prevalência	sim	não	não
19	Cecil, E (2015)	Impact of UK Primary Care Policy Reforms on Short- Stay Unplanned Hospital Admissions for Children with PCSC (Inglaterra)	coorte	risco relativo	sim	não	sim

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
20	Sundmacher, L (2015)	Which hospitalisations are ACS, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany (Alemanha)	<i>survey</i>	causalidade	não	-	-
21	Weisz, D (2015)	Emergency department use: a reflection of poor primary care access? (EUA)	<i>survey</i>	causalidade	sim	não	não
22	Conway, R (2016)	Deprivation influences the emergency admission rate of ambulatory care sensitive conditions (Irlanda)	transversal	risco relativo	sim	não	Não
23	Chang, T (2017)	The association of quality of primary care and the potentially avoidable emergency department (ED) visit (Tawian)	ecológico	prevalência	sim	não	não
24	Frick, J (2017)	Suitability of current definitions of ACSC for research in emergency department patients: a secondary health data analysis (Alemanha)	transversal	prevalência	não	-	-

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
25	Sasabuchi, Y (2017)	Increase in avoidable hospital admissions after the Great East Japan Earthquake (Japão)	ecológico	prevalência	não	-	-
26	Sheringham, J (2017)	Are some areas more equal than others? Socioeconomic inequality in potentially avoidable emergency hospital admissions within english local authority areas (Inglaterra)	ecológico	risco relativo	não	-	-
27	Vuik, S (2017)	Do hospitalisations for ACSC reflect low access to primary care? An observational cohort study of primary care usage prior to hospitalization (Inglaterra)	coorte	risco relativo	sim	não	sim
28	Baker, J (2018)	Effects of ambulatory emergency care on organizational and patient outcomes (Inglaterra)	<i>report</i>	risco relativo	sim	sim	Não
29	Brown, R (2018)	Methodology of a Cross-sectional Study Evaluating the Impact of a Novel Mobile Care Team on the Prevalence of ACSC Presenting to Emergency Medical Services (Canadá)	transversal	prevalência	sim	sim	não

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
30	Fleetcroft, R (2018)	Does practice analysis agree with the ambulatory care sensitive conditions' list of avoidable unplanned admissions?: A cross-sectional study in the East of England (Inglaterra)	coorte	risco relativo	sim	não	não
31	Rauch, J (2018)	Understanding the Characteristics of Frequent Users of Emergency Departments: What Role Do Medical Conditions Play? (Alemanha)	transversal	prevalência	sim	não	não
32	Solberg, L (2018)	Potentially Preventable Hospital and Emergency Department Events: Lessons from a Large Innovation Project (EUA)	coorte	risco relativo	sim	não	não
33	Strøm, C (2018)	Hospitalisation in short-stay units for adults with internal medicine diseases and conditions. (Dinamarca)	revisão sistemática	risco relativo	sim	não	Não
34	Figuerola, J (2019)	Trends in Hospitalization vs Observation Stay for Ambulatory Care-Sensitive Conditions (EUA)	transversal	viés	sim	não	Sim

(Continuação)

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
35	González-Vélez, A (2019)	ACSC hospitalization for emergencies rates in Colombia (Colombia)	transversal	prevalência	não	não	não
36	Hodgson, K (2019)	Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations (Inglaterra)	editorial	viés	sim	não	não
37	Levi, M (2019)	Epidemiology of non-deferrable medical conditions in primary care in Italy (Itália)	transversal	prevalência	não		
38	Lines, L (2019)	Emergency Department and Primary Care Use in Massachusetts 5 Years after Health Reform (EUA)	transversal	risco relativo	sim	não	não
39	McGeoch, G (2019)	Hospital avoidance: an integrated community system to reduce acute hospital demand (Nova Zelândia)	<i>report</i>	causalidade	não	-	-
40	Pressman, A (2019)	Measuring Health Equity for ACSC in a Large Integrated Health Care System: The Development of an Index (EUA)	<i>report</i>	risco relativo	não	-	-
41	Schuettig, W (2019)	Ambulatory care-sensitive emergency department cases: a mixed methods approach to systemize and analyze cases in Germany (Alemanha)	transversal	prevalência	sim	não	não

N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
42	Zurovac, J (2019)	Effects of a behavioral health and chronic illness care intervention on patient outcomes in primary care practices in the Dakotas (EUA)	caso-controle	risco relativo	sim	não	não
43	Anderson, T S (2020)	Association of Primary Language and Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions (EUA)	coorte	risco relativo	sim	não	não
44	Hirota, Y (2020)	Association between clinic physician workforce and avoidable readmission: A retrospective database research (Japão)	coorte	risco relativo	sim	não	não
45	Hudon, C (2020)	Risk of Frequent Emergency Department Use Among an ACSC Population: A Population-based Cohort Study (Canadá)	coorte	risco relativo	sim	não	não
46	Kuecker, C M (2020)	Implementation of a Protocol to Manage Patients at Risk for Hospitalization Due to an Ambulatory Care Sensitive Condition (EUA)	caso-controle	risco relativo	sim	não	Não
47	Santos, R (2020)	Patterns of emergency admissions for ambulatory care sensitive conditions: A spatial cross-sectional analysis of observational data (Inglaterra)	transversal	prevalência	não	-	-

							(Conclusão)
N.º	Autor / Ano	Título	Delineamento	Relação com o ICSAP	CSAP na Emergência	APH	Correlaciona com o ICSAP
48	She, Z (2020)	Primary Care Comprehensiveness and Care Coordination in Robust Specialist Networks Results in Lower Emergency Department Utilization: A Network Analysis of Medicaid Physician Networks (EUA)	transversal	prevalência	sim	não	não

Fonte: elaborado pelos autores (2021)

DISCUSSÃO

Considerando o impacto da PNAU no modelo de atenção às urgências em nosso país¹⁷, era de se esperar que, concomitantemente ao aumento dos “internamentos” nessas unidades, houvesse uma queda no índice de ICSAP, oficialmente mensurado, sem incorrência de melhorias na APS²⁰, fenômeno que deveria chamar a atenção de pesquisadores e, por conseguinte, resultar no aparecimento de novos estudos sobre o tema, especialmente em relação à realidade brasileira, devido à grande difusão das UPAs 24h^{14,15}. Entretanto, esse cenário não parece encontrar sustentação nesta revisão integrativa.

Os achados demonstram que, embora a amostra final tenha resultado em um bom número de publicações sobre os atendimentos por CSAP (n=92), apenas quatro (4) delas tinham como objetivo estudar os vieses que podem afetar a acurácia do ICSAP como indicador de qualidade da APS, com apenas uma (1) dessas publicações concluindo que o “internamento” em unidade de emergência pode ser um desses vieses. Entretanto, o estudo foi conduzido sob a ótica da emergência hospitalar, e não do atendimento pré-hospitalar.

Reforçando essa questão, os resultados desta revisão integrativa demonstram que a possibilidade de haver interferências no índice de ICSAP devido aos atendimentos de curta permanência em serviços de emergência só foi aventada em escassas quatro (4) publicações da amostra final, das quais três (3) a partir de atendimentos em emergências hospitalares e apenas uma (1) de APH. Faz-se importante notar que em nenhuma destas quatro publicações houve aprofundamento no sentido de mensurar esse fenômeno, limitando-se a, apenas, citar a possibilidade de interferência no indicador. Também julgamos interessante pontuar que as três publicações que levantam a questão a partir das emergências hospitalares são de origem estrangeira, enquanto a única que o faz a partir do APH é nacional, provavelmente devido ao

fato de que o Brasil é um caso à parte no que tange ao modelo de assistência às urgências, com forte presença do componente pré-hospitalar¹⁷, em oposição ao que é encontrado em outros países²¹.

Esses achados corroboram a ideia de que as produções científicas sobre o índice de ICSAP se encontram em um estágio inicial do ponto de vista das respostas para os grandes problemas que envolvem o tema, uma vez que a grande maioria dos trabalhos limitou-se a determinar a prevalência (n=55) ou o risco relativo (n=20) dos atendimentos por CSAP, sem avançar em questões mais profundas, como, por exemplo, em suas determinantes ou, ainda, nas limitações do indicador (embora, em vários artigos, esses dois tópicos sejam citados como importantes temas para estudos futuros).

Por outro lado, a revisão aponta uma mudança na percepção da importância que os atendimentos por CSAP em serviços de urgência tem para o sistema, pois se verificou que 24 publicações (26,09%) partem desses locais como cenário de estudo, com 17 delas (70,83%) tendo sido publicadas nos três últimos anos de observação desta revisão (2018, 2019 e 2020). Entretanto, verifica-se que 91,67% dessas publicações (n=22) são estrangeiras, enquanto 83,33% se referem aos serviços de emergência hospitalares (n=20).

CONCLUSÃO

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

Este trabalho demonstra que, embora possa representar um grande viés no índice de ICSAP, a internação em unidades de APH não está sendo adequadamente investigada na literatura científica. Essa constatação é especialmente grave para o Brasil, devido ao grande volume de atendimentos realizados nas inúmeras UPAs 24hs e similares do país, proliferadas a partir de 2003, dentro de uma política de urgência paliativa, que não se propôs a resolver a principal determinante dos atendimentos por CSAP nesses serviços de urgência: a baixa cobertura da APS de qualidade em grande parte do país.

Por outro lado, verificou-se um nítido aumento progressivo de publicações sobre o tema ao longo dos últimos anos, bem como a aptidão que o Brasil demonstra para essa linha de

pesquisa, sendo responsável, isoladamente, por quase metade das publicações selecionadas, ainda que elas sejam pouco voltadas para o cenário das CSAP nas emergências.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria No 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria no 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2048 de 5 de novembro de 2002. Aprova, na Forma do Anexo Desta Portaria, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1863 de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a Ser Implantada em Todas as Unidades Federadas, Respeitadas as Competências das Três Esferas de Gestão. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1601 de 07 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Skinner HG, Coffey R, Jones J, Heslin KC, Moy E. The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United States: a nationally representative cross-sectional study. BMC health services research. 2016 [acesso em 2021 abr. 14];16(1):1–8. DOI: 10.1186/s12913-016-1304-y
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). Cadernos de Saúde Pública. 2009 [acesso em 2021 mai. 30]; 25:1337–49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Define a lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
10. Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. The European Journal of Public Health. 2004 [acesso em 2021 mai. 21];14(3):246–51. DOI: 10.1093/eurpub/14.3.246
11. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 05 de 19 de junho de 2013. Dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013-2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

12. Ministério da Saúde (Brasil). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 08 de 24 de novembro de 2016. Dispõe sobre o processo de pactuação interfederativa de indicadores para o período 2017-2021, relacionados a prioridades nacionais em saúde. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
13. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.922 de 02 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
14. O’Dwyer G, Konder MT, Reciputti LP, Lopes MGM, Agostinho DF, Alves GF. O processo de implantação das unidades de pronto atendimento no Brasil. Rev. saúde pública. 2017 [acesso em 2021 jun. 2]; 51:125. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051000072>
15. Ministério da Saúde (Brasil). Relatório de Gestão 2018. Brasília: 2018. Disponível em: <https://bit.ly/3IB73P9>.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Boletim Informativo nº 04 de 04 de fevereiro de 2019. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://bit.ly/3vpbj8X>.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Avaliação da Implantação e do Desempenho das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: CONASS; 2015. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/Conass_Documenta_28.pdf
18. Mendes KDS, Silveira RC de CP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008 [acesso em 2021 mar. 14];17(4):758–64. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
19. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Integrative review: what is it? How to do it? Einstein 2010 [acesso em 2021 mai 30];8(1):102–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
20. Figueroa JF, Burke LG, Zheng J, Orav EJ, Jha AK. Trends in Hospitalization vs Observation Stay for Ambulatory Care–Sensitive Conditions. JAMA Intern Med 2019 [acesso em 2021 jun 2];179(12):1714. DOI: [10.1001/jamainternmed.2019.3177](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.3177)
21. Scarpelini S. A organização do atendimento às urgências e trauma. Medicina (Ribeirao Preto On-line). 2007 [acesso em 2021 mai 21];40(3):315. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i3p315-320>