

Atenção primária à saúde e internações potencialmente evitáveis: avaliação de 10 anos na perspectiva de um plano de saúde

Primary health care and potentially avoidable admissions: a 10-year assessment from the perspective of a health care plan

João Paulo dos Reis Neto¹, Claudio Silveira Tovar²

Palavras-chave:

atenção primária à saúde; internações evitáveis; internações por causas sensíveis à atenção ambulatorial; internações por causas sensíveis à atenção primária; internações potencialmente evitáveis; necessidades e demanda de serviços de saúde; qualidade da assistência à saúde e serviços de saúde, utilização.

Keywords:

primary health care, avoidable admissions, admissions for causes sensitive to outpatient care, admissions for causes sensitive to primary care, potentially avoidable admissions, needs and demand for health services, quality of health care and use of health services

RESUMO

Introdução: A taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária tem sido utilizada em várias partes do mundo na avaliação e monitoramento do acesso ao sistema de saúde e de seu desempenho. No Brasil, alguns estudos foram conduzidos no âmbito do sistema público. **Objetivo:** Avaliar, numa série temporal de 10 anos, a evolução da taxa em beneficiários de um plano de saúde, identificando, a partir dos resultados, estratégias que permitam a melhoria da situação de saúde da população e a adequada destinação dos recursos. **Métodos:** Análise retrospectiva de 212.360 internações hospitalares, ocorridas de 1999 a 2008, entre beneficiários do plano de saúde, residentes em todas as regiões do Brasil. O desfecho em estudo foi a proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária, identificadas pela CID-10 e distribuídas em vinte grupos de causas. Foi estabelecida a proporção dessas internações em relação ao total de admissões hospitalares, bem como o quociente entre o número de internações hospitalares, e a população, seja total ou de grupos etários e de causas específicas, além dos custos diretos hospitalares. As significâncias foram testadas com uso do programa Epi Info™, versão 3.3.2. As estimativas das taxas foram definidas com base em seus intervalos de 95% de confiança (IC 95%). **Resultados:** Em 10 anos, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 55.307 entre 212.360 internações reembolsadas pela operadora (26,0%), excluindo-se partos. A taxa bruta global média foi de 300,2 por 10 mil beneficiários do plano de saúde e o número de internações por beneficiário de 1,6. A taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária diminuiu 28,0% no período (de 347,6 para 250,3 por 10 mil). Em 2008, as causas mais frequentes foram as gastroenterites (30,9%), seguidas pela hipertensão arterial (13,6%), doenças cerebrovasculares (9,6%), insuficiência cardíaca (8,1%), infecções no rim e trato urinário (6,8%), diabetes mellitus (5,8%) e angina pectoris (5,5%). Cada um dos diagnósticos restantes correspondeu a menos de 5,0% das internações por condições sensíveis à atenção primária. A média da despesa anual com internações foi de R\$ 15.232.494, contra R\$ 51.440.680 para demais condições, representando 22,8% do total. **Conclusões:** A redução gradativa na taxa global de internações por condições sensíveis à atenção primária observada sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde. Ações e estratégias adicionais deverão priorizar determinadas causas e grupos etários que serão objeto de monitoramento contínuo. O investimento em medidas que possam reduzir o número de internações evitáveis pode contribuir não só para a melhoria da qualidade assistencial, como também para o equilíbrio financeiro do plano de saúde.

ABSTRACT

Introduction: The rate of admissions for ambulatory care sensitive conditions has been used in various parts of the world in the assessment and monitoring of access to the health system and its performance. In Brazil, some studies have been performed within the public system. **Objective:** To examine, in a series of 10 years, the evolution of the rate in beneficiaries of a health care plan, identifying, from the results, strategies that will enable the improvement of the health situation of the population and the appropriate allocation of resources. **Methods:** Retrospective analysis of 212,360 hospital admissions, occurring between 1999 and 2008, among beneficiaries of a health care plan, resident in all regions of Brazil. The outcome of the study was the proportion of admissions for primary care sensitive conditions, identified by CID-10 and distributed in twenty groups of causes. The proportion of these admissions in relation to the total hospital admissions was established, as well as

Recebido em 17/11/2011 Aprovado para publicação em 26/02/2012

1 Diretor de Previdência e Assistência da CAPESESP; 2 Assessor Técnico da Diretoria de Previdência e Assistência da CAPESESP

Nome da instituição onde o estudo foi realizado: CAPESESP - Caixa de Previdência e Assistência dos Servidores da Fundação Nacional de Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Endereço para correspondência: CAPESESP - Diretoria de Previdência e Assistência; Av. Marechal Câmara, 160, 6º e 7º andares, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP 20020-080; email: joao_paulo@capesesp.com.br

the quotient for the number of hospital admissions and the population, either total or by age group and specific causes, besides hospital direct costs. The significance was tested with the program Epi Info™, version 3.3.2. Estimates of the rates were defined based on their 95% confidence intervals (CI 95%). **Results:** In 10 years, admissions for primary care sensitive conditions accounted for 55,307 of 212,360 admissions reimbursed by the operator (26.0%), excluding births. The global crude mean rate was 300.2 per 10 thousand beneficiaries of the health care plan and the number of admissions per beneficiary was 1.6. The rate of admission for primary care sensitive conditions fell by 28.0% during the period (from 347.6 to 250.3 per 10 thousand). In 2008, the most frequent cause was gastroenteritis (30.9%), followed by arterial hypertension (13.6%), cerebrovascular diseases (9.6%), heart failure (8.1%), kidney and urinary tract infections (6.8%), diabetes mellitus (5.8%) and angina pectoris (5.5%). Each of the remaining diagnoses corresponded to less than 5.0% of admissions for primary care sensitive conditions. The mean annual expenditure on admissions was R\$ 15,232,494 against R\$ 51,440,680 for other conditions, representing 22.8% of the total. **Conclusion:** The gradual reduction observed in the global rate of admissions for primary care sensitive conditions suggests possible improvements in primary health care. Further actions and strategies should prioritise determined causes and age groups as the object of on-going monitoring. Investment in measures to reduce the number of avoidable admissions could contribute not only to an improvement in the quality of care, but also to the financial balance of the health care plan.

Introdução

Conceitualmente, condições sensíveis à atenção primária (CSAP) compreendem grupos de problemas de saúde cujas ações assistenciais estratégicas podem resultar na diminuição do risco de internações hospitalares.

Quando uma determinada população apresenta altas taxas de internações por essas condições, pode haver indícios de problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, traduzindo-se em sinal de alerta sobre a situação da saúde.

O indicador internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP), também denominado de internações potencialmente evitáveis, surgiu no final da década de 1980 nos Estados Unidos para avaliar o impacto da falta de acesso a serviços de atenção ambulatorial (Billings & Teicholz, 1990; Billings *et al.*, 1993; Weissman *et al.*, 1992).

Posteriormente, na Espanha, este indicador foi utilizado para comparar a efetividade de modelos de atenção primária à saúde (Bermudez-Tamayo *et al.*, 2004; Caminal *et al.*, 2001). Estudos brasileiros sobre tais internações limitam-se às avaliações no âmbito do sistema público de saúde (Dias-da-Costa *et al.*, 2008; Elias & Magajewski, 2008; Nedel *et al.*, 2008; Perpetuo & Wong, 2007). Não encontramos na literatura científica estudos publicados considerando beneficiários do sistema de saúde suplementar.

No Brasil, em função do tipo de transição epidemiológica em andamento, onde as doenças transmissíveis ainda desempenham papel importante, porém com predomínio das doenças crônico-degenerativas (Schramm *et al.*, 2004), o indicador pode contribuir, sobretudo, na identificação de barreiras de acesso aos serviços de saúde ou mesmo o in-

dequado controle das enfermidades. No caso das patologias crônicas, a atenção primária à saúde pode reduzir as internações por complicações agudas, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (Gill & Mainous, 1998).

A partir da constatação da associação das taxas de internações elevadas por CSAP com as deficiências na cobertura dos serviços, bem como à baixa resolutividade da atenção ambulatorial para determinados grupos de patologias (Alfradique *et al.*, 2009; Ansari *et al.*, 2006; Bermudez & Baker, 2005; Casanova & Starfield, 1995; Fleming ST, 1995; Parchman & Culler, 1994), entendemos que esse indicador pode ser avaliado como ferramenta de gestão para as operadoras de planos de saúde, sob a ótica da qualidade assistencial.

Outra perspectiva que não pode ser desconsiderada é o potencial do indicador como complemento a outras ferramentas de avaliação da destinação adequada dos recursos, uma vez que são analisadas situações de saúde que envolvem as chamadas “internações potencialmente evitáveis”.

Objetivo

Avaliar, numa série temporal de 10 anos, a evolução da taxa de internação por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em beneficiários de um plano de saúde, identificando, a partir dos resultados, estratégias que permitam a melhoria da situação de saúde da população e a adequada destinação dos recursos.

Métodos

Análise retrospectiva de 212.360 internações hospitalares, ocorridas no período de 10 anos (1999 a 2008), entre beneficiários do plano de saúde, residentes em todas as regiões

do Brasil. O desfecho em estudo foi a proporção, entre as hospitalizações avaliadas, de internações cujo diagnóstico de alta estava incluído na lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária (Tabela 1). Essa relação é constituída por 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e 15 subcategorias (com quatro dígitos). Para fins de organização, ela está composta por vinte grupos de diagnósticos, agrupados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos (Alfradique *et al.*, 2009).

Nos casos em que o diagnóstico foi codificado por meio da 9ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9), foi feita a correspondência dos diagnósticos listados para a CID-10.

As variáveis dependentes foram taxa bruta de internação por todas as causas e taxa bruta de internação por condições sensíveis à atenção primária. Com relação às variáveis independentes, estas consistiram em características da população (idade, sexo, região geográfica de residência), grupos de causas da internação e custos diretos com assistência médico-hospitalar.

Foi estabelecida a proporção das ICSAP em relação ao total de admissões hospitalares, bem como o quociente entre o

número de internações hospitalares e a população, seja total ou de grupos etários e de causas de internação específicas.

A base de dados utilizada foi extraída a partir de registros do sistema informatizado do plano de saúde ao longo do período de estudo e considerou todas as internações e reinternações de um mesmo beneficiário da operadora.

As significâncias das taxas brutas de internações evitáveis foram testadas pelo teste de tendência linear do programa Epi Info™, versão 3.3.2 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As estimativas das taxas foram definidas com base em seus intervalos de 95% de confiança (IC 95%).

Resultados

No período analisado de 10 anos, as internações por condições sensíveis à atenção primária foram responsáveis por 55.307 entre 212.360 internações reembolsadas pela operadora, correspondendo, em média, a 26,0% do total de hospitalizações, excluindo-se partos. A taxa bruta global média de ICSAP foi de 300,2 por 10 mil beneficiários do plano de saúde e o número de internações por beneficiário de 1,6.

Tabela 1 - Lista de internações por condições sensíveis à atenção primária, por grupos de situações de saúde

Grupos de situações de saúde	Classificação Internacional de Doenças, 10a revisão – CID-10
01 - Doenças imunizáveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19
02 - Condições evitáveis	A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77
03 - Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09
04 - Anemia	D50
05 - Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64
06 - Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
07 - Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1
08 - Asma	J45-J46
09 - Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47
10 - Hipertensão	I10-I11
11 - Angina pectoris	I20
12 - Insuficiência cardíaca	I50, J81
13 - Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46
14 - Diabetes mellitus	E10-E14
15 - Epilepsias	G40-G41
16 - Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
17 - Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
18 - Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76
19 - Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2
20 - Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0

Entre 1999 e 2008, a população atendida pela operadora variou, passando, em média, de 214.818 para 162.796 beneficiários. Na Tabela 2, são apresentadas as taxas de hospitalização (por 10 mil beneficiários) por condições sensíveis à atenção primária e por outras condições, no intervalo de tempo em análise. As taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária diminuíram 28,0% no período (de 347,6 para 250,3 por 10 mil), ao passo que houve aumento das internações por outras causas (25,8%; de 728,8 para 916,8 por 10 mil).

Em 2008, as ICSAP mais frequentes foram as gastroenterites (30,9%), seguidas pela hipertensão arterial (13,6%), doenças cerebrovasculares (9,6%), insuficiência cardíaca (8,1%), infecções no rim e trato urinário (6,8%), diabetes mellitus (5,8%) e angina pectoris (5,5%). Cada um dos diagnósticos

restantes correspondeu a menos de 5,0% das internações por condições sensíveis à atenção primária (Tabela 3).

Na Tabela 4 são apresentados os percentuais de ICSAP em um subgrupo de beneficiários do programa de assistência farmacêutica, voltado para portadores de patologias crônicas.

A Tabela 5 demonstra a taxa de ICSAP, por 10 mil beneficiários do plano de saúde, por região geográfica, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Mais da metade dos indivíduos submetidos à hospitalização por causas sensíveis ao atendimento primário é do sexo feminino (53,6%), padrão semelhante ao observado para internações por outras causas (54,9%). O comportamento da taxa de ICSAP por 10 mil beneficiários, segundo o sexo, está representado no Gráfico 1.

Tabela 2 - Taxas, por 10 mil beneficiários do plano de saúde, de internações por condições sensíveis à atenção primária. Brasil, 1999 a 2008.

Grupos de situações de saúde / ano	Taxa por 10 mil beneficiários											Varição
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/1999	
Doenças imunizáveis e condições evitáveis	4,3	4,2	3,2	2,3	2,6	2,2	2,8	2,3	1,5	2,1	-51,2%	
Gastroenterites infecciosas e complicações	85,6	104,6	101,6	105,4	105,7	88,0	84,4	95,3	76,5	77,3	-9,6%	
Anemia	4,8	5,7	5,6	5,6	4,4	5,6	3,9	4,3	4,7	4,0	-17,5%	
Deficiências nutricionais	42,3	31,5	19,4	13,6	11,9	12,6	10,0	7,2	8,7	9,7	-77,1%	
Infecções de ouvido, nariz e garganta	20,1	17,2	13,7	13,6	12,2	12,0	7,1	7,6	6,4	5,8	-71,0%	
Pneumonias bacterianas	13,1	10,4	8,4	8,7	9,4	12,9	8,7	8,7	7,7	7,3	-44,3%	
Hipertensão	33,1	33,4	38,5	44,7	41,4	37,7	34,5	32,4	33,3	34,2	3,0%	
Angina pectoris	20,2	17,4	17,8	18,2	15,9	15,8	14,6	17,3	16,7	13,9	-31,1%	
Insuficiência cardíaca	34,4	31,3	26,4	24,3	25,7	24,4	19,7	22,0	18,9	20,4	-40,8%	
Doenças cerebrovasculares	28,1	27,5	26,7	26,8	26,5	25,3	22,1	26,2	25,4	24,0	-14,8%	
Diabetes mellitus	16,2	17,7	14,2	15,8	16,5	14,6	14,6	14,0	13,0	14,5	-10,8%	
Epilepsias	2,4	2,0	1,3	0,9	2,0	1,3	1,7	1,2	1,3	1,8	-23,9%	
Infecção no rim e trato urinário	20,2	23,3	20,8	19,9	16,7	15,9	14,7	15,0	16,7	17,1	-15,4%	
Infecção da pele e tecido subcutâneo	5,3	7,1	7,6	8,4	6,3	7,3	7,0	6,5	7,6	8,0	53,0%	
Úlcera gastrointestinal	15,2	13,8	11,4	12,3	10,5	10,8	9,2	8,5	9,8	8,0	-47,1%	
Outras ICSAP *	2,1	2,4	1,6	1,7	2,2	1,4	2,3	1,9	1,4	2,0	-3,2%	
População (média anual de beneficiários)	214.818	215.901	206.393	193.872	179.913	174.373	168.833	162.004	163.705	162.796	-24,2%	
Total de ICSAP	347,6	349,6	318,3	322,0	309,8	287,9	257,5	270,4	249,5	250,3	-28,0%	
Média de idade (anos)	44,1	42,4	42,8	44,1	44,7	46,4	46,8	46,8	48,3	48,8		
IC 95%	(43,4-44,8)	(41,7-43,1)	(42,0-43,5)	(43,4-44,9)	(43,9-45,5)	(45,6-47,3)	(45,9-47,7)	(45,9-47,7)	(47,4-49,3)	(47,9-49,7)		
Internações por outras condições	728,8	830,9	858,4	878,3	897,7	868,4	856,9	864,2	856,8	916,8	25,8%	
Média de idade (anos)	40,9	42,0	40,5	40,9	41,9	43,0	43,4	44,3	44,8	45,5		
IC 95%	(40,5-41,2)	(41,5-42,6)	(40,1-40,8)	(40,5-41,2)	(41,5-42,3)	(42,6-43,4)	(43,0-43,8)	(43,9-44,6)	(44,5-45,2)	(45,1-45,8)		

* Anemia, deficiência nutricional, doença inflamatória órgãos pélvicos femininos e doenças relacionadas ao pré-natal e parto

Tabela 3 - Porcentagem de internações por grupos de situações de saúde em relação ao total de CSAP. Brasil, 1999 a 2008.

Grupos de situações de saúde / ano	% de internações										Variação 2008/1999
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
Gastroenterites infecciosas e complicações	24,6	29,9	31,9	32,7	34,1	30,6	32,8	35,2	30,6	30,9	25,5
Hipertensão	9,5	9,6	12,1	13,9	13,4	13,1	13,4	12,0	13,3	13,6	43,1
Doenças cerebrovasculares	8,1	7,9	8,4	8,3	8,6	8,8	8,6	9,7	10,2	9,6	18,3
Insuficiência cardíaca	9,9	9,0	8,3	7,6	8,3	8,5	7,6	8,1	7,6	8,1	-17,8
Infecção no rim e trato urinário	5,8	6,7	6,5	6,2	5,4	5,5	5,7	5,5	6,7	6,8	17,6
Diabetes mellitus	4,7	5,1	4,5	4,9	5,3	5,1	5,7	5,2	5,2	5,8	23,9
Angina pectoris	5,8	5,0	5,6	5,6	5,1	5,5	5,7	6,4	6,7	5,5	-4,3
Demais CSAP	31,6	27,0	22,7	20,8	19,9	23,0	20,5	17,8	19,6	19,5	-6,4

Tabela 4 - Taxas, por 1 mil beneficiários do plano de saúde, de ICSAP. Beneficiários do programa assistência farmacêutica, 1999 a 2008.

Grupos de situações de saúde / ano	Taxa por 1 mil beneficiários										Variação 2008/1999
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
08 - Asma	45,5	26,3	24,0	28,7	24,7	33,8	15,8	13,3	14,4	14,6	-67,9%
10 - Hipertensão	144,2	128,3	155,9	164,0	153,5	140,9	125,8	109,2	130,9	111,4	-22,8%
11 - Angina pectoris	103,4	100,5	82,4	72,1	85,5	77,8	72,7	89,5	88,9	76,7	-25,8%
12 - Insuficiência cardíaca	97,7	105,9	107,8	79,8	99,3	105,2	81,5	95,9	92,7	96,2	-1,6%
13 - Doenças cerebrovasculares	93,0	74,2	87,2	88,7	77,7	84,1	68,3	104,1	80,2	76,1	-18,2%
14 - Diabetes mellitus	60,7	69,6	60,4	61,3	68,6	52,9	67,0	58,4	55,1	56,0	-7,8%
Quantidade de beneficiários	1.054	1.294	1.456	1.567	1.661	1.569	1.582	1.575	1.597	1.643	
Total de ICSAP no grupo	842	959	1.069	1.113	1.170	1.098	958	1.050	1.036	1.015	
Internações por outras condições	1.648	2.048	2.268	2.388	2.537	2.403	2.432	2.535	2.537	2.657	
Proporção ICSAP sobre o total de internações	33,8%	31,9%	32,0%	31,8%	31,6%	31,4%	28,3%	29,3%	29,0%	27,6%	-18,3%
Internações por outras condições sobre o total	66,2%	68,1%	68,0%	68,2%	68,4%	68,6%	71,7%	70,7%	71,0%	72,4%	9,3%

Tabela 5 - Taxas, por 10 mil beneficiários do plano de saúde, de ICSAP. Brasil, por regiões, 1999 a 2008.

Regiões / ano	Taxa por 10 mil beneficiários										Variação 2008/1999
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	
C. Oeste	473,8	435,4	368,1	338,9	330,3	317,4	270,5	310,7	282,0	307,5	-35,1%
Nordeste	290,4	294,5	283,1	288,4	277,5	256,7	221,7	240,5	231,8	226,7	-21,9%
Norte	448,4	467,2	413,6	407,3	401,3	366,2	337,7	338,8	322,5	338,6	-24,5%
Sudeste	308,6	293,1	270,6	281,5	264,3	259,5	237,4	255,4	184,6	188,8	-38,8%
Sul	315,8	257,3	241,1	312,9	351,7	281,4	255,9	238,2	285,5	254,6	-19,4%

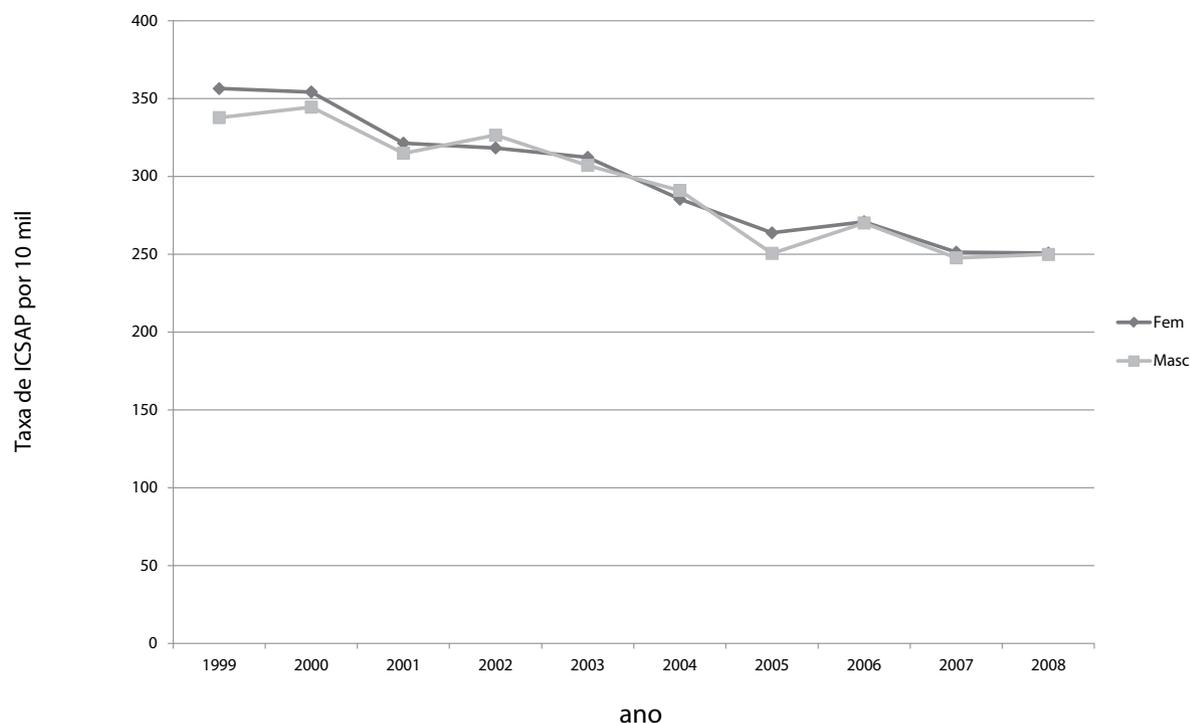


Gráfico 1 - Taxa de ICSAP, por 10 mil beneficiários do plano de saúde, por sexo. Brasil, 1999 a 2008.

A Tabela 6 apresenta a evolução, para cada grupo etário, da participação relativa das internações por condições sensíveis à atenção primária sobre o total das internações do plano de saúde, ao longo do período estudado.

O padrão da taxa de ICSAP por grupos etários está representado no Gráfico 2.

A média da despesa anual com internações por CSAP foi de R\$ 15.232.494, contra R\$ 51.440.680 para demais condições, representando 22,8% do total. A evolução da proporção de despesas com ICSAP em relação ao total gasto com internações, em cada ano, está demonstrada na Tabela 7.

Discussão

Não existe consenso na literatura acerca das internações por condições sensíveis à atenção primária. O Ministério da Saúde, através de consultas a especialistas, elaborou uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária, utilizada nesse estudo. Os partos foram excluídos do total por representarem um desfecho natural da gestação e serem influenciados pela taxa de fecundidade (Alfradique *et al.*, 2009).

Na definição dessa listagem e de outras existentes em diferentes países, que apresentam algumas particularidades,

quando comparadas à listagem brasileira, parte-se do pressuposto de que muitas das internações por determinadas causas podem ser evitadas. Através desse número seria possível obter indicativos de problemas relacionados com a rede de atenção básica, especialmente na gestão, suficiência de serviços, na disponibilidade de medicamentos para o controle de doenças crônicas, na oferta de recursos diagnósticos e manejo das patologias, no acompanhamento ambulatorial e no sistema de referência.

Usando como base comparativa dados do sistema público de saúde, levantados por Alfradique em 2006, observamos que a proporção geral de ICSAP em relação ao total de internações observada nesse estudo (23,8%) é inferior ao percentual relatado pela autora (28,5%). Porém, quando considerada a taxa de hospitalização por 10 mil beneficiários, apresenta-se muito superior (250,3 versus 149,6 por 10 mil) (Alfradique *et al.*, 2009).

Uma das hipóteses a ser analisada para essa distinção de padrões é o fato de que beneficiários do sistema de saúde suplementar, pela sua condição sócio-econômica mais favorável, em teoria, possuem maior acesso aos serviços de saúde do que a população geral, o que explicaria a proporção menor de ICSAP.

Com relação às diferenças observadas entre o público e o privado na taxa de hospitalizações por vidas, há que se considerar a questão da oferta e demanda por serviços de

Tabela 6 - Participação relativa das internações hospitalares por CSAP sobre o total de internações do plano de saúde (%). Brasil, 1999 a 2008.

Faixa etária / ano	% de internações										Varição
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008/1999
Menos de 1 ano	48,5	51,3	44,1	38,5	38,9	43,0	42,6	31,3	45,2	32,6	-32,8
1 a 4 anos	52,1	48,4	44,7	44,8	46,7	47,1	46,8	50,1	45,8	46,8	-10,2
5 a 14 anos	39,3	38,2	32,9	30,9	32,0	31,9	28,5	33,4	28,4	30,0	-23,6
15 a 24 anos	23,2	21,5	19,7	18,8	17,9	18,0	16,9	17,7	16,7	15,9	-31,5
25 a 34 anos	14,7	16,8	13,3	14,7	12,6	10,8	12,0	10,8	9,6	11,2	-23,8
35 a 44 anos	18,2	16,9	17,1	16,6	16,1	12,9	12,4	12,5	11,7	12,1	-33,5
45 a 54 anos	28,2	25,0	22,0	22,2	19,4	20,1	17,8	18,6	18,0	15,8	-43,8
55 a 64 anos	33,8	30,1	28,3	28,5	27,8	25,7	24,3	24,5	22,4	21,4	-36,6
65 e mais anos	41,9	36,6	34,4	35,1	33,2	33,0	30,4	30,4	30,0	28,3	-32,4
Todas as idades	32,3	29,6	27,0	26,8	25,7	24,9	23,1	23,8	22,6	21,4	-33,6
Média da idade	44,1	42,4	42,8	44,1	44,7	46,4	46,8	46,8	48,3	48,8	
IC 95%	(43,4-44,8)	(41,7-43,1)	(42,0-43,5)	(43,4-44,9)	(43,9-45,5)	(45,6-47,3)	(45,9-47,7)	(45,9-47,7)	(47,4-49,3)	(47,9-49,7)	
											-6%

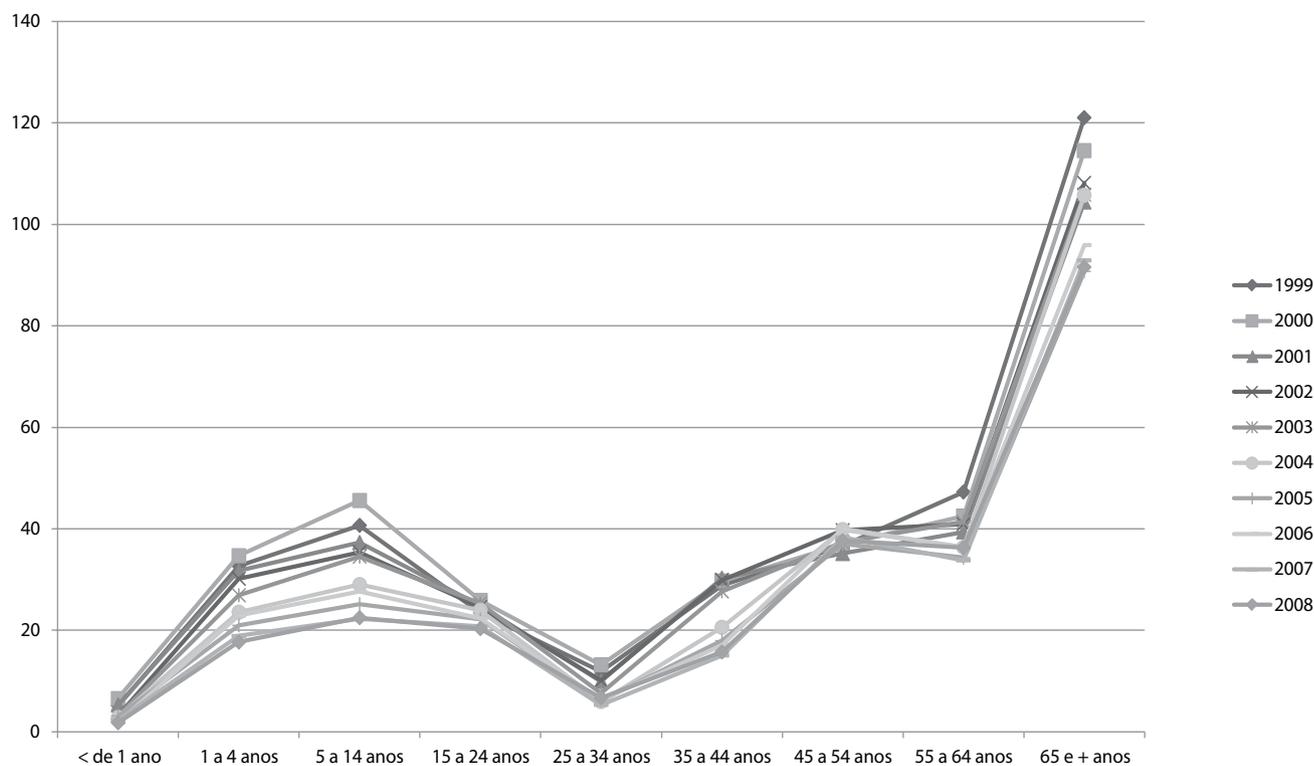


Gráfico 2 – Taxa de internação por CSAP, por faixas etárias (por 10 mil beneficiários). Brasil, 1999 a 2008

Tabela 7 - Despesas (em Real) com internações, total, por CSAP e outras condições. Brasil, 1999 a 2008.

Ano	Todas	Internações por CSAP		Outras condições	
	R\$	R\$	% do total	R\$	% do total
1999	36.420.280	9.915.295	27,2%	26.504.985	72,78%
2000	44.978.518	11.134.007	24,8%	33.844.511	75,25%
2001	46.280.698	10.598.585	22,9%	35.682.113	77,10%
2002	48.848.877	10.936.448	22,4%	37.912.428	77,61%
2003	58.703.033	14.477.010	24,7%	44.226.023	75,34%
2004	70.019.249	17.183.256	24,5%	52.835.993	75,46%
2005	72.328.503	16.497.252	22,8%	55.831.251	77,19%
2006	88.285.131	18.939.855	21,5%	69.345.276	78,55%
2007	94.062.421	20.749.108	22,1%	73.313.313	77,94%
2008	106.805.032	21.894.128	20,5%	84.910.904	79,50%
Total	666.731.742	152.324.944	22,8%	514.406.798	77,2%

saúde. Alguns trabalhos mostram que, da mesma forma que quanto maior o número de leitos disponíveis, maior a chance do indivíduo se internar, por outro lado, quando a oferta for insuficiente, internações justificadas por necessidades de saúde podem deixar de ocorrer (Castro *et al.*, 2005).

De uma maneira geral, semelhante a outros estudos brasileiros, os resultados desse trabalho apontam para a redução das internações por condições sensíveis à atenção primária ao longo do tempo. Conforme resultados apresentados na Tabela 2, a diminuição da taxa global de ICSAP não ocorre devido a uma queda uniforme em todas as situações de saúde, sobressaindo-se algumas causas mais que as outras.

Interessante observar na Tabela 3 que três diagnósticos (gastroenterites, hipertensão e doenças cerebrovasculares) representam mais da metade do total das internações por condições sensíveis à atenção primária no ano considerado.

A análise por grupos de causas deve ser bastante criteriosa. Doenças como asma e insuficiência cardíaca congestiva, por exemplo, são condições para as quais o tratamento ambulatorial não pode evitar hospitalizações em todas as circunstâncias, entretanto, as doenças passíveis de controle por imunizações devem ser prevenidas em todos os casos (Weissman *et al.*, 1992).

Dentre as causas selecionadas, quando agrupadas as doenças que podem evoluir de forma prolongada e crônica (asma, hipertensão, angina, insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e diabetes mellitus), a redução da taxa de ICSAP por 10 mil beneficiários do plano de saúde foi de 26,0% no período. Em função das características dessas patologias, podemos considerar o resultado como bastante satisfatório.

Nesse grupo específico, merece destaque a hipertensão arterial, única a não apresentar redução do indicador no pe-

ríodo completo do estudo. Porém, a partir de 2001 a taxa apresenta-se em queda.

Em áreas onde historicamente o acesso aos serviços de saúde estava limitado, um aumento temporário nas internações pode ser resultado de uma melhora de acesso (Saha *et al.*, 2007).

Uma particularidade do plano de saúde em questão é a oferta de assistência farmacêutica para portadores de patologias crônicas. Analisando um subgrupo de participantes do programa de acesso aos medicamentos, verificamos que houve redução da taxa de ICSAP em todas as doenças cobertas, inclusive hipertensão (Tabela 4).

Dados de literatura apontam maiores taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária entre populações de piores condições socioeconômicas e extremos de idade, porém sem relevância em relação ao sexo (Billings *et al.*, 1993 e Bermudez-Tamayo *et al.*, 2004).

Nesse estudo, em que estão sendo analisadas as internações ocorridas numa carteira de beneficiários do plano de saúde constituída por servidores públicos federais e seus familiares, acreditamos que não haja um desequilíbrio na condição socioeconômica tão grande quanto na população geral. Entretanto, como estas condições podem variar muito em relação à localização geográfica, analisamos as ICSAP em cada uma das regiões (Tabela 3).

A região norte, tradicionalmente onde o acesso à saúde costuma ser mais difícil, muitas das vezes pela indisponibilidade de recursos assistenciais, apresentou as piores taxas (338,5 por 10 mil beneficiários em 2008), ao contrário da região sudeste (188,8). Esta última obteve a maior redução proporcional no período de estudo (-38,8% em 10 anos).

Algumas condições sensíveis apresentam-se de modo diferenciado em relação a determinados grupos populacionais, especialmente em relação às faixas etárias. Em nossa casuística, verificamos maior participação das CSAP na população de 5 a 14 anos, com redução após esse período de vida, voltando a se elevar a partir dos 35 anos, com o extremo sendo observado entre os mais idosos (Gráfico 2).

Corroborando dados de literatura, observamos que o comportamento da taxa de ICSAP no período foi muito próximo entre os sexos (Gráfico 1).

A partir da constatação de que a atenção primária à saúde de qualidade pode reduzir as hospitalizações por complicações agudas de doenças crônicas não transmissíveis, assim como as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças, investimentos da operadora nesse sentido podem ser interessantes sob o ponto de vista da racionalização dos custos assistenciais.

As despesas com internação correspondem a aproximadamente metade das despesas com assistência à saúde de uma operadora. No último ano avaliado nesse estudo, a proporção de despesas com ICSAP foi de

20,5%. Portanto, ações e estratégias voltadas para a redução dessas internações possuem potencial de redução de despesas assistenciais de cerca de R\$ 20 milhões anuais (Tabela 7).

Na interpretação das internações por condições sensíveis à atenção primária, é importante diferenciar internações preveníveis, sensíveis, evitáveis ou inapropriadas. Existem várias características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sócio-demográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar e baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial (Alfradique *et al.*, 2009).

Os resultados desse estudo consideram apontamentos obtidos a partir de documentação médico-hospitalar emitida pelos prestadores de serviços, bem como dados cadastrais dos beneficiários do plano de saúde. Desse modo, eventuais falhas nesses registros podem comprometer a qualidade da informação.

Outro fator a ser considerado é de que as internações consideradas no levantamento foram apenas aquelas reembolsadas pela operadora, não sendo incluídas eventuais internações no sistema público, cuja cobertura inclui também beneficiários do sistema suplementar.

Um atenuante às limitações é o fato de que estas incidiram sobre todo o período estudado, sendo válidas, portanto, as tendências observadas.

Conclusões

A proporção de internações por condições sensíveis à atenção primária encontra-se abaixo do padrão observado no sistema público. O mesmo não se constata em relação à taxa por expostos. Não foram encontrados na literatura trabalhos publicados com base em dados do sistema de saúde suplementar que possam ser comparados.

A redução gradativa na taxa global de ICSAP observada no período sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde.

As ações e estratégias do plano de saúde decorrentes deste estudo deverão considerar a não uniformidade dos resultados, priorizando determinadas causas e grupos etários que serão objeto de monitoramento contínuo, bem como a região geográfica do país.

O investimento em medidas que possam reduzir o número de internações evitáveis pode contribuir não só para a

melhoria da qualidade assistencial, mas também para o equilíbrio financeiro do plano de saúde.

Referências bibliográficas

- Alfradique ME et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(6):1337-1349, jun, 2009
- Ansari Z, Laditka JN, Laditka SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Med Care Res Rev* 2006; 63:719-41
- Bermudez D, BAKER L. The relationship between SCHIP enrollment and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in California. *J Health Care Poor Underserved* 2005; 16:96-110
- Bermudez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11. DOI: 10.1157/13059762
- Billings J, TEICHOLZ N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health Aff (Millwood)*. 1990;9(4):158-65. DOI: 10.1377/hlthaff.9.4.158
- 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 (Millwood)*. 1993;12(1):162-73. DOI: 10.1377/hlthaff.12.1.162
- Caminhal H. J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Hermosilla Pérez E, Martín Mateo M. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions en Cataluña. *Rev Clín Esp*. 2001;201(9):501-7
- Casanova C, STARFIELD B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* 1995; 25:283-94
- Castro MSM, Travassos C, Carvalho MS. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39:277-84
- Dias-da-Costa, JS et al. Qualidade da atenção básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, jul. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700024&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 out. 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000700024
- Elias, E; Magajewski, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 11, n. 4, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000400011&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 out. 2009. DOI: 10.1590/S1415-790X2008000400011.
- Fleming ST. Primary care, avoidable hospitalization, and outcomes of care: a literature review and methodological approach. *Med Care Res Rev* 1995; 52:88-108
- Gill JM, MAINOUS, 3rd AG. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. *Arch Fam Med* 1998; 7:352-7
- Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 6, dez. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000600010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 02 out. 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102008000600010
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994; 39:123-8
- Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: *Anais do Seminário de Economia Mineira*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2007
- Saha S, Solotaroff R, Oster A, Bindman AB. Are preventable hospitalizations sensitive to changes in access to primary care? The case of the Oregon Health Plan. *Med Care* 2007; 45:712-9
- Schramm, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004
- Weissman JS, Gatsonis C, Epstein AM. Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland. *JAMA*. 1992;268(17):2388-94. DOI: 10.1001/jama.268.17.2388