

# Internações por condições sensíveis à atenção primária e investimento em saúde, Piauí, Brasil, 2017

*Hospitalizations of ambulatory care sensitive conditions and healthcare investment, Piauí, Brazil, 2017*

**Roniele Araújo Sousa**

Mestre em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Fernanda Moura Borges**

Mestranda em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Flávia Raymme Soares e Silva**

Mestranda em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Natália Lemos da Silva Timóteo**

Mestranda em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Raksandra Mendes dos Santos**

Mestranda em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Socorro Rejany Sales Silva Trento**

Mestranda em Saúde e Comunidade, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Tauani Zampieri Cardoso**

Doutora em Ciências, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

**Osmar de Oliveira Cardoso**

Doutor em Ciências, Professor Adjunto IV, Departamento de Bioquímica e Farmacologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Teresina-PI, Brasil

## Resumo

O objetivo deste estudo é descrever as internações por condições sensíveis à atenção primária (ACSC) no Piauí, Brasil, em 2017, e analisar a relação entre os gastos com ACSC e os recursos financeiros utilizados com saúde pelos municípios. Trata-se de um estudo ecológico e analítico com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Os dados sobre recurso com saúde/habitante foram obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). As análises estatísticas foram realizadas no *software* Stata. Utilizou-se a Correlação de *Pairwise* para analisar a relação entre os gastos com ACSC e recurso com saúde/habitante, com  $p < 0,05$ . As ACSC representaram 23,1% das internações totais. A maioria ocorreu no sexo feminino (54,2%), em pardos (45,4%) e na macrorregião Meio Norte. O recurso com saúde/habitante foi, em média, US\$ 2.019,80 e os gastos por ACSC US\$ 172,17. Na análise de correlação, embora haja significância ( $p < 0,001$ ), a relação entre os gastos com as ACSC e os recursos com saúde/habitante foi muito fraca. Os resultados permitem uma caracterização das ACSC no Piauí, podendo auxiliar gestores e profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações, políticas e programas que fortaleçam a atenção primária à saúde.

### Palavras-chave:

Atenção primária à saúde, gastos em saúde, hospitalização, qualidade, acesso e avaliação da assistência à saúde.

## Abstract

The objective of this study is to describe hospitalizations of ambulatory care sensitive conditions (ACSC) in Piauí, Brazil, in 2017, and to analyze the relationship between ACSC spending and with the financial resources used with health by the municipalities. This is an ecological and analytical study with data from the Hospital Information System (SIH/SUS). Data on healthcare/inhabitant resource were obtained from the Budgets Public on Health Information System (SIOPS). Statistical analyzes were performed in Stata software. The Pairwise Correlation was used to analyze the relationship between ACSC spending and healthcare/inhabitant resource, with  $p < 0.05$ . The ACSC represented 23.1% of the total hospitalizations. The majority occurred in the female sex (54.2%), in pardos (45.4%) and in the Meio Norte macroregion. Healthcare/inhabitant resource was, on average, US\$ 2,019.80 and ACSC spending was US\$ 172.17. In the correlation analysis, although there was significance ( $p < 0.001$ ), the relationship between ACSC spending and health/habitant resource was very low. The results allow a characterization of the ACSC profile in Piauí and may help health managers and professionals to develop actions, policies and programs that strengthen Primary Health Care.

### Key words:

Primary health care, healthcare spending, hospitalizations, quality, access and evaluation of health care.

## Introdução

O sistema de saúde brasileiro organiza-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS) que têm a atenção primária à Saúde (APS) [1] como principal porta de entrada e centro de comunicação. Ainda, a APS tem como principais atributos a coordenação do cuidado e a ordenação das redes [2] e constitui-se em uma estratégia fundamental para aumentar a efetividade e resolutividade nos serviços de saúde, tendo capacidade de solucionar de 75 a 85% dos problemas de saúde da população [3].

Em março de 2019, o Brasil apresentou uma cobertura populacional por serviços de APS de aproximadamente 73,9%, sendo a região Nordeste a de maior cobertura com 83,0%. O Piauí encontrou-se acima da média nordestina e nacional com 98,9% [4]. Além disso, a estratégia prioritária de implementação da APS no Brasil é a Estratégia Saúde da Família (ESF) [2] e, no mesmo período, a cobertura pela ESF foi de 63,5% no Brasil, 79,4% no Nordeste e 98,8% no Piauí [4].

A ampliação das ações e dos serviços, bem como o investimento financeiro destinado a ESF resultaram em importantes reduções na mortalidade infantil, na mortalidade em adultos por doenças cardíacas e cerebrovasculares, além de evitar hospitalizações desnecessárias por doenças crônicas comuns e as Internações por Condições Sensíveis à atenção primária (ICSAP) [5-9]. No entanto, apesar de, no Brasil, ser adotada a sigla ICSAP para essas internações, neste estudo será adotada a sigla internacional de *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) [10].

Uma das possibilidades de avaliação indireta da efetividade das ações e serviços da APS é utilizar como indicador as ACSC, que são internações por patologias que podem ser controladas por meio de medidas instituídas na APS, como a garantia de acesso efetivo, medidas de prevenção e cuidados adequados [11].

Esse indicador permite revelar a situação de saúde de uma determinada localidade, além de apontar as prováveis barreiras de acesso aos serviços. Isso oportuniza o monitoramento da qualidade do sistema de APS, fornecendo subsídios para tomada de decisão baseada nas necessidades de saúde da população [11,12].

Diante da escassez de estudos sobre os gastos em saúde com ACSC e de possíveis relações das ACSC com os recursos financeiros disponíveis e utilizados pelos municípios na saúde, o presente estudo teve como objetivo descrever as ACSC no estado do Piauí, Brasil, no ano de 2017, e analisar

possíveis relações entre os gastos com as ACSC e os recursos utilizados pelos municípios na saúde.

## Materiais e métodos

Trata-se de um estudo ecológico e analítico sobre as ACSC de residentes no estado do Piauí, financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ocorridas no ano de 2017.

Para tanto, foram utilizados os dados sobre as ACSC dos arquivos reduzidos das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) obtidos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS) [13], em dezembro de 2018.

Quanto às informações sobre os recursos financeiros utilizados na saúde pelos municípios do estado do Piauí, foram extraídas, em janeiro de 2019, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) [14] e calculado, para cada município, os recursos financeiros utilizados por habitante, segundo dados de estimativa e de projeção da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) [13].

As internações foram classificadas como ACSC considerando o diagnóstico principal conforme a 10ª Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) descrita na Lista Nacional de ACSC segundo a Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 do Ministério da Saúde [9].

O Piauí localiza-se na região nordeste do Brasil e está dividido em 4 macrorregiões (Cerrado, Litoral, Meio Norte e Semiárido), composto por 224 municípios e com projeção da população de 3.219.257 habitantes para 2017 [13].

Assim, as variáveis desse estudo foram: sexo, cor de pele, idade (em anos), macrorregião, dias de permanência, utilização dos recursos financeiros com saúde/habitante (em dólares) e os gastos com as ACSC (em dólares).

Os dados coletados foram organizados no *software Microsoft Office Excel 2010* (Microsoft Corp., EUA). As taxas de internação foram calculadas dividindo-se o número de internações notificadas pelo número da população residente no estado e multiplicado por 1.000. As análises

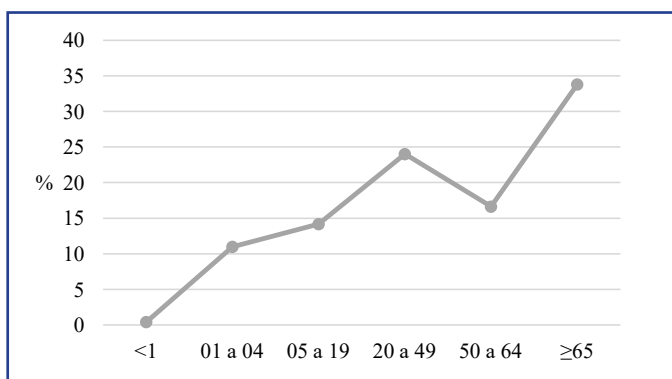
---

1 - No Brasil a APS é nomeada como Atenção Básica à Saúde. A adoção desse termo resultou da necessidade de se construir uma identidade institucional própria para romper com e diferenciar de uma concepção redutora da APS como política de focalização [1]. A Política Nacional de Atenção Básica [2], assim como esse estudo, tomam essas expressões como equivalentes.

**Tabela 1:** Características das internações por condições sensíveis à atenção primária (ACSC), Piauí, 2017

Características	N	%	Taxa/1.000
<b>Total</b>	46.374	100,0	14,4
<b>Sexo</b>			
Masculino	21.240	45,8	13,5
Feminino	25.134	54,2	15,2
<b>Cor de pele</b>			
Branca	2.759	5,9	-
Preta	1.206	2,6	-
Parda	21.050	45,4	-
Amarela	4.586	9,9	-
Indígena	15	-	-
Ignorado	16.758	36,1	-
<b>Macrorregião</b>			
Litoral	5.665	12,2	8,4
Meio Norte	19.717	42,5	14,4
Cerrados	12.445	26,8	21,0
Semiárido	8.547	18,4	14,7
<b>Dias de permanência</b>			
Média	4,1		
<b>Gasto com internação em dólares</b>			
Total	7.984.454,94		
Média	172,17		
<b>Utilização dos recursos financeiros com saúde/habitante, em dólares</b>			
Total	93.665.799,40		
Média	2.019,80		

**Fonte:** Sistema de Informação sobre Hospitalizações (SIH/SUS), 2018. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2018.



**Figura 1:** Curva das internações por condições sensíveis à atenção primária (ACSC), segundo faixa etária, Piauí, 2017

**Fonte:** Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH/SUS), 2018.

ses estatísticas foram realizadas no *software Stata* versão 14 (StataCorp LP, College Station, EUA). Utilizou-se a Correlação de *Pairwise* para analisar a relação entre os gastos com ACSC e os recursos financeiros/habitante utilizados na saúde pelos municípios, atestando signifi-

cância estatística com  $p < 0,05$ .

Foram utilizados dados secundários e de domínio público, sem a necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com a Resolução 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde [15].

## Resultados

No ano de 2017, no Piauí, foram notificadas 201.160 hospitalizações custeadas pelo SUS. Dessas, as ACSC foram responsáveis por 46.374 (23,1%) e suas características constam na tabela 1. Observou-se que a maioria ocorreu no sexo feminino (54,2%), em pardos (45,4%) e na macrorregião Meio Norte (42,5%), sendo que o tempo médio das internações foi de 4,1 dias. É válido ressaltar o percentual de dados não informados para a variável cor de pele (36,1%).

Observou-se ainda que, em 2017, a taxa de internação por ACSC foi de 14,4/mil habitantes, com maior risco para mulheres (15,2/

mil mulheres) e na população residente da macrorregião Cerrados (21,0/mil habitantes) (Tabela 1).

O estudo identificou também que a média de idade foi de 45,7 anos, com uma mediana de 50 anos. As ACSC foram responsáveis por hospitalizações desde crianças menores de 1 ano até idosos com 99 anos de idade (dados não apresentados em tabela). Percebeu-se, ainda, que as internações aumentaram com a faixa etária, sendo mais prevalente em idades avançadas ( $\geq 65$  anos) (Figura 1).

Entre os grupos de causas, foi verificado que as cinco mais frequentes foram as gastroenterites infecciosas (25,9%), pneumonias bacterianas (10,0%), insuficiência cardíaca (9,8%), asma (8,3%) e doenças cerebrovasculares (8,0%), somando 62,0% do total das ICSAP. Observou-se também que as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares representaram 57,4% do total de gastos (Tabela 2).

**Tabela 2:** Internações por condições sensíveis à atenção primária, segundo grupo de causas, custos (em dólares) e média de permanência (em dias), Piauí, 2017

	CID-10	N	%	Total (US\$)	Média de permanência
1	Doenças imunopreveníveis	181	0,4	71.170,28	10,9
2	Gastroenterites infecciosas	12.011	25,9	1.241.918,00	2,9
3	Anemia	84	0,2	11.495,66	6,8
4	Deficiências nutricionais	422	0,9	67.496,72	6,7
5	Infeções de ouvido, nariz e garganta	563	1,2	49.485,45	2,9
6	Pneumonias bacterianas	4.651	10,0	1.029.944,00	4,8
7	Asma	3.841	8,3	589.310,10	2,4
8	Doenças pulmonares	2.279	4,9	339.608,50	4,0
9	Hipertensão	2.288	4,9	155.078,80	2,9
10	Angina	580	1,3	684.558,20	4,3
11	Insuficiência Cardíaca	4.542	9,8	1.250.914,00	5,1
12	Doenças cerebrovasculares	3.728	8,0	1.063.607,00	6,3
13	Diabetes mellitus	2.820	6,1	361.559,00	4,2
14	Epilepsias	572	1,2	55.035,75	4,4
15	Infeção no rim e trato urinário	3.594	7,8	290.033,80	4,0
16	Infeção de pele	2.292	4,9	415.080,40	6,0
17	Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	492	1,1	62.570,01	2,5
18	Úlcera gastrointestinal	651	1,4	155.598,00	5,7
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e ao Parto	783	1,7	89.990,97	6,1

Fonte: Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH/SUS), 2018.

**Tabela 3:** Correlação de Pairwise entre os gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária (ACSC) e os recursos utilizados com saúde/habitante, Piauí, 2017

	Gastos com ACSC		
	Coefficiente da correlação	valor de p	Força da relação
Utilização dos recursos financeiros com saúde/habitante	0,081	<0,001	Muito fraca

Fonte: Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH/SUS), 2018.  
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), 2019.  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2018.

Além disso, foi observado também que os grupos de causas com maior tempo médio de internação foram as doenças imunopreveníveis (10,9 dias), anemia (6,8 dias), deficiências nutricionais (6,7 dias),

doenças cerebrovasculares (6,3 dias) e doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto (6,1 dias) (Tabela 2).

Quanto aos recursos utilizados em saúde, verificou-se que os municípios do Piauí empregaram, no ano de 2017, em média, US\$ 2.019,80 por habitante e quanto aos gastos com ACSC US\$ 172,17 por habitante (Tabela 1). Na análise de correlação, foi verificado que, apesar de ser significativo ( $p < 0,001$ ), a relação entre os gastos com as ACSC e os recursos utilizados com saúde/habitante foi muito fraca (Tabela 3).

## Discussão

Inicialmente, cabe apontar que os estudos que se propõem a avaliar a APS a partir da análise das ACSC podem utilizar diferentes métodos. A maior parte dos estudos encontrados são de séries temporais, permitindo verificar a tendência dessas internações ao longo dos anos, além de análises associando-as com a ampliação da cobertura pela ESF [16]. Em 2007 o estado do Piauí ocupou a quarta posição entre os estados brasileiros com taxa de 180,8 ACSC por 10.000 habitantes [17]. Em 2017, apesar da ampla cobertura pela ESF, o Piauí também apresentou taxa elevada de ACSC, que corresponderam a 23,1% do total de internações custeadas pelo SUS no estado, com taxa de 14,4 internações por mil habitantes. Esses números foram superiores ao encontrado em Pernambuco [18] onde as ACSC corresponderam a 19% das hospitalizações, em 2012, e no Ceará [19], com taxa de ACSC de 10,8 internações por mil habitantes, no ano de 2014.

Para Alves et al. [19] a ampliação da ESF sem compromisso com a resolutividade, a qualidade e o acesso, pode não gerar impacto sobre as ACSC. Assim, são necessários estudos que avaliem como se dá o acesso da população aos serviços de APS no Piauí, abrangendo a carga horária, turnos de funcionamento dos serviços e se os serviços ofertados atendem às necessidades de saúde da população. Além disso, mesmo com uma alta cobertura da ESF, deve-se levar também em consideração as características sociodemográficas da população, o modo como utilizam os serviços de saúde, características epidemiológicas, fragilidades sociais, além da facilidade do acesso à atenção especializada e hospitalar [11].

Em relação às características das internações, observou-se a prevalência do sexo feminino (54,2%), inclusive, com maior taxa de risco de internação (15,2/1.000). Cardoso et al. [20] sugerem que maiores taxas de risco de internação por sexo podem variar conforme a região em estudo, pois diferentes pesquisas [7,20,21] têm apresentado resultados heterogêneos apresentando ora maior risco de internação para mulheres, ora para homens. É necessário conhecer que condições específicas estão culminando em hospitalizações desnecessárias de mulheres, no Piauí, para melhor compreensão desse resultado.

Quanto à faixa etária, nesse estudo, observou-se uma concentração de internações entre adultos jovens e, especialmente, entre idosos com 65 anos ou mais. Esses dados correspondem aos achados em outros estudos como em Divinópolis (MG) [20], em 2011, onde as ACSC foram prevalentes nas idades entre 40 e 59 anos (27,5%) e de 60 anos ou mais (47,8%). Um estudo nacional [17] também identificou maior taxa de ACSC entre idosos, entre 1999 e 2007. Em Portugal [22], em 2014, também se observou maior proporção de ACSC entre idosos com 65 anos ou mais.

Parte desse resultado pode estar relacionado com o envelhecimento populacional, o aumento da fragilidade dos idosos e o crescimento das cidades que, por vezes, não realiza o planejamento em saúde adequado, não atendendo as necessidades específicas desse grupo etário [20]. É importante destacar que, apesar do estudo não ter estratificado o grupo de causas por sexo e faixa etária, os principais grupos de causa que mais internaram e mais contribuíram com os gastos foram as doenças crônicas relacionadas ao aparelho circulatório e respiratório, que estão diretamente as-

sociadas com as internações em idosos [23].

Na variável cor da pele, os pardos e pretos, somados, correspondem à 48% das ACSC. Esse resultado pode estar relacionado às piores condições socioeconômicas entre essas pessoas, o que pode resultar em maiores dificuldades de acesso [21] e, quando acessam, podem receber serviços de qualidade inferior [24]. Cabe lembrar que 36,1% das notificações de ACSC tiveram a cor da pele ignorada, o que traz uma limitação importante para os estudos que pretendem analisar esse determinante social da saúde.

Quanto às macrorregiões, o Meio Norte apresentou o maior número de ACSC, possivelmente, por ser a região com maior porte populacional e na qual se situa a capital, Teresina, onde estão os serviços de referência para o estado em atendimentos especializados e de alta densidade tecnológica. A macrorregião Cerrados teve maior risco de ACSC comparado às outras regiões. Esses dados sugerem desigualdades no acesso aos serviços de saúde, tal como na qualidade dos serviços ofertados nas diferentes regiões do Piauí.

Em um estudo [25] que avaliou o cuidado pré-natal nos serviços de APS do Piauí, a macrorregião Cerrados destacou-se quanto ao aporte de estrutura e processo de trabalho, diferente da ACSC, o que pode sugerir que maiores taxas dessas internações não necessariamente estão relacionadas à uma atenção menos resolutiva ou que haja uma demanda pelos serviços de APS muito reprimida que o usuário sequer consegue acessar os serviços para que seja encaminhada aos demais pontos de atenção. Ainda, deve-se considerar a necessidade de mudanças no modelo de atenção desenvolvido na APS buscando uma atenção mais ampla e resolutiva e não seletiva ou como nível primário do sistema de saúde, atuando apenas como porta de entrada desse sistema [26].

Carneiro [22] também observou variações regionais nas ACSC em Portugal, considerando que essas estão altamente relacionadas aos fatores de oferta de serviços, que são os principais motivos das iniquidades geográficas nos cuidados de saúde. Dourado et al. [17] também apontaram que reduções nas ACSC podem estar associadas a múltiplos fatores como mudanças sociodemográficas, perfil econômico da população, aumento da incidência e prevalência de certas doenças, diferenças regionais para morbidade e mortalidade e variação da rede de serviços.

No Piauí, em 2017, a média de permanência hospitalar nas ACSC foi de 4,1 dias, com média de gasto

inferior aos gastos por outras condições. De modo semelhante, em estudo realizado na Califórnia [27], em 2014, com população de rua, observou-se que as ACSC tiveram uma duração média de 4,9 dias, média inferior às internações por outras condições. Em nosso estudo, observamos que os maiores tempos médios de internações foram grupos de doenças que evidenciam a baixa resolutividade da APS, refletindo as iniquidades ainda presentes no estado. No entanto, verificou-se a presença entre os cinco maiores grupos, as doenças cerebrovasculares que, sendo uma doença crônica em condições agudizada, geralmente, tem um tempo de permanência hospitalar e custos elevados.

Entre os grupos de causa, as gastroenterites infecciosas apresentaram maior proporção, facto que ocorrem em locais onde há uma maior parcela da população pobre com condições sanitárias precárias [28]. Com relação aos gastos com ACSC, o estudo de Souza e Peixoto [29] sobre a evolução dos gastos com essas hospitalizações no Brasil, mostrou um declínio de 23,3% entre 2000 e 2013, sendo que, em 2013, o valor dos gastos com ACSC foi de, aproximadamente, R\$ 2 bilhões (US\$ 842 milhões<sup>2</sup>). Não foram encontrados estudos que permitissem uma comparação dos gastos com ACSC entre os estados do Brasil, sendo que, no presente estudo, o gasto com ACSC no Piauí foi de US\$ 7.984.454,94, resultando em um gasto médio de US\$ 172,17 por ACSC.

No Piauí, os recursos utilizados pelos municípios em saúde, obtiveram associação muito fraca com os valores gastos com as ACSC. Esperava-se encontrar uma associação inversamente proporcional uma vez que ao aumentar os investimentos nos serviços municipais de saúde, entre os quais está a APS, reduzir-se-iam os gastos com as ACSC. Não encontrou-se estudos que comparassem os gastos com as ACSC e os recursos utilizados pelos municípios na saúde. Porém, um estudo [30] realizado em um município do Rio Grande do Sul, Brasil, referente aos anos de 2003 a 2012, não encontrou relação entre os gastos com saúde, gastos com a APS e gasto per capita e as taxas de ACSC. Em contrapartida, as internações por todas as causas diminuíram e os gastos totais com saúde, per capita e a cobertura pela ESF aumentaram significativamente.

Esses dados permitem corroborar que ampliar os recursos financeiros a serem utilizados pelos gestores municipais não implica em melhorias no acesso, na qualidade e na resolutividade da APS, com conse-

quente redução dos gastos e das ACSC. Esse incremento depende, além de investimentos financeiros, da estruturação da rede, de mudanças no modelo de atenção e na organização do trabalho das equipes, de efetiva participação popular e de vontade política.

É importante destacar algumas limitações do estudo. Primeiramente, as ACSC analisadas referiram-se apenas aos hospitais públicos e/ou privados conveniados ao Sistema Único de Saúde, podendo subestimar os resultados encontrados neste estudo. Além disso, a subnotificação é um problema persistente quando se usa o sistema de informação em saúde do SUS para coleta de dados secundários, os possíveis problemas de classificação da doença quanto ao CID-10 e a impossibilidade de identificar possíveis reinternações por outros grupos de causa representando um dos principais fatores limitantes.

## Conclusão

Em um cenário de crise política, social e financeira, são essenciais estudos que contribuam para tomada de decisões dos gestores e que analisem as internações desnecessárias, evitando maiores gastos, exceder a capacidade dos serviços hospitalares e a sobrecarga das Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

O presente estudo permitiu caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária no Piauí, sendo mais prevalentes em mulheres, idosos, pardos e na macrorregião do Meio Norte. Esses achados possibilitam um direcionamento das ações a serem desenvolvidas pelos gestores municipais e estadual e pelas equipes de atenção primária, apontando a necessidade de intervenções para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de atenção primária à Saúde, sobretudo voltadas aos grupos mais vulneráveis.

Além disso, recomenda-se que sejam realizados estudos que aprofundem a análise desses dados, incluindo os grupos de causas estratificados por sexo, faixa etária, cor da pele e gastos.

---

2 - Conversão realizada pelos autores utilizando o valor de cotação do dólar em 31 de dezembro de 2013 em que US\$ 1,00 = R\$ 2,346.

## Bibliografia

1. Ministério da Saúde (BR). Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica. [Internet]. 2003 [acesso 2019 maio 30]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento\\_revisado\\_em\\_22\\_de\\_out.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/documento_revisado_em_22_de_out.pdf).
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set. 2017.
3. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet*. 2014 [acesso em 2019 maio 20]; 19 (2): 343-52.
4. Ministério da Saúde (BR). Sala de Situação de Saúde. Brasília; 2018. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
5. Bastos ML, Menzies D, Hone T, Dehghani K, Trajman A. The impact of the Brazilian family health on selected primary care sensitive conditions: a systematic review. *PloS one*. 2017 [acesso 2019 maio 31], 12(8), e0182336. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0182336>.
6. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *Bmj*, 2014 [acesso 2019 maio 31], 349, g4014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014>
7. Macinko, J. et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Affairs*, 2010 [acesso 2019 maio 31], 29(12), 2149-2160. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>.
8. Pinto LF, Giovannella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (IC-SAB). *Ciênc. saúde coletiva*. 2018 [citado 2019 maio 31]; 23(6): 1903-1914. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601903&lng=en).
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008.
10. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York city. *Health Aff*. 1993 Jan; 12(1):162-73.
11. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, Oliveira VB, Sampaio LFR, De 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 Saude Publica* 2009; 25 (6): 1337-1349.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221\\_17\\_04\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html). Acesso em: 20 maio. 2019.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Informações de Saúde Sistemas e Aplicativos [Internet]. Brasília: MS; 2019. Acesso em: 19 maio 2019. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
14. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Demonstrativos e dados informados de 2002 a 2017. Acesso em 25 de maio de 2019. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/repasse-financeiros/siops/demonstrativos-dados-informados>
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF; Seção 1, páginas 44, 45, 46.
16. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde debate* [Internet]. 2014 Oct [cited 2019 July 28]; 38(spe): 331-342.
17. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care* 2011; 49:577-84.
18. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014; 23(3): 463-474.
19. Alves JWS, Cavalcanti CGCS, Alves RSM, Costa PC. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no estado do Ceará, 2010-2014. *Saúde debate*; 42(spe4): 223-235.
20. Cardoso CS, Pádua CM, Rodrigues-Júnior AA, Guimaraes DA, Carvalho SF, Valentim RF, Abrantes R, Oliveira CD. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 34: 227-234.
21. Botelho JF, Portela MC. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. *Cad. Saúde Pública*. 2017; 33(3): e00050915.
22. Carneiro CS. Hospitalisation of ambulatory care sensitive conditions and access to primary care in Portugal. *Public health*. 2018; 165: 117-124.
23. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2014 Oct; 48(5): 817-826.
24. Hart, J. T. The inverse care law. *The Lancet*. 1971, 297 (7696), 405-412.
25. Cardoso TZ. Avaliação do cuidado pré-natal nos serviços de Atenção Básica à Saúde do Piauí no contexto do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica [Tese de Doutorado]. Universidade de São Paulo: Ribeirão Preto; 2018.
26. Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará: Fortaleza; 2002.
27. White BM, Ellis Junior C, Simpson KN. Preventable hospital admissions among the homeless in California: a retrospective analysis of care for ambulatory care sensitive conditions. *BMC Health Services Research*. 2014; 14: 511.
28. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2010 Nov; 10 (Suppl 1): s83-s91.
29. Souza DK de, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2017; 26(2): 285-294.
30. Morimoto T, Costa JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. *Ciênc. saúde coletiva*. 2017; 22(3): 891-900.

## Conflitos de interesses:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.