

Internações evitáveis de idosos no estado do Ceará: estudo ecológico descritivo

Francisco Eduardo Silva de Oliveira¹  Andréa Carvalho Araújo Moreira¹  Natalia Reis de Carvalho¹ 
Naiara Teixeira Fernandes¹  Samir Gabriel Vasconcelos Azevedo²  Maria Adelane Monteiro da Silva¹ 

¹ Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. Sobral/CE, Brasil.

² Universidade Estadual do Ceará – UECE. Fortaleza/CE, Brasil.

E-mail: eduardosilvaipu@gmail.com

Resumo

Estudos que avaliam as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são relevantes no campo da saúde, pois se referem à indicadores da atenção hospitalar que representam uma medida indireta do efeito da Atenção Primária em Saúde (APS), partindo-se da premissa de que a APS de boa qualidade evita/reduz internações no público idoso. O presente artigo objetivou descrever o comportamento das ICSAP em idosos de 60 a 74 anos no estado do Ceará. Trata-se de um estudo ecológico descritivo que analisou a evolução temporal das taxas anuais de ICSAP em idosos nas cinco macrorregiões de saúde do estado do Ceará, no período de 2008 a 2019. Os dados secundários referentes às internações e à projeção da população residente para o cálculo das taxas foram extraídos, respectivamente, do sistema de informação hospitalar e do banco de dados demográficos, ambos contidos no Tabnet do Departamento de Informática do SUS. No período de 2008 a 2019 ocorreram 686.906 internações nas cinco macrorregiões de saúde do estado do Ceará, destas (298.002) foram por condições sensíveis. A maior taxa de ICSAP (452,99) ocorreu na macrorregião do Cariri. Houve predominância de idosos homens (4,731) na faixa etária de 70-74 anos (5.893) e por condições crônicas (2.195,3). Observou-se redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no período estudado, exceto na região do sertão central. A diminuição das internações de idosos no estado do Ceará pode estar relacionada a uma atenção primária mais resolutiva na atenção ao idoso.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Hospitalização.

INTRODUÇÃO

As internações hospitalares representam um grande risco para a saúde dos longevos e um alto custo para o sistema de saúde^{1,2}. Os idosos apresentam risco sete vezes maior de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)³, o que promoveu um gasto desproporcional do sistema único de saúde no ano de 2011. Nesse ano, o Brasil gastou 3,3 bilhões de reais em internações hospitalares de idosos no Sistema Único de Saúde

(SUS), o equivalente a 30% do valor total gasto para cobrir 10% da população³.

Observa-se que no país, os coeficientes de internação hospitalar pelo SUS são altos e seus custos são maiores em pessoas com idade de 60 anos ou mais⁴. Também é maior o número de reincidência de internações em pessoas dessa faixa etária, contribuindo para que 23% dos gastos públicos destas internações hospitalares destinem-se a esse segmento popula-

DOI: 10.15343/0104-7809.202246173184

cional⁵. Pesquisadores apontam que as principais causas de ICSAP na população idosa são insuficiência cardíaca, angina, doenças pulmonares e doenças cerebrovasculares^{6,7}.

Nesse contexto, vale ressaltar que o indicador de ICSAP foi construído a partir de um marco conceitual que correlaciona a inevitabilidade e redução de internações por algumas condições de saúde à atenção primária oportuna e de boa qualidade. Tal constatação implica dizer que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a hospitalização será realizada nos casos mais graves e raros⁸.

Além disso, esse indicador é utilizado para verificar o acesso aos sistemas de saúde⁹, sobretudo o desempenho e a qualidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e vale notar que já há relação estabelecida entre a queda das taxas de internação de idosos por ICSAP e a melhoria do acesso, cobertura e da qualidade dos serviços de saúde de primeiro nível, sendo mais expressivos entre os idosos com até 74 anos de idade^{3,10,11,12}.

No entanto, as variações geográficas das taxas de hospitalizações evitáveis são determinadas pelos próprios hospitais, o que reflete diferentes papéis de hospitais menores e rurais em comparação com os principais hospitais

MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico descritivo. O marco temporal que delineou a série histórica (2008-2018) foi o ano subsequente à adesão da maioria dos estados da região Nordeste ao “Pacto Pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS”, que ocorreu em 2007¹⁴.

A base para a determinação dos códigos diagnósticos das ICSAP foi a Lista Brasileira de condições sensíveis, publicada pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, que possui 74 causas divididas em 19 grupos¹⁵. Cabe destacar, que o grupo 19 foi excluído deste estudo por conter condições relacionadas ao pré-natal e parto, que não são pertinentes nesta faixa de idade. A idade máxi-

de referência, e necessita considerar barreiras contextuais e facilitadoras para o acesso à saúde. Outros fatores que podem influenciar nas ICSAP são relacionados ao contexto socioeconômico, a exemplo os determinantes sociais de saúde podem ser considerados influenciadores externos das taxas de ICSAP, principalmente os relacionados à educação, renda e condições de moradia¹³.

Frente ao exposto, este estudo se propõe a responder as seguintes questões: Qual o comportamento das taxas de ICSAP em idosos nas cinco macrorregiões do Estado do Ceará? Quais são as causas de hospitalizações mais prevalentes entre os idosos internados por condições sensíveis? Acredita-se que esse estudo permitirá compreender o comportamento das ICSAP em idosos, ao instante em que fornecerá importantes subsídios para a implantação de políticas públicas equânimes e alocação racional de recursos adequados às distintas realidades das macrorregiões do estado do Ceará.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi descrever o comportamento das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em idosos de 60 a 74 anos de idade no estado do Ceará.

ma dos idosos foi delimitada em 74 anos, pois acima dessa faixa etária, a alta prevalência de comorbidades dificulta a análise da causa básica de internação, não as caracterizando mais como condições evitáveis ou sensíveis^{3,16}.

O estudo foi realizado no estado do Ceará, que apresenta 184 municípios distribuídos em uma unidade territorial de aproximadamente 148.888 Km², com população de 8.452.381 habitantes em 2010, majoritariamente urbana (75%) e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,682 (médio)¹⁷.

Considerando o Plano Diretor de Regionalização das Ações e Serviços de Saúde do Estado do Ceará, revisado em 2014, os 184

municípios do Ceará estão agrupados em 22 regiões de saúde e cinco macrorregiões de saúde (MRS), a saber: Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe¹⁸. As Regiões de Saúde são definidas como espaços geográficos contínuos constituídos por municípios limítrofes agrupados, delimitados a partir de suas identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde¹⁹.

Neste estudo, as unidades de análise foram compostas pelas cinco MRS do estado do Ceará que registraram no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS) internações por condições sensíveis em idosos com até 74 anos de idade, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2019, na rede conveniada ao SUS.

Os dados secundários referentes às internações e à projeção da população residente para o cálculo das taxas foram extraídos, respectivamente, do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do banco de dados demográficos, ambos contidos no *Tabnet* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

A rotina de extração dos dados sobre as internações envolveu inicialmente a seleção da opção “Geral, por local de residência” com abrangência geográfica “Ceará”. Posteriormente, selecionou-se para as linhas a opção de “Macrorregião de Saúde”, para as colunas “Ano atendimento”, para o conteúdo “Internações” e o período “janeiro de 2008 a dezembro de 2019”. No filtro de “Lista de Morbidade Cid10” foi selecionado o conjunto de agravos de cada um dos 18 grupos de condições sensíveis pertencentes à lista Brasileira de internações sensíveis 15, adaptadas à tabulação para morbidade do sistema de informação do SUS. Esses dados foram discriminados por sexo e faixa etária (60-64 anos; 65-69 anos; 70-74 anos).

A projeção da população idosa residente foi obtida do banco do DATASUS denominado “Demográficas e Socioeconômicas”, sendo selecionada a opção “Estudo de Estimativas Populacionais por município, sexo e idade - 2000-

2020”. Nas linhas foram incluídas informações para “Macrorregiões de Saúde”, nas colunas “Ano” e para o conteúdo “População Residente” no período de 2008 a 2019. Esses dados foram discriminados por sexo e faixa etária e utilizadas como base para o cálculo da taxa de ICSAP para cada 10.000 idosos.

As variáveis relacionadas às internações foram obtidas para cada Macrorregião de Saúde do estado do Ceará e para cada ano da série temporal, e agrupadas em três blocos: (1) variáveis absolutas; (2) variáveis relativas; (3) taxas de internações por 10.000 idosos.

As variáveis absolutas incluíram o número de internações gerais, número de internações não sensíveis (não-ICSAP) e número de ICSAP geral e estratificado por sexo, faixa etária, grupo de causa (grupo de 1 a 18 da Lista Brasileira de ICSAP) e tipo de condição, sendo essa última classificada em Imunizáveis (grupo 1 da Lista Brasileira de ICSAP), Agudas (grupo de 2-6 e de 15-18 da Lista Brasileira de ICSAP) e crônicas (grupo de 7-14 da Lista Brasileira de ICSAP).

O segundo bloco incluiu o cálculo da participação relativa das não-ICSAP e das ICSAP em relação às internações gerais, bem como a participação relativa de cada um dos estratos das internações sensíveis, todos dados em porcentagem. Posteriormente, foram calculadas as taxas de não-ICSAP e de ICSAP para cada 10.000 idosos tendo como base a projeção da população residente de cada ano e Macrorregião de Saúde de interesse, sendo que as taxas de ICSAP foram estratificadas por sexo, faixa etária, grupo de causa e tipo de condição.

Os dados foram analisados utilizando o Excel versão 2010. Para descrição dos dados absolutos e relativos foram elaboradas tabelas de frequência das internações e de distribuição das taxas de ICSAP. Para melhor representação dos resultados foram criados gráficos de barras e de tendência das taxas de ICSAP. Ademais, para analisar o comportamento das taxas de ICSAP em idosos ao longo da série temporal em cada unidade de análise foram calculadas a variação absoluta - VA (equação 1) e variação relativa - VR (equação 2) das taxas de ICSAP

entre 2008 e 2019, para cada Macrorregião de Saúde do estado do Ceará:

$$AV = \text{HPCSC Rate}_{(2019)} - \text{HPCSC rate}_{(2008)} \quad (1)$$

$$RV = AV / \text{HPCSC Rate}_{(2019)} \times 100 \quad (2)$$

A primeira equação descreve a variação em pontos percentuais da taxa de ICSAP, ao passo em que a segunda descreve a percentagem de aumento ou redução das mesmas.

RESULTADOS

No período de 2008 a 2019 ocorreram 686.906 internações nas cinco macrorregiões de saúde do estado do Ceará, destas 298.002 foram por condições sensíveis, o que equivale a 43,38% de todas as internações em idosos com até 74 anos de idade.

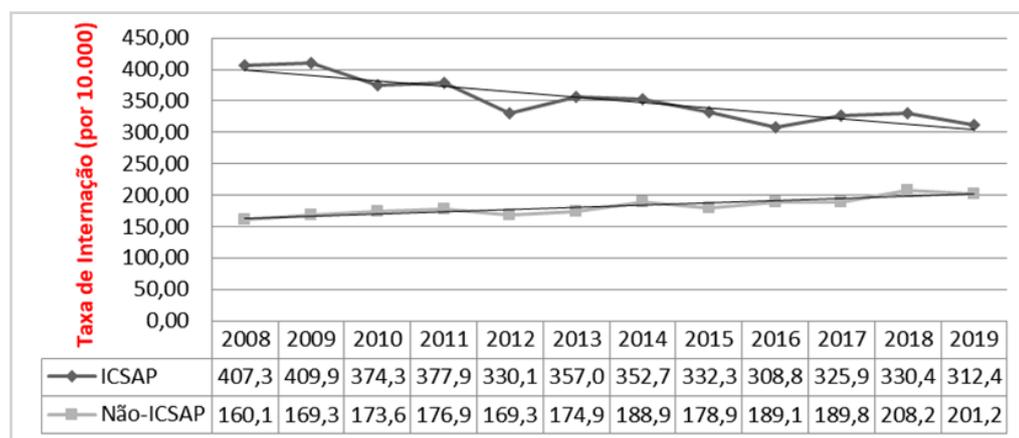
A maior taxa de ICSAP (452,99) ocorreu na MRS de Cariri, seguida de Sobral (380,82), Sertão Central (339,94), Litoral Leste/Jaguaribe (355,17) e Fortaleza (299,66). Ressalta-se que a MRS de Fortaleza apresentou uma maior proporção de ICSAP (122,854), enquanto que a MRS do Litoral Leste/Jaguaribe (20,337) apresentou a menor proporção de ICSAP dentre às internações gerais. Para as MRS de Fortaleza (504,86), do Litoral Leste/Jaguaribe (453,96) Cariri (448,4) Central e do Litoral Leste/Jagua-

ribe (453,96) as taxas de não-ICSAP prevaleceram. Já para MRS de Sobral (362,79) e do Sertão Central (404,29), as taxas de não ICSAP foram menores.

No tocante às taxas anuais de ICSAP no estado do Ceará, houve predomínio das condições crônicas (2.195,3), seguida das condições agudas (1.733,2) e, finalmente, condições imunizáveis (29,7). Em relação aos grupos de causa com maiores taxas de ICSAP, destacaram-se, em ordem decrescente, a insuficiência cardíaca (Grupo 11), com taxa de 651,2, pneumonias bacterianas (grupo 6) com taxa de 567,2, doenças cerebrovasculares (grupo 12) com taxa de 469,0, infecção de pele e tecido subcutâneo (grupo 16) com taxa de 373,1 e angina (grupo 10) com taxa de 339,1.

Em relação às taxas brutas de ICSAP em idosos por grupo de causas, verificou-se prevalência em: insuficiência cardíaca (grupo 11) com taxa de 16,4, pneumonias bacterianas (grupo 6) com taxa de 14,3 e doenças cerebrovasculares (grupo 12) taxa de 11,7. Os demais grupos não mostraram taxas brutas significativas de ICSAP.

A análise temporal da taxa de ICSAP no estado do Ceará revelou redução significativa entre 2008 e 2019. O ano de 2009 registrou o maior número de ICSAP e o ano de 2016, o menor. Em relação às taxas de não ICSAP, observou-se tendência de aumento (figura 1).

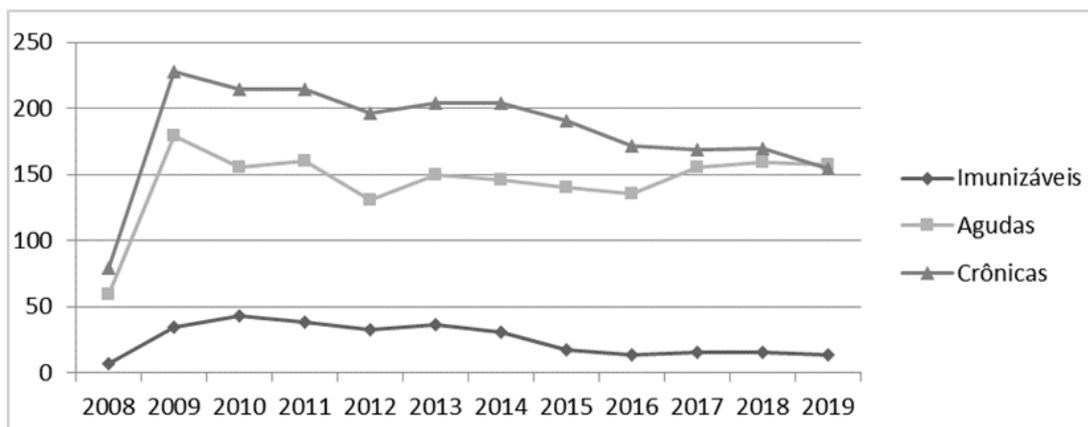


Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 1 – Tendência das Taxas de ICSAP e Não-ICSAP em idosos residentes no Estado do Ceará, 2008-2019. Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Sobre a tendência das taxas de ICSAP em idosos por tipo de condição, verificou-se que as condições crônicas e agudas obtiveram crescente aumento no ano de 2008 a 2009,

porém, houve redução nos anos posteriores. Em relação às condições imunizáveis, a taxa mais baixa ocorreu em 2008 e a mais alta em 2010 (figura 2).

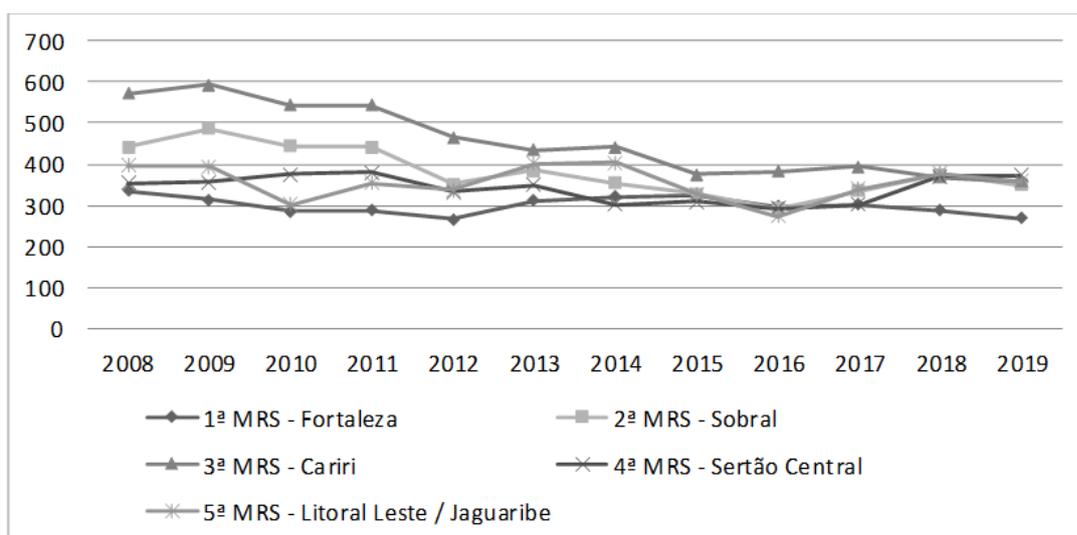


Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 2 – Evolução temporal das taxas de ICSAP em idosos por cada tipo de condição (2008-2019). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

A figura 3 apresenta o comportamento de tendência das taxas de ICSAP em idosos nas 5 macrorregiões do estado do Ceará, durante o período de 2008 a 2019. Verificou-se redução

na macrorregião de Fortaleza, Sobral, Cariri e Litoral Leste/ Juagaribe. No entanto, apenas a macrorregião do Sertão Central apresentou aumento das taxas de ICSAP em idosos.

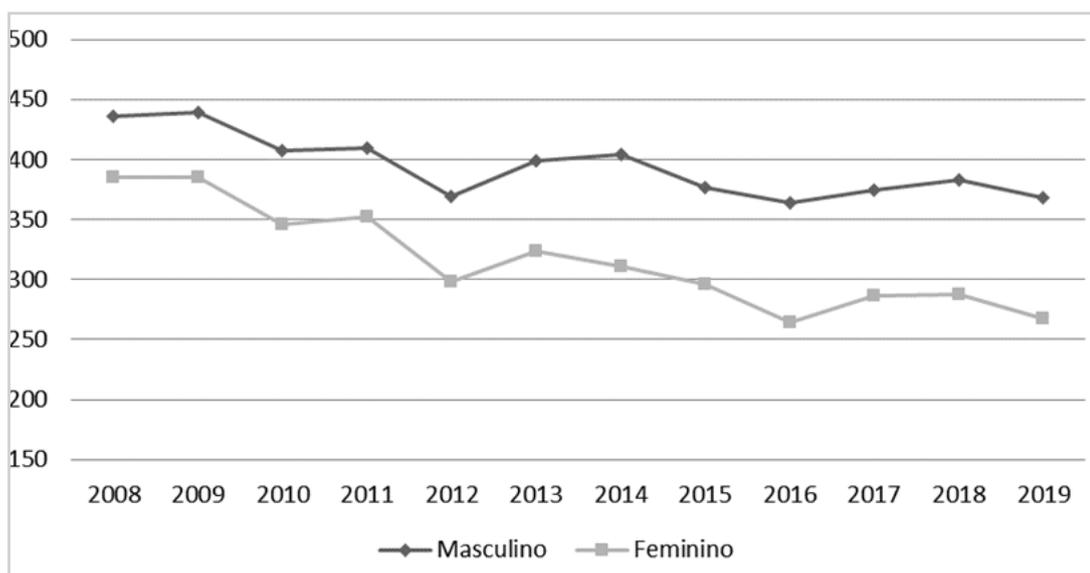


Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 3 – Tendência das taxas de ICSAP em idosos nas Macrorregiões de Saúde do Estado do Ceará (2008-2019). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Em relação às taxas anuais de ICSAP em idosos por sexo e faixa etária, os valores encontrados foram: 4.731 em homens, 3.803 nas mulheres; 3.092 em idosos de 60-64 anos; 4.314 em idosos de 65-69 anos e 5.893 em idosos de 70-74 anos.

Quanto ao comportamento de tendência das taxas de ICSAP em idosos de acordo com sexo, observou-se que houve considerável redução tanto em idosos do sexo masculino, quanto do sexo feminino (figura 4).



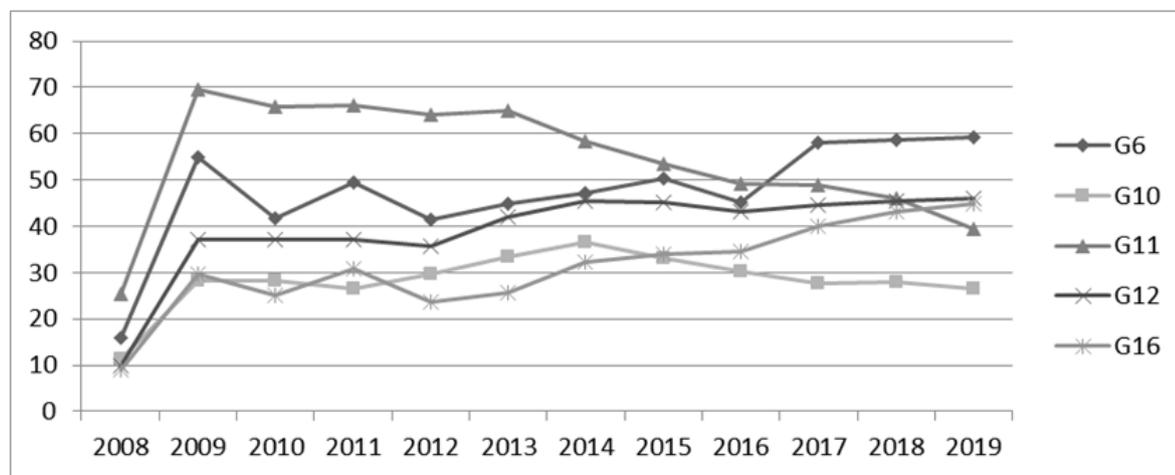
Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 4 – Tendência das taxas de ICSAP em idosos segundo sexo no Ceará (2008-2019). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

Sobre o comportamento de tendências das taxas de ICSAP em idosos por faixa etária, no período de 2008 a 2019, verificou-se redução das taxas em todas as faixas de idade avaliadas.

No tocante à tendência dos cinco principais grupos de causas de ICSAP em idosos no estado do Ceará, identificou-se entre 2008 e 2009 que houve aumento para todas as causas ana-

lisadas. A taxa de internação por infecção de pele e tecido subcutâneo (G16) aumentou expressivamente, em contrapartida, a taxa de hospitalização por insuficiência cardíaca (G11) registrou redução significativa. Os demais tiveram oscilações no tempo, mas não evidenciaram aumentos tão expressivos, conforme mostra a figura 5.



Fonte: SIH/DATASUS.

Figura 5 – Evolução temporal dos cinco grupos de causas com as taxas de ICSAP em idosos mais elevadas no estado do Ceará (2008-2019). Sobral, Ceará, Brasil, 2020.

No que concerne à taxa de ICSAP em idosos nas cinco macrorregiões do estado do Ceará, observou-se que houve aumento relativo na 4ª MRS – Sertão Central de 5,57%, sendo que em todas as outras essas taxas reduziram, com

destaque para 3ª MRS – Cariri, com redução de 37,51%; 2ª MRS – Sobral, com redução de 20,90% e 1ª MRS – Fortaleza, com redução de 19,87%; e 5ª MRS- Litoral Leste/ Jaguaribe 9,58 %.

DISCUSSÃO

Os dados mostram relevância em saber o perfil das ICSAP a nível estadual, uma vez que possibilitam estudar o panorama e evolução dessas internações em idosos, e assim contribuir como ferramenta a mais para o planejamento e gestão em saúde em âmbito do SUS, pois na análise das macrorregiões, observaram-se cenários diferentes no que tange às taxas de ICSAP, o que facilita direcionar esforços em ações e estratégias.

Vale notar que, além da observação efetuada em relação às macrorregiões de saúde (figura 3), o perfil do tipo de ICSAP (figura 2) possibilita expor dados de interesse no planejamento em saúde, pois indicam quais tipos de serviços e ações devem ser reforçados, so-

bretudo, na atenção básica.

Entretanto, deve-se ponderar as análises em relação a figura 1 que indicam as tendências de condições ICSAP e não-ICSAP. Observa-se que há diminuição na tendência de ICSAP ao longo do tempo, enquanto as não-ICSAP evoluem ao contrário. Hipóteses como melhorias na APS relacionadas ao acompanhamento longitudinal e multidisciplinar podem explicar tal fenômeno, porém, estudos devem ser conduzidos para verificar quais condições estimulam esse efeito e seus fatores envolvidos.

A partir da caracterização das internações, observou-se que as maiores taxas de ICSAP acometem o sexo masculino, os idosos mais longevos e a macrorregião de Fortaleza. Con-

siderando o fato de que as ICSAP podem refletir uma desorganização da oferta, da resolubilidade e do acesso na atenção primária à saúde, os resultados deste estudo são importantes para uma análise mais aprofundada desse nível de atenção à saúde nesses territórios.

A ocorrência de ICSAP em idosos, além de outros fatores, pode estar relacionada às limitações de acesso mais comuns nessa população, como dificuldade de locomoção e transporte e alto grau de dependência. Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional, os problemas de saúde que mais acometem essa população são as doenças crônicas e/ou doenças de longa duração, exigindo ações mais onerosas e com uso de tecnologias mais complexas²⁰.

Um estudo realizado no estado do Ceará apontou os idosos como sendo a população mais vulnerável, do ponto de vista físico e financeiro, e tendo insuficiente compreensão das práticas do cuidado primário. Essas características podem representar a pouca utilização da atenção primária de forma preventiva, o que pode resultar no aumento das taxas de ICSAP²¹.

Conforme resultados deste estudo, o Ceará conseguiu reduzir os números de internações evitáveis na série temporal analisada e apresentou uniformidade nas MRS, exceto no Sertão Central. Junto a esse fenômeno, diminuiu-se, também, as internações não-evitáveis e outros estudos apresentam resultados análogos a este^{22,23,24}. Vale notar que essa evidência de redução ou perda de ICSAP ocorre ao mesmo tempo em que há transferência de procedimentos realizados em idosos em regime de internação para uma atenção ambulatorial ou de hospital-dia.

Além disso, acredita-se que o estado do Ceará é uma vanguarda em políticas assistenciais na atenção básica. Os profissionais são formados por um currículo que favorece a formação para qualificação do SUS com enfoque na atenção primária e consoante às necessidades locais^{25,26}.

O predomínio de ICSAP em idosos do sexo masculino pode ser explicado por diversos fatores, dentre eles, o fato de haver uma busca significativamente maior das mulheres pela Atenção Primária à Saúde, o que pode ser justificado pelos valores de masculinidade culturalmente construídos, por aspectos ligados ao trabalho e ao modo de funcionamento dos serviços de saúde e suas equipes²⁷. Além disso, a maior frequência de internação de idosos do sexo masculino pode estar relacionada com a prática de atitudes negativas pelos homens, tais como os hábitos de beber e fumar, a falta de exercícios físicos e a busca tardia por serviços de saúde²⁷. Os resultados deste estudo corroboram com estudos anteriores, quando foi identificado que idosos do sexo masculino têm maiores taxas de internações^{28,29,30}.

Nesse contexto, as equipes da ESF devem atuar no cuidado da população masculina em todas as fases da vida e não só na velhice. Esse acompanhamento deve ocorrer por meio de estratégias de prevenção de doenças e promoção da saúde, incentivo ao autocuidado, monitoramento dos riscos e das vulnerabilidades e, primordialmente, o fortalecimento do vínculo com a equipe de referência da ESF. Desta forma, há possibilidade de melhorar os índices de utilização do serviço de saúde pelos homens, permitindo um cuidado mais efetivo, visando melhoria dos indicadores de saúde dessa população específica¹³.

Os resultados deste estudo evidenciaram que as taxas de ICSAP foram mais elevadas entre os idosos de 70-74 anos. Esse achado é semelhante à literatura, pois outros autores verificaram uma maior distribuição de ICSAP em idosos com mais de 69 anos^{13,31}. Isso pode ser explicado pelas características inerentes ao envelhecimento fisiológico (senescência) e principalmente ao patológico (senilidade), em que ocorre um processo acumulativo, irreversível de degeneração de um organismo que reduz a capacidade de enfrentamento do estresse. Esse panorama também pode ser explicado em decorrência do aumento da expecta-

tiva de vida e envelhecimento progressivo, o que contribui para o aumento das condições crônicas⁶.

Este estudo mostrou que entre as condições mais prevalentes de ICSAP, destacaram-se as condições crônicas, indo ao encontro da literatura, que verificou maiores taxas desse tipo de condições em relação às demais³². Nesse contexto, ressalta-se que idosos que apresentam mais de uma condição crônica possuem maior probabilidade de serem hospitalizados por condições sensíveis à atenção primária³³. Em um estudo que avaliou o impacto das condições crônicas frente às ICSAP, mostrou que indivíduos com esse tipo de condição apresentaram probabilidade de 1,35 vezes maior de serem submetidos à ICSAP³⁴.

Nesse contexto, há uma necessidade de melhorar o acompanhamento da população idosa, principalmente dos idosos com comorbidades e idades mais avançadas³⁵ e para que o envelhecimento ativo e saudável se estabeleça, protocolos precisam ser implantados pelas equipes de ESF com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas¹³, pois pode colaborar para melhora do estado clínico funcional do idoso³⁵ e, dessa forma, evitar novas ICSAP.

Ao observar as causas de ICSAP, verificou-se que foram contemplados grupos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a exemplo da insuficiência cardíaca, além da presença de doenças infecciosas. Isto expressa a atual e complexa situação epidemiológica brasileira, permeada pela persistência de doenças infecciosas, típicas de países em desenvolvimento, e pelo crescimento das DCNT relacionado ao processo de envelhecimento populacional. Esses achados são convergentes com resultados de outros estudos em que as gastroenterites infecciosas⁶, pneumonias bacterianas³⁶, anginas, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares^{37,38}, constituíram-se como as principais causas de internação por ICSAP em idosos.

Esse cenário requer que as equipes da Atenção Primária à Saúde- APS reestruturem seus processos de trabalho, para responderem às prevalentes e complexas DCNT, que permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Para isso, é necessário que as equipes estejam integradas e incorporem atividades, como a estratificação de risco e vulnerabilidades das pessoas, bem como a realização de atividades de cuidado compartilhado e apoio no autocuidado^{35,39}.

Reitera-se que para garantir a integralidade da atenção ao idoso, no âmbito da atenção primária à saúde, precisa ser incorporada uma visão ampliada do indivíduo através da observação de aspectos cognitivos, de humor, mobilidade e comunicação como domínios essenciais à saúde, ampliando o escopo de sua atuação para além das doenças crônicas⁴⁰.

Nessa conjuntura, ressalta-se que a APS, de forma geral, mostrou-se efetiva, pois houve redução nas ICSAP. Cabe ressaltar que as variações apresentadas no panorama de ICSAP podem estar relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde e aos determinantes sociais, visto que as condições de vida e trabalho afetam diretamente o processo saúde-doença da população, além dos possíveis problemas relativos à qualidade da informação, podendo gerar subestimações de internações⁷. O aprofundamento de cada um desses fatores torna-se campo fecundo para a realização de novos estudos, conduzidos segundo abordagem quanti qualitativa, com o objetivo de não responsabilizar apenas a APS pela ocorrência destas internações.

Dentre as limitações do estudo, cita-se a utilização de fontes secundárias, sob risco de inconsistências relacionadas ao preenchimento inadequado pelos gestores, principalmente nos municípios de pequeno porte. Acrescenta-se ainda a análise das taxas de ICSAP para a região do Ceará, desconsiderando a heterogeneidade local desse indicador em nível municipal.

CONCLUSÃO

A redução das ICSAP na série temporal compreendida pelo estudo foi observada na maioria das macrorregiões do estado, exceto na região do Sertão Central. Além disso, os resultados encontrados recomendam atenção a idosos do sexo masculino, sobretudo na prevenção das doenças crônicas não trans-

missíveis, desenvolvendo estratégias para o atendimento das necessidades de saúde dessa população, assim como maior atenção ao controle das pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, angina e infecções de pele e tecido subcutâneo, que representaram as maiores taxas de ICSAP.

Declaração do autor CRediT

Conceituação: Carvalho, NR; Oliveira FES; Moreira ACA. Metodologia: Carvalho, NR; Oliveira FES; Moreira ACA. Validação: Oliveira FES; Moreira ACA; Carvalho NR, Azevedo SGV; Fernandes NR; Silva MAM. Análise estatística: Carvalho NR. Análise formal: Oliveira FES; Moreira ACA. Investigação: Oliveira FES; Fernandes NT. Recursos: Oliveira FES; Moreira ACA. Elaboração de redação-original: Oliveira FES; Moreira ACA; Carvalho NR. Redação-revisão e edição: Oliveira FES; Moreira ACA; Carvalho NR; Azevedo AGV. Visualização: Oliveira FES; Moreira ACA; Carvalho NR; Silva MAM. Supervisão: Silva MAM; Moreira ACA. Administração do projeto: Moreira ACA.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Tissiani M, Juvenal SDC. Análise descritiva dos gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária. *Cad. Saúde Colet.* 2019; 27 (3): 295-300. Doi: 10.1590/1414-462X201900030344.
2. Souza, DKP, Sérgio V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saude.* 26(2):285-294, abr-jun 2017. doi: 10.5123/S1679-49742017000200006.
3. Previato GF, Nogueira IS, Acorsi CRL, Baldissera VDA, Mathias TAF. Diminuição de internações por condições sensíveis à atenção primária em idosos no estado do Paraná. *Rev. saúde pública Paraná (online).*2017 ;18 (2):15-24. doi: 10.22421/15177130-2017v18n2p15.
4. Silva AMM, Mambrini JVN, Souza PRB, Andrade FB, Costa MFL. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. 2018; 52(2) *Rev Saude Publica.* 2018;52 Supl 2:3s. doi: 10.11606/S1518-8787.2018052000639.
5. Muraro CF, Gigante LP, Nedel FB, Carvalho TGML, Domenech SC, Gevaerd MS. Estratégia saúde da família e as internações por condições sensíveis a atenção primária nos idosos. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2013;37(1):20-33.
6. Sousa NP, Rehem TCMSB, Santos WS, Santos CE. Hospitalizations sensitive to primary health care at a regional hospital in the Federal District. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69(1):118-25. doi:10.1590/0034-7167.2016690116i.
7. Azevedo SGV, Moreira ACA, Carvalho NR, Moreira TMM, Diniz JL, Silva MAM. Hospitalizations of older adults due to chronic conditions sensitive to primary care in a Ceará region. *Rev Enferm UFPI.* 2021;10:e883. doi: 10.26694/reufpi.v10i1.883.
8. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23 (6): 1903-1914. doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
9. Hodgson K, Deeny SR, Steventon A. *BMJ Qual Saf.* 2019;28:429-433. Doi: <http://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008002>
10. 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(3):246-51. doi :10.1093/eurpub/14.3.246.
11. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, Simoni C, Turci MA. 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 (6):1337-1349. doi: 10.1590/S0102-311X2009000600016.
12. Pinto Júnior EP, Aquino R, Medina MG, Silva MGC. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública,* 2018; 4, (2). doi: 10.1590/0102-311X00133816.
13. Amorim DNP, Chiarello MD, Vianna LG, Moraes CF, Vilaça KHC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Idosos no Brasil, 2003 a 2012. *Rev Enferm UFPE on line.* 2017; 11(2): 576-83. doi: 10.5205/1981-8963-v11i2a11976p576-583-2017.
14. Lima LD, Queiroz LFN, Machado CV, Viana ALD. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 ;17(7): 1903-1914. doi: 10.1590/S1413-81232012000700030.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Básica. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. [internet]. 2008 [aceso em 09 de março de 2020]. Disponível em: https://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
16. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Hospitalization of older adults due to ambulatory care sensitive conditions. *Rev. Saúde Pública.* 2014;48 (5): 817-26. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048005133.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/ Ceará: IBGE. [internet]. 2020 [citado 13 de abril de 2020]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ba>.
18. Brasil. Resolução, nº 1, 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. [internet].2011 [citado 13 de abril de 2020]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2011.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
20. Santos KMR, Oliveira LPBA, Fernandes FCGM, Santos EGO, Barbosa IR. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions in a population of older adults in the state of Rio Grande do Norte from 2008 to 2016. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2019; 22(4):e180204. doi: 10.1590/1981-22562019022.180204.
21. Alves JWS, Cavalcanti CGCS, Alves RSM, Costa PC. Internações por condições sensíveis a atenção primária no estado do Ceará. *Saúde debate.* 2018; 42(4):223-235. doi: 10.1590/0103-11042018S418.
22. Maia LG, Silva LA, Guimarães RA, Pelazza BB, Pereira ACS, Rezende WL. Hospitalizations due to primary care sensitive conditions. *Rev Saude Publica.* 2019; 53:2. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000403.
23. Resende APGL, Barbieri AR. Internações por condições sensíveis a atenção primária a saúde decorrente de doenças cardiovasculares. *Texto Contexto Enferm.* 2017; 26(3):e6570015. doi: 10.1590/0104-07072017006570015.
24. Alvez JWS, Cavalcanti CGCS, Alves RSM, Costa PC. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate.* 2014;42(esp.4):223-235. Doi: 10.1590/0103-11042018S418
25. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20138.
26. Brito MCC, Teófilo FKS, Dias, MAS, Vasconcelos MIO, Albuquerque AMN, Silva LCC. Formação do enfermeiro para atenção básica: um olhar sobre o conhecimento produzido. *Sanare.* 2017;16(02):93-102. doi: doi.org/10.36925/sanare.v16i2.1183.

27. Fonseca MRCC, Santana LAM, Rojo MRR. E. Ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) no município de Campinas, São Paulo: associação com os atributos necessários a atenção primária. *InterAm J Med Health*. 2020:e202003002. doi: 10.31005/iajmh.v3i0.69.
28. Santos BV, Lima DS, Fontes CJF. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2019; 28(1):e2017497. doi: 10.5123/s1679-49742019000100001.
29. Campo JJB, Foster AC, Machado RC, Ferreira JBB, Bellssimo FR. Estudo das internações sensíveis a atenção básica em dois municípios de grande porte no Brasil. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2019; 2 (2): 49-58. doi: 10.32811/25954482-2019v2n2p49.
30. Brasil. Ministério da Saúde (BR), Apresenta: Indicadores Demográficos segundo o IBGE e Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). [internet].2015 [citado 13 de abril de 2020]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>.
31. Bós AJG, Kimura AY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. *Ver. AMRIGS*. 2015;59(2):106-111.
32. Huang Y, Meyer P, Jin L. Neighborhood socioeconomic characteristics, healthcare spatial access, and emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions for elderly. *Prev. Med. Rep*. 2018;12: 101-105. doi: 10.1016/j.pmedr.2018.08.015.
33. Lopes JM, Sanchis JB, Medeiros JLA, Dantas FG. Hospitalization for ischemic stroke in Brazil: an ecological study on the possible impact of Hiperdia. *Rev. bras. epidemiol.* vol.19, n. 1, pp. 122-134, 2016. doi: 10.1590/1980-5497201600010011.
34. Dantas RCO, Silva JPT, Dantas DCO, Roncalli AG. Fatores associados às internações por hipertensão arterial. *Einstein*. 2018;16 (3):1-7. doi: 10.1590/S1679-45082018AO4283.
35. Maia LC, Colares TFB, Moraes EN, Costa SM, Caldeira AP. Impacto do apoio matricial a idosos na atenção primária: ensaio comunitário randomizado. *Rev Saúde Publica*. 2021;55:10. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055002685
36. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egly EY. Ambulatory care sensitive conditions: general hospital of micro-region of São Paulo municipality, Brazil. *Texto Contexto Enferm*. 20;21(3):535-42. doi: 10.1590/S0104-07072012000300007.
37. Bastos RMR, Campos SEM, Ribeiro LC, Firmino RUR, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*.2013;59(2):0-7. doi: 10.1016/j.ramb.2012.11.001.
38. Rocha B, Rodrigues MCL, Vecchia AD, Beltrame V. Internações hospitalares por condições sensíveis a atenção primária em idosos do meio oeste catarinense entre 2008 a 2015. *Rev.Saúde Meio Ambiente*.2020; 9; 1-15. doi: 10.24302/sma.v9i0.2098.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: Ministério da Saúde. [internet]. 2014 [citado 13 de abril de 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf.
40. Medeiros KKAS, Pinto Júnior EP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2017;41: 288-295. doi: 10.1590/0103-11042017S322.

Recebido: 05 setembro 2021.

Aceito: 26 maio 2022.

Publicado: 08 julho 2022.