

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CÁTIA MARIA JUSTO

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA: ESTUDOS EM SERGIPE**

ARACAJU

2020

CÁTIA MARIA JUSTO

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA: ESTUDOS EM SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Kleyton de Andrade Bastos

Co-orientador: Prof. Dr. Fúlvio Borges Nedel

ARACAJU

2020

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Saúde- BISAU

Universidade Federal de Sergipe/UFS

J96i

Justo, Cátia Maria

Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária: estudos em Sergipe / Cátia Maria Justo ; orientador Kleyton de Andrade Bastos ; coorientador Fúlvio Borges Nedel. – Aracaju, 2020.

92 f. : il.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2020.

1. Ciências da saúde. 2. Internação hospitalar. 3. Atenção primária à saúde em Sergipe. 4. Estudo ecológico. 5. Indicadores de saúde. 6. Políticas de saúde. I. Bastos, Kleyton de Andrade, orient. II. Nedel, Fúlvio Borges, coorient. III. Título.

CDU 616-082.4(813.7)

CÁTIA MARIA JUSTO

**INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO
PRIMÁRIA: ESTUDOS EM SERGIPE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade Federal de
Sergipe como requisito parcial à obtenção do grau de
Doutora em Ciências da Saúde.

Aprovada em: 18/02/2021.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Kleyton de Andrade Bastos
Universidade Federal de Sergipe

1ªExaminadora: Eleonora Ramos de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

2º Examinador: José Augusto Barreto Filho
Universidade Federal de Sergipe

3ºExaminador: Marco Aurélio de Oliveira Góes
Universidade Federal de Sergipe

4º Examinador: Mario Adriano dos Santos
Universidade Federal de Sergipe

À minha mãe, ao meu pai, às minhas irmãs, a minha
família ampliada, meus amigos e a Nelson, meu
eterno amor.

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste projeto agradeço a todas as manifestações de carinho e paciência da minha família, meu porto seguro.

Agradeço imensamente a todos os pacientes do SUS que tornaram este projeto possível.

Agradeço a todos os colegas, que conheci ao longo de minha jornada profissional que como eu militam no SUS, e não desistem da missão árdua diária de defendê-lo, só porque milhares de brasileiros só tem a ele como único recurso.

Agradeço a Eduardo Carlos Pereira dos Santos, servidor da SES, atualmente no Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (CIDES), pela costumeira solicitude.

Agradeço ao meu orientador, Dr. Kleyton Bastos de Andrade, pela generosidade e sabedoria compartilhada.

Agradeço ao meu co-orientador, Dr. Fúlvio Borges Nedel, pela oportunidade de compartilhamento de momentos únicos e de muito aprendizado.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Sergipe, pela atenção, empenho e incentivo aos pesquisadores para produzirem textos científicos de qualidade.

Agradeço aos professores avaliadores da banca de Qualificação, que corrigiram com generosidade meus erros e desatenções e me deram ideias para novas pesquisas: Eleonora Ramos de Oliveira, José Augusto Barreto Filho e Marco Aurélio de Oliveira Góes.

Agradeço ao professor Mário Adriano dos Santos que junto aos demais da Qualificação, compôs a banca final da Defesa, com observações muito pertinentes.

A pandemia COVID-19 impôs a condição remota das apresentações, tanto da Qualificação quanto da Defesa, mas sempre sou muito grata a todos que persistem e acreditam que vai passar e que teremos o momento de comemorar com alegria!

“medicine is a social science, and politics is nothing else but medicine on a large scale. Medicine...has the obligation to point out problems and to attempt their theoretical solution...The physicians are the natural attorneys of the poor, and social problems fall to a large extent within their jurisdiction”.

Rudolf Virchow

Ninguém questiona o estreito vínculo de mão dupla entre pobreza e saúde. A pobreza contribui para a saúde precária e a saúde precária ancora as populações na pobreza. Mas uma melhor saúde permite que as pessoas saiam da pobreza e gastem as rendas familiares em algo que não seja a doença.

Margaret Chan, OMS (2007)

RESUMO

Introdução: Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) é um indicador que avalia indiretamente a efetividade deste nível de atenção. Sugere que internações hospitalares serão evitadas se o atendimento na atenção primária for efetivo e no tempo apropriado. **Objetivos:** Esta pesquisa tem como objetivo descrever a tendência das ICSAP no Estado de Sergipe, no período de 2008 a 2017. Descrever a tendência de *diabetes mellitus*, no mesmo período e descrever aspectos da percepção de usuários sobre a atenção primária, internados em um hospital universitário de Sergipe com determinadas causas sensíveis a atenção primária. **Metodologia:** Realizou-se três estudos observacionais: um estudo ecológico de tendência temporal das ICSAP, no período de 2008 a 2017, em Sergipe, utilizando dados extraídos das Autorizações de Internações Hospitalares do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. O segundo estudo, de tendência temporal, descreveu as taxas e proporções de internações por *diabetes mellitus* no mesmo período. O terceiro estudo, transversal, de dados primários, colhidos de 15 de fevereiro a 31 de outubro de 2018, através de questionários aplicados a pacientes hospitalizados no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), da Universidade Federal de Sergipe. Todos os dados dos estudos foram lidos e analisados pelo programa estatístico R. **Resultados:** O primeiro estudo mostrou que ocorreram 608.083 internações, excetuando-se as obstétricas não mórbidas. Destas, 125.497 foram casos de ICSAP (20,6% das internações), representando uma taxa bruta global de 5,6 ICSAP por mil habitantes (5,7 no sexo masculino e 5,8 no feminino). As taxas padronizadas de ICSAP descreveram uma curva decrescente no período de 2008 a 2011, com pouca oscilação de 2011 a 2014, ascendente de 2014 a 2017. A partir dos 70 anos de idade a taxa foi consideravelmente maior nos homens. Em todo o período, as causas de ICSAP mais frequentes foram: gastroenterites e complicações (15,6%), infecção do rim e trato urinário (9,4%), asma (9,2%), insuficiência cardíaca (8,8%), cerebrovasculares (8,1%), *diabetes mellitus* (7,2%). O segundo estudo verificou curva de tendência temporal irregular, ascendente de 2008 a 2010, decrescente de 2010 a 2014 e crescente de 2014 a 2017. A proporção de internações por *diabetes mellitus* entre todas as internações aumentaram de 5,9% em 2008 a 8,1%, em 2017. Predominou em mulheres, com taxa de 4,4/10 mil habitantes *versus* 3,8/10 mil habitantes para homens. O terceiro estudo entrevistou pessoas do sexo masculino (54%) e feminino (46%). A média de idade foi de 54 anos, tinham baixa renda e baixa escolaridade, conheciam e utilizavam a unidade básica de saúde de sua área, mas optaram pelo hospital como primeiro lugar de atendimento em face da melhor acessibilidade hospitalar. **Conclusão:** A melhora que vinha se observando na efetividade da atenção primária é desacelerada e o indicador volta a crescer, chegando ao fim do período com valores próximos ao do início. O risco de internação por *diabetes mellitus* foi maior no sexo feminino, mas nos últimos anos de vida inusitadamente foi maior nos homens. A baixa acessibilidade da atenção primária à saúde foi determinante para a busca de assistência hospitalar por usuários do Hospital Regional de Lagarto internados por condições sensíveis à atenção primária selecionadas.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Estudo ecológico. Hospitalização. Indicadores de Saúde. Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Hospital admissions for primary care sensitive conditions (HACSC) is an indicator that indirectly assesses the effectiveness of this level of care. It suggests that hospital admissions will be avoided if primary care assistance is effective and at the appropriate time.

Objectives: This research aims to describe the trend of HACSC in the State of Sergipe, from 2008 to 2017. To describe the trend of *diabetes mellitus* in the same period and describe aspects of users' perception of primary care, admitted to a hospital University of Sergipe with certain causes sensitive to primary care.

Methodology: Three observational studies were carried out: an ecological study of the time trend of HACSC, in the period from 2008 to 2017, in Sergipe, using data extracted from the Hospitalization Authorizations of the Hospital Information System of the Unified Health System. The second study, of temporal trend, described the rates and proportions of hospitalizations for *diabetes mellitus* in the same period. The third cross-sectional study of primary data, collected from February 15 to October 31, 2018, through questionnaires applied to hospitalized patients at the University Hospital of Lagarto, at the Federal University of Sergipe. All study data were read and analyzed by the statistical program R.

Results: The first study showed that there were 608,083 hospitalizations, with the exception of non-morbid obstetrics. Of these, 125,497 were cases of HACSC (20.6% of hospitalizations), representing an global gross rate of 5.6 admissions per thousand inhabitants (5.7 in males and 5.8 in females). Standardized rates of HACSC described a decreasing curve from 2008 to 2011, with little oscillation from 2011 to 2014, rising from 2014 to 2017. From the age of 70 the rate was considerably higher in men. Throughout the period, the most frequent causes of HACSC were: gastroenteritis and complications (15.6%), kidney and urinary tract infection (9.4%), asthma (9.2%), heart failure (8.8 %), cerebrovascular (8.1%), diabetes mellitus (7.2%). The second study found an irregular time trend curve, rising from 2008 to 2010, decreasing from 2010 to 2014 and increasing from 2014 to 2017. The proportion of hospitalizations for *diabetes mellitus* among all hospitalizations increased from 5.9% in 2008 to 8.1% in 2017. It predominated in women, with a rate of 4.4 / 10 thousand inhabitants versus 3.8 / 10 thousand inhabitants for men. The third study interviewed male (54%) and female (46%). The average age was 54 years old, had low income and low education, knew and used the basic health unit in their area, but chose the hospital as the first place of care in view of the better hospital accessibility. **Conclusion** The improvement that had been observed in the effectiveness of primary care is slowed and the indicator to grow again, reaching the end of the period with values close to the beginning. The risk of hospitalization for *diabetes mellitus* was higher in women, but in the last years of life it was unusually higher in men. The low accessibility of primary health care was decisive for the search for hospital assistance by users of Hospital Regional de Lagarto hospitalized for sensitive conditions selected to primary care.

Descriptors: Primary Health Care. Ecological study. Hospitalization. Health Indicators. Health Policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Principais Eventos e Ações que acompanharam a Atenção Primária de Saúde no Brasil de 2006 a 2017.....	19
Tabela 2	Distribuição de Equipes, população e cobertura de Estratégia Saúde da Família em Sergipe e no Brasil de 2008 a 2017.....	21
Tabela 3	Relação dos cinco países com maior número de pessoas diabéticas(milhões) entre 20 e 79 anos e estimativas para 2045.....	28
Tabela 4	Números da Diabetes no Brasil em 2019.....	28

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Distribuição dos números de casos de <i>diabetes mellitus</i> em 2017 e projeção mundial para 2045.....	27
Quadro 1	Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACSC - *Ambulatory Care Sensitive Conditions*

AE - Atendimento especializado

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

APS - Atenção Primária em Saúde

CSAP - Condição Sensível à Atenção Primária em Saúde

DALY/ AVAI - *Disability Adjusted Life Year* / Anos de Vida Ajustados por Incapacidade

DM - *Diabetes Mellitus*

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EqSF - Equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ICSAP- Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária

IDF - *International Diabetes Federation*- Federação Internacional de Diabetes

HUL - Hospital Universitário de Lagarto

MODY - *Maturity Onset Diabetes of the Young*

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SIH - Sistema de Internação Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFS - Universidade Federal de Sergipe

YLL - *Years of Life Lost due to premature mortality* / Anos de Vida Perdidos devido à mortalidade prematura

YDL - *Years Lost due to Disability* / Anos de Vida Perdidos por Incapacidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	17
2.1	Atenção Primária à Saúde.....	17
2.2	Estratégia Saúde da Família (ESF).....	20
2.3	Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção primária de saúde e “ambulatory care sensitive conditions”.....	22
2.4	<i>Diabetes mellitus</i>	26
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	Objetivo geral.....	30
3.2	Objetivos específicos.....	30
4	ESTUDO 1: INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERGIPE: UM ESTUDO ECOLÓGICO.....	31
5	ESTUDO 2: INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR <i>DIABETES MELLITUS</i> EM SERGIPE: UM ESTUDO ECOLÓGICO.....	52
6	ESTUDO 3: ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DE INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO- SERGIPE.....	62
7	DISCUSSÃO INTEGRADA.....	72
8	CONCLUSÃO.....	73
	REFERÊNCIAS.....	74
	APÊNDICE A - Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no SUS: sexo masculino e faixa etária. Sergipe, 2008 a 2017.....	78
	APÊNDICE B – Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no SUS: sexo feminino e faixa etária. Sergipe, 2008 a 2017.....	79
	APÊNDICE C - Mapa do Estado de Sergipe e suas sete regiões de saúde.....	80
	APÊNDICE D - Mapa da Região de Saúde de Lagarto, município de Lagarto e rede de Atenção Primária em Lagarto.....	81
	APÊNDICE E - Questionário para investigação de pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto.....	82
	APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87

APENDICE G - Tabela de respostas a questões de abordagem de interação do entrevistado e a UBS.....	89
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) organiza o primeiro contato das pessoas com os serviços de saúde e foi proposta em 1975 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Estratégia Global para a Saúde até o ano 2000 (SPT-2000), reiterada fortemente pela Conferência de Alma-Ata, em 1978 (OMS, 1978). A ideia teve origem no Reino Unido em 1920, quando o Relatório Dawson, a pedido do governo inglês após a primeira guerra mundial, propôs uma organização da atenção à saúde a partir de uma área adscrita (LORD DAWSON..., 1920). Surge então fortemente a noção de territorialização e coordenação do cuidado, elementos estruturantes da APS e redes de atenção (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Evidências substanciais reconhecem na atualidade a APS como o modelo organizacional mais eficaz, eficiente, seguro e redutor de iniquidades para a base dos cuidados de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Os países que adotaram a atenção primária como a chave da atenção em saúde perceberam o impacto na melhoria de seus indicadores, maior eficiência no diagnóstico e tratamento, principalmente de doenças crônicas, diminuição significativa de iniquidades, melhorando a satisfação do usuário e otimização de recursos financeiros. A APS ampara-se nos atributos: atenção ao primeiro contato, isto é, espera-se que seja o início do relacionamento com o sistema de saúde, onde ocorre o primeiro contato ao surgimento de um problema ou episódio de um problema já manifesto que implique em busca de atenção à saúde; acessibilidade, que diz respeito ao nível de facilidade que a pessoa encontra para receber o cuidado e implica em superação de barreiras estruturais e socio-organizacionais; longitudinalidade, que se refere ao acompanhamento da atenção e do cuidado ao longo do tempo e pressupõe entrega de serviços e vínculo da pessoa com a unidade de saúde; integralidade, ou seja, abordagem coletiva e individual das demandas preventivas e curativas, considerando toda a sua complexidade, já que se entende que a APS deve reconhecer a variedade de demandas que o indivíduo requer para a sua saúde; e coordenação do cuidado, que se trata do acompanhamento de todo o trânsito da pessoa na rede de cuidados dentro e fora da APS, seja na busca de atenção especializada ou para exames complementares, considerando-se como o ato que tudo organiza (LIMA; GIOVANELLA; FAUSTO *et al.*, 2018; STARFIELD, 2002).

A Constituição Brasileira de 1988 incluiu o capítulo da seguridade social prescrevendo a universalidade da cobertura e do atendimento e criou o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal e igualitário para promoção, proteção e recuperação da saúde, embora desde o nascimento sobreviva com recursos insuficientes para as ações que se propõe (MENDES,

2013). Antes do SUS somente trabalhadores formais, portadores de carteira de trabalho, tinham acesso ao sistema público de saúde, sendo os demais atendidos como indigentes ou por instituições de caridade (PINTO-JÚNIOR; AQUINO; MEDINA *et al.*, 2018). Após a implantação do SUS, o caminho trilhado pela APS no Brasil passou pelo Programa de Agentes Comunitários do Estado do Ceará, que norteou a construção inicial pelo Ministério da Saúde (MS) do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), criado ao final de 1993 e que reuniu as condições para a mudança do modelo assistencial brasileiro. A partir de 1994, o PSF foi se consolidando, ampliando suas adesões e coberturas, compartilhando em muitos lugares a atenção com o modelo tradicional, até atingir o *status* de organização preferencial para a APS, recebendo o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF) na primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2006 (BRASIL, 2007). A ESF expandiu-se no Brasil, equipes de ESF passaram de 3.062 em 1998 para 26.364 em 2006, um aumento de 861%, e as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) reduziram em 17% neste período (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014).

A gestão da saúde deve ser guiada por informações de qualidade disponíveis para o gestor e controle social, sendo o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) um instrumento de avaliação deste nível. Condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são problemas de saúde normalmente atendidos no primeiro nível do sistema de saúde e cuja evolução exigirá hospitalização do paciente na ausência de intervenção efetiva e no tempo preciso. Exemplos são a prevenção da incidência de doenças, como no uso de vacinas e tratamento de sífilis em mulheres grávidas; o tratamento de episódios agudos, como no caso de desidratação e pneumonia bacteriana; e o controle de condições crônicas prevalentes, como *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica, evitando ou atrasando as internações por doença renal crônica, doença arterial periférica, pé diabético, infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral (ANSARI, 2007; NEDEL; FACHINI; BASTOS *et al.*, 2011). O Projeto ICSAP-Brasil, após amplo debate entre especialistas, construiu a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária (ALFRADIQUE; BONOLO; DOURADO *et al.*, 2009). Teve como premissa a necessidade da internação hospitalar, sendo que esta poderia ter sido evitada se a atenção na APS tivesse sido efetiva (NEDEL; FACHINI; BASTOS *et al.*, 2011).

ICSAP é um indicador de desempenho indireto da APS, uma vez que utiliza dados de internação hospitalar para avaliar a efetividade da APS e não de observação direta desta. Internação hospitalar como indicador de efetividade da atenção primária foi utilizado inicialmente por Billings *et al.*, que estudaram o impacto das diferenças socioeconômicas nas

internações hospitalares na cidade de Nova York, em 1988. Este estudo demonstrou que ações extemporâneas, atraso em admissões ou nas altas, aumentaram os custos. Revelou também que, de maneira geral, as internações de certas condições clínicas que eram sensíveis ao tratamento ambulatorial (*ambulatory care sensitive conditions*) relacionavam-se mais frequentemente com pessoas de baixa renda, e que nos bairros que contavam com serviços ambulatoriais as internações eram menos expressivas (BILLINGS; ZEITEL; LUKOMNIK *et al.*, 1993). Considerando a mesma perspectiva, na Alemanha um estudo com médicos da APS atribuiu as causas de admissão hospitalar a vários fatores: relacionados ao sistema, como indisponibilidade de serviços ambulatoriais; relacionados aos médicos, como monitoramento subótimos; relacionados aos medicamentos, como efeitos adversos; relacionadas aos pacientes, como demora para buscar ajuda; e sociais, como ausência de suporte social (FREUND, 2013).

A análise de investimentos em saúde tem despertado a atenção na atualidade para que a humanidade possa otimizar seus recursos. Estudo recente avaliando internações em trinta e oito estados americanos avaliou o custo de condições crônicas múltiplas. Concluiu que estas condições em pacientes de CSAP foram mais dispendiosas em consequência de maior tempo de permanência nas internações. Pacientes com condições agudas associadas a condições crônicas, quando internados, aumentavam progressivamente a sua estada hospitalar quanto maior fosse o número de comorbidades (SKINNER; COFFEY; JONES *et al.*, 2016).

No Brasil, estudos vêm mostrando redução de alguns indicadores de saúde a partir de 2013, em face da política de austeridade fiscal empregada, como a redução da cobertura vacinal pela metade, o aumento da mortalidade neonatal e infantil a partir de 2016 e a mortalidade materna em 2018 (CASTRO; MASSUDA; ALMEIDA *et al.*, 2019). O cenário de instabilidade política jurídica e econômica, descontinuou políticas sociais, culturais e ambientais, como medidas para enfrentar a crise econômica (VIEIRA; SANTOS; OCKÉ-REIS *et al.*, 2018).

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de se avaliar o comportamento das internações hospitalares evitáveis pelo uso efetivo da APS em Sergipe. O objetivo deste estudo foi descrever a tendência temporal das ICSAP em Sergipe no período de 2008 a 2017, descrever a tendência temporal do *diabetes mellitus* em Sergipe no mesmo período, tempo de internação e gastos, e descrever como se relacionam com as suas respectivas unidades básicas de saúde (UBS) os usuários internados no Hospital Universitário de Lagarto (HUL) devido a certas CSAP. Espera-se que os resultados contribuam para a construção de propostas que auxiliem a sociedade acadêmica e a sociedade em geral, na busca de políticas públicas que determinem uma APS de maior resolubilidade no seu papel de prevenção, promoção e recuperação da saúde, evitando internações desnecessárias e postergando as inevitáveis, observando a satisfação do

usuário e garantindo maior acessibilidade para que evitem a procura hospitalar antes de esgotados os recursos da APS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Atenção Primária à Saúde

A primeira Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, que aconteceu na cidade de Alma Ata, na então República Socialista Soviética do Cazaquistão, em setembro de 1978, tinha como primeira meta “promover o conceito de atenção primária em saúde em todos os países”. Os participantes levaram a agenda de “Saúde para todos no ano 2000” para os seus países (OMS, 1978). A primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, ocorreu em Ottawa, no Canadá, em 1986 (OTAWA, 1986).

Ao comemorar quarenta anos da Declaração de ALMA ATA, em outubro de 2018, realizou-se em Nursultan, antiga ASTANA, no Cazaquistão a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde. A cobertura universal frente ao novo contexto mundial de crises migratórias e restrições à Democracia foi um dos pontos nevrálgicos deste Relatório (OMS, 2018). Apesar de observações de afastamento de alguns princípios de ALMA ATA, especialmente no tocante à universalidade, reafirmou o papel norteador da APS e seus atributos (GIOVANELLA; MENDONÇA; BUSS *et al.*, 2019).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 criou o SUS, alinhado à agenda de Alma Ata. Este, regulamentado pela Lei Orgânica de Saúde (leis: 8080 e 8142/90), prescreveu para os serviços de saúde os princípios doutrinários e organizacionais de acesso universal, integralidade da assistência, equidade, descentralização político-administrativa, conjugação de recursos, participação da comunidade, regionalização e hierarquização (SOUSA; HAMANN, 2009).

A mudança dos modelos tradicionais da APS trilhou um longo percurso até chegar ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no Ceará, em 1991, uma experiência que se expandiu para os demais estados e influenciou a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1993 (BRASIL, 2010). O PSF incorporou os princípios da APS e introduziu os princípios de: adscrição de clientela; territorialização; diagnóstico da situação de saúde da população e planejamento baseado na realidade local (SOUSA; HAMANN, 2009). A Política Nacional de Atenção Básica em 2006, estabeleceu a passagem do Programa para a Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007).

Os países que adotaram a atenção primária como a chave da atenção em saúde perceberam o impacto na melhoria de seus indicadores, maior eficiência no diagnóstico e tratamento, principalmente de doenças crônicas, diminuição significativa de iniquidades, melhorando a satisfação do usuário e otimização de recursos financeiros. Starfield classifica os atributos da APS em essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e

coordenação; e derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Apesar do crescimento e aumento de cobertura, a APS enfrenta grandes desafios para a sua consolidação enquanto organizadora da rede de atenção (MENDES, 2012). Os principais eventos e ações que acompanharam a Atenção Primária no Brasil desde a edição da PNAB em 2006 até 2017 podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1: Principais Eventos e Ações que acompanharam a Atenção Primária de Saúde no Brasil de 2006 a 2017

Ano	Políticas e Ações de Saúde
2006	Política Nacional de Atenção Básica: Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família Política Nacional de Promoção da Saúde Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
2007	Criação do Programa Saúde na Escola (PSE)
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
2009	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família II (PROESF)
2010	Criação das equipes de saúde da família ribeirinhas e custeio de unidades básicas de saúde fluviais
2011	Segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica Criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)
	Criação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde Criação do Programa Melhor em Casa Criação do Programa Academia de Saúde Criação das equipes de Consultório na Rua Criação do Telessaúde Brasil Redes Criação do Brasil Sorridente Indígena
2012	Revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)
2013	Criação do Programa Mais Médicos (PMM)
2014	Substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pelo e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde
2016	Emenda Constitucional nº 95 institui novo Regime Fiscal: supressão de gastos em setores como Saúde e Educação por 20 exercícios vindouros
2017	Terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica: ESF perde a prioridade

2.2 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) promoveu a passagem do PSF para a ESF em 2006, consolidando o PSF, apesar dos embates políticos e ideológicos, com avanços e retrocessos. Organizacionalmente, a ESF estrutura-se em equipe multiprofissional composta por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários podendo ser acrescida de profissionais de saúde bucal. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por uma área adscrita com no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando especificidades (BRASIL, 2012). As atividades da ESF constituem-se em atendimentos médicos, de enfermagem, odontólogos e demais profissionais, quando dotadas de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas clínicas comunitárias e em visitas domiciliares. Desenvolvem atividades na comunidade e na Unidade Básica de Saúde (UBS), campanhas e ações de prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, como vacinação, rastreamentos, monitoramentos, medicalização assistida e controle da polifarmácia entre outras.

A ESF interioriza valores preciosos para a APS refletindo em todas as dimensões da assistência de saúde, como equidade que traz justiça social, acesso que realiza a universalidade, proteção financeira imprescindível para países com baixo financiamento em saúde, eficiência com qualidade dos serviços, impactando favoravelmente na saúde da população. A ESF elevou os níveis de acesso e qualidade atingindo patamares semelhantes aos de países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Ao incorporar práticas de territorialização e adscrição de clientela, aumentando o vínculo do usuário com a Unidade de Saúde e envolvendo a comunidade, apresenta uma superioridade do modelo, mas com fragilidades ainda evidentes, principalmente no tocante à acessibilidade, verificadas em seus problemas estruturais, na organização das equipes, ou nas deficientes redes de serviços (CONILL, 2008).

A ESF apresenta resultados de cobertura e ações diferentes em cada estado brasileiro, estudo entre os residentes do Estado do Paraná mostrou que a expansão da cobertura da ESF foi um importante fator para a diminuição de admissão hospitalar por doença cardiovascular, sensíveis à atenção primária de saúde (LENTSK; MATHIAS, 2015). Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, estudo avaliando a tendência das ICSAP no período de 1998 a 2012, mostrou uma redução significativa nas taxas de hospitalização, de 63,8% em Pelotas, enquanto o estado do Rio Grande do Sul reduziu 43,1%. A consolidação da ESF entre outros fatores foi

importante para o resultado (COSTA; FLOR; CAMPOS *et al.*, 2017). Por outro lado, estudo realizado no município de São Leopoldo no Rio Grande do Sul, período de 2003 a 2012, não verificou diminuição nas taxas de ICSAP, a despeito do aumento de gasto *per capita* e da cobertura da ESF, o que não foi considerado suficiente (MORIMOTO; COSTA, 2017).

Na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, estudo ecológico analisou a tendência temporal de ICSAP no período de 2010 a 2017 mostrando redução na taxa deste indicador por 10.000/hab média anual de redução de 3,6%, correlacionando-se com a expansão da cobertura da APS que obteve média anual de crescimento de 5,7% (SÃO PAULO, 2018). Na Bahia, estudo ecológico temporal, avaliando crianças menores de um ano em 417 municípios, no período de 2000 a 2012, encontrou redução nas taxas de hospitalizações por CSAP em 52,5% com variação de 96,9 a 46 admissões hospitalares evitáveis por 1000 nascidos vivos, confirmando os efeitos positivos da consolidação da ESF (PINTO-JÚNIOR; AQUINO; MEDINA *et al.*, 2018). Estudo realizado em Sergipe no período de 2002 a 2012 sobre internações hospitalares em adolescentes, encontrou 9,3% de ICSAP, mostrou redução no período, de 143,1% de ICSAP e aumento do custo médio das internações(234,7%) (GUIMARÃES; OLIVEIRA; BOHLAND, 2020).

A despeito do crescimento da ESF, o impacto nos indicadores de saúde ainda são incertos. Embora certas categorias apresentem melhora para equidade, um estudo avaliando municípios no Nordeste não encontrou diferenças significativas, especialmente quando comparados indicadores de saúde da criança e cobertura do PSF, onde a determinação social foi preponderante (RONCALLI; LIMA, 2006). No período de 2008 a 2017 Sergipe manteve-se com cobertura acima de 80%, com pouca variação na quantidade de equipes de saúde da família (EqSF) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição de Equipes, população e cobertura de Estratégia Saúde da Família em Sergipe e no Brasil de 2008 a 2017

Ano/dezembro	QT EqSF*	População	Pop COB ESF**	% COB ESF***	% COF ESF BRASIL ****
2008	541	1.939.426	1.641.799	84,65	50,99
2009	557	1.999.374	1.717.567	85,9	51,43
2010	575	2.019.679	1.751.232	86,7	53,01
2011	553	2.068.017	1.753.759	84,8	54,63
2012	554	2.089.783	1.749.672	83,72	55,51
2013	600	2.110.867	1.852.401	87,75	57,45
2014	636	2.195.662	1.941.844	88,44	61,07
2015	638	2.219.574	1.958.168	88,22	62,5
2016	607	2.242.937	1.874.916	83,59	62,62
2017	619	2.265.779	1.903.077	83,99	63,91

Fonte: Elaborado pela autora com dados de e-Gestor AB.

*QTEqSF : quantidade de equipes de saúde da família em Sergipe.

**PopCOBESF: população coberta pela Estratégia de Saúde da Família.

***% COB ESF: porcentagem de cobertura de Estratégia de Saúde da Família em Sergipe.

****% COB ESF Brasil: porcentagem de cobertura de Estratégia de Saúde da Família no Brasil

No Brasil, a ESF ampliou significativamente o acesso a APS, constatado pelo aumento de equipes de Saúde da Família (EqSF), pessoas cadastradas pelas ESF nas UBS e pela expansão da cobertura da ESF nos últimos vinte anos, ainda que insuficiente. Importante ressaltar que a PNAB de 2017 reduziu o protagonismo da ESF, diminuindo as equipes, mitigando a presença do agente comunitário de saúde das equipes, comprometendo a longitudinalidade e a integralidade das ações de saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

2.3 Internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária de Saúde e "ambulatory care sensitive conditions "

Os estudos de Billings, na cidade de Nova York na década de 90, foram pioneiros na introdução do termo *ambulatory care sensitive conditions* (ACSC) como um avaliador do tratamento ambulatorial de certas condições que se atendidas em tempo e com efetividade evitariam as internações hospitalares. No Brasil o indicador recebeu o nome de Internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária de Saúde (ICSAP) para avaliar indiretamente a efetividade da Atenção Primária (ALFRADIQUE; BONOLO; DOURADO *et al.*, 2009; BILLINGS; ZEITEL; LUKOMNIK *et al.*, 1993).

Ao tratar do marco conceitual do indicador, Caminal justifica a força do indicador na ampla variedade de condições de saúde que podem ser tratadas na APS, como problemas que podem ser prevenidos, realizar diagnósticos e tratamentos precocemente de enfermidades agudas e monitorando as doenças crônicas. Observa que em 75 a 85% das pessoas que procuram a APS no decorrer de um ano, somente cerca de 15% necessitam de assistência especializada e somente uma parcela diminuta precisa exclusivamente de especialistas. Verifica o uso inadequado dos serviços de saúde por determinantes relacionados aos usuários, à APS e à Atenção Especializada (AE), cada um com suas especificidades (CAMINAL; CASANOVA, 2003).

Nedel *et al* ao estudarem aspectos conceituais e metodológicos confirmam a potencialidade das taxas de ICSAP para avaliar a efetividade da APS, e ressaltam que a comparabilidade inter-regional não depende da frequência das doenças e sim de suas sensibilidades e especificidades (NEDEL; FACHINI; BASTOS *et al.*, 2011). Estudo recente, em 2018, revelou uma tendência de redução da taxa de hospitalização por ICSAP passando de 120 para 66 internações por 10.000/hab, no Brasil, isto é, 45% de redução de ICSAP em

comparação com 22% para as internações Não-ICSAP no período de 2001 a 2016 (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Estudo que avaliou admissões sensíveis aos cuidados ambulatoriais em países da América Latina e Caribe evidenciou que cerca de 9,6 milhões de internações a cada ano do período de 2001 a 2009 poderiam ter sido evitadas. O mesmo estudo verificou uma taxa média de internações que variou entre 10,8% em Costa Rica a 21,6% na Colômbia (GUANAIS; CÓMEZ-SUARÉZ; PINZÓN, 2012).

O projeto ICSAP-Brasil após longo processo de debate propôs a lista brasileira de Condições Sensíveis à atenção primária que foi criada pela Portaria do Ministério da Saúde, n. 221, de 17 de abril de 2008 (BRASIL, 2008).

Quadro 1: Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária

GRUPO	DIAGNÓSTICO	CID
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 A A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
1	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3
		A16 a A16.2,
		A15.4 a A15.9
		A16.3 a A16.9,
		A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre Reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
1	Ascaridíase	B77

2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda (resfriado comum)	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20,J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquiectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	

9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina <i>pectoris</i>	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69
		G45 a G46
13	Diabetes mellitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1,
		E11.0, E11.1
		E12.0, E12.1;
		E13.0, E13.1;
		E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias,	E10.2 a E10.8
	periféricas, múltiplas, outras e NE)	E11.2 a E11.8;
		E12.2 a E12.8
		E13.2 a E13.8;
		E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9;
		E12.9,
		E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do Trato Urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	

16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo subcutâneo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite auda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28,
		K92.0,K92.1
		K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infeção do Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Portaria SAS/MS n. 221, de 2008.

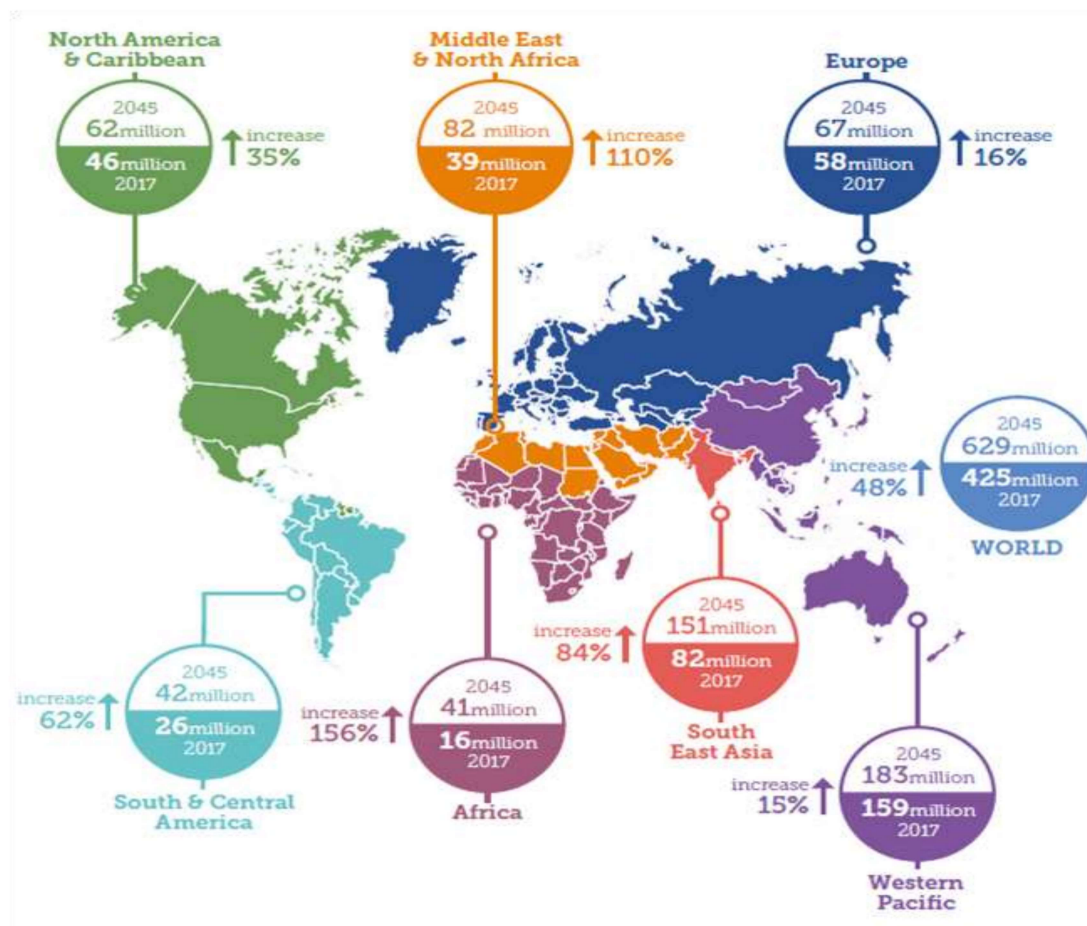
Outros estudos têm confirmado a eficácia do indicador para medir a efetividade da APS, especialmente quando associado à expansão da cobertura da ESF (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; MACINKO; MENDONÇA, 2018). Aspectos políticos, organizacionais e estruturais influenciam fortemente o desempenho da APS. A implantação das redes de atenção ainda é um projeto inacabado e a fragilidade de ações políticas retardam o processo (BOUSQUAT; GIOVANELLA; FAUSTO, 2019)

2.4 Diabetes Mellitus (DM)

A DM é uma doença crônica com períodos de agudização, não transmissível, caracterizada por hiperglicemia persistente. Atualmente existe uma “pandemia” de DM em curso que atinge os países em todos os seus níveis de desenvolvimento. A Federação Internacional de Diabetes (FID) estimou que em 2017, 8,5% (IC 95%: 7,2 a 11,3) da população

entre 20 a 79 anos, correspondendo a 424,9 milhões de pessoas em todo o mundo, viviam com diabetes. Projetando para 2045 a possibilidade de ser superior a 628,6 milhões (IDF, 2019) (Figura 1).

Figura 1: Distribuição dos números de casos de *diabetes mellitus* em 2017 e projeção mundial para 2045



Fonte: Atlas da Federação Internacional de DM- abril de 2018.

A situação alarmante protagonizada pela DM se alastra, e o mundo sofrerá os seus efeitos, com mais intensidade nos países de baixa renda e baixa escolaridade. O continente africano que sofreu com a desnutrição e onde menos se apresentava obesidade e DM, é onde se espera o maior incremento apostando-se no seu desenvolvimento e urbanização, associado à adoção do estilo de vida ocidental. “Onde chegou o modo de vida ocidental, com má alimentação e sedentarismo, chegou a obesidade e a DM, como ocorreu no continente asiático” (ZIMMET, 2017). A “pandemia” não cresce uniformemente, atinge mais acentuadamente os países de baixa renda e em desenvolvimento (GBD, 2016; SBD, 2019). No Brasil a prevalência é alta, sendo o quarto no mundo em número de casos, 14,3 milhões com projeção para 2040 atingir 23,3 milhões (IDF 2019; SBD 2019) (Tabela 3).

Tabela 3: Relação dos cinco países com maior número de pessoas diabéticas (milhões) entre 20 e 79 anos e estimativas para 2045

Posição	País	2017	IC95%	Posição	País	2045	IC95%
1	China	114,4	104,1 - 146,3	1	China	134,3	103,4 - 165,2
2	Índia	72,7	55,5 - 90,2	2	Índia	119,8	86,3 - 149,7
3	EUA*	30,2	28,8 - 31,8	3	EUA*	35,6	33,9 - 37,9
4	Brasil	12,5	11,4 - 13,5	4	México	31,8	11,0 - 22,6
5	México	12	6,0 - 14,3	5	Brasil	20,3	18,6 - 22,1

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020.

EUA*: Estados Unidos da América

O Brasil além de apresentar alta prevalência de diabetes mellitus tem dificuldade no diagnóstico precoce e tratamento regular (Tabela 4).

Tabela 4: Números da Diabetes no Brasil em 2019

Adultos com DM (20-79anos) por milhões	16.708.80
Prevalência comparativa de DM ajustada por idade (20 -79 anos) %	10,4
Gasto por pessoa com DM (20-79 anos) em dólares	3.116,70
Mortes relacionadas com a DM (20-79 anos)	113.196
Proporção de pessoas sem diagnóstico de DM (20-79 anos) em %	46,7
Um de cada X adultos (20-79 anos) tem DM	8

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020.

Em 2008 o Estudo de Carga Global de Doença, que estimou os Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade (AVAI/*DALY*) a DM representou 5% da carga de doença no Brasil. O Nordeste é a segunda região com maior taxa de carga global da doença (9,64 AVAI/1000 hab) e isso devido principalmente ao componente da mortalidade, sendo a região com maior taxa de Anos de Vida Perdidos por mortalidade (5,93 AVP/1000 hab) uma das regiões de maior carga de DM (COSTA; FLOR; CAMPOS *et al*, 2017). Em relação à mortalidade a DM foi responsável por 5% das mortes no Brasil em 2016 (VIGITEL, 2019). Apresenta várias classificações dependendo da etiologia e clínica, diabetes Tipo I, quando as células pancreáticas não produzem insulina, diabetes tipo II quando a produção é insuficiente ou seu aproveitamento não atende a demanda metabólica por aumento de resistência periférica à insulina. Diabetes gestacional, de aparecimento na gravidez, mas que persiste com risco aumentado de desenvolver o diabetes fora deste período. O diabetes de aparecimento em jovens, predominantemente abaixo de 55 anos, devido a uma alteração imunológica, *Maturity Onset Diabetes of the Young* (MODY). Mais recentemente fatores intra-uterinos e epigenéticos estão sendo associados ao desenvolvimento do *diabetes mellitus* na fase adulta

(ZIMET; MAGLIANO; HEERMAN *et al.*, 2014). As etiologias ainda podem ser combinadas em um mesmo indivíduo.

A Atenção Primária de Saúde desenvolvendo a prevenção primária: identificando riscos, a prevenção secundária: monitorando e tratando os diabéticos, a prevenção terciária: tratando as complicações, é o lugar ideal de educação permanente, de acolhimento, diagnóstico precoce e tratamento para diminuir internações hospitalares que podem ser evitadas ou postergadas devido a descompensações da DM ou suas complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Descrever o comportamento das ICSAP no Estado de Sergipe, no período de 2008 a 2017, e aspectos do uso de serviços por pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto por CSAP selecionadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a série histórica das ICSAP no Estado de Sergipe no período de 2008 a 2017.
- Descrever a distribuição por grupo de causa das ICSAP no Estado de Sergipe, no período de 2008 a 2017.
- Descrever a série histórica das internações por *diabetes mellitus* em Sergipe no período de 2008 a 2017.
- Descrever características dos usuários e aspectos do uso da APS prévios à internação no Hospital Universitário de Lagarto por CSAP selecionadas.

4 ESTUDO 1 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SERGIPE: UM ESTUDO ECOLÓGICO

RESUMO

Introdução: Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) constituem um indicador de efetividade nesse nível de atenção do sistema de saúde. As causas da baixa efetividade da atenção primária são múltiplas e complexas. **Objetivo:** Analisar a tendência das ICSAP em Sergipe, no período de 2008 a 2017. **Método:** Estudo ecológico, de tendência temporal. Os dados foram extraídos das Autorizações de Internação Hospitalar do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Foram utilizados três modelos explicativos: um usando as taxas padronizadas por método indireto, outro dividindo em períodos e os analisando como variável categórica e outro por regressão binomial negativa. A leitura de dados, classificação de ICSAP, análises e gráficos foram realizados pelo programa estatístico R. **Resultados:** Ocorreram 608.083 internações não-obstétricas e 125.497 ICSAP (20,6%), com taxa global de 5,6 internações por mil habitantes (5,7 no sexo masculino e 5,8 no feminino). A tendência descreveu uma curva em U, decrescente no período de 2008 a 2011, pouca oscilação de 2011 a 2014, ascendente de 2014 a 2017. A taxa foi consideravelmente maior nos homens a partir dos 70 anos de idade. Em todo o período as causas mais frequentes foram: gastroenterites e complicações (15,6%), infecção do rim e trato urinário (9,4%), asma (9,2%), insuficiência cardíaca (8,8%), cerebrovasculares (8,1%) e *diabetes mellitus* (7,2%), pneumonia bacteriana (6,7%), hipertensão arterial sistêmica (5,4%), infecção da pele e do tecido subcutâneo (5,2%) e angina (3,8%). **Conclusão:** A melhora que vinha se observando na efetividade da atenção primária é descontinuada e as internações voltam a se elevar, chegando ao fim do período com valores próximos ao do início. Entre as pessoas com mais de 70 anos, demonstrou que pode ocorrer diminuição da internação desta faixa.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Indicadores de Saúde, Políticas de Saúde, Estudo ecológico.

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS) tem-se estabelecido como o local prioritário de primeiro atendimento dos serviços de saúde, trabalha com uma equipe multiprofissional generalista para oferecer atendimento integral e longitudinal a todos os cidadãos de um território definido, por meio de ações individuais e comunitárias. É orientada por princípios de vínculo e corresponsabilidade entre profissionais e usuários, a equipe de saúde e a comunidade, e deve ser resoluta para a grande maioria dos problemas de saúde e coordenadora do cuidado nas diferentes instâncias do cuidado em saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA; BUSS *et al.*, 2019). A Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 2006 pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2007) vinha estruturando a APS no Brasil, até ter sua hegemonia diminuída na última revisão da PNAB em 2017 (BRASIL, 2017). A crise econômica brasileira a partir de 2013 repercutiu na piora de indicadores sociais, como o

Produto Interno Bruto (PIB) e indicadores de saúde como redução da cobertura vacinal pela metade, o aumento da mortalidade neonatal e infantil a partir de 2016 e a mortalidade materna em 2018 (CASTRO; MASSUDA; ALMEIDA *et al.*, 2019). Medidas de austeridade fiscais em épocas de crises são adotadas tanto no Brasil como na Europa com repercussões proporcionais à capacidade de enfrentamento de cada país, os de piores renda e desenvolvimento são atingidos com mais intensidade (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014).

Em todo o mundo mais estudos tem sido realizados na busca de otimização dos recursos financeiros, neste contexto, o indicador ICSAP, tem se mostrado adequado para avaliar indiretamente a efetividade deste nível de atenção. A lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) criada por Portaria do Ministério da Saúde do Brasil em 2008, expressa condições que podem evitar internações hospitalares pelo atendimento na APS. Realmente necessitam de internações de acordo com o marco conceitual presente no Projeto ICSAP-BRASIL que construiu a lista brasileira de CSAP (ALFRADIQUE; BONOLO; DOURADO *et al.*, 2009). O indicador ICSAP no Brasil tem sido amplamente utilizado, e estudos mostraram que o aumento da cobertura da ESF associou-se a melhora do indicador (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014).

O objetivo desta pesquisa foi descrever a série temporal de taxa de ICSAP em Sergipe de 2008 a 2017. A pesquisa justifica-se pela necessidade do estudo do comportamento do indicador em Sergipe.

2 CASUÍSTICA E MÉTODOS

2.1 Desenho do estudo

Realizou-se um estudo ecológico de tendência temporal, das taxas de internações hospitalares por Internações Sensíveis à Atenção Primária, no período de 2008 a 2017, no Estado de Sergipe.

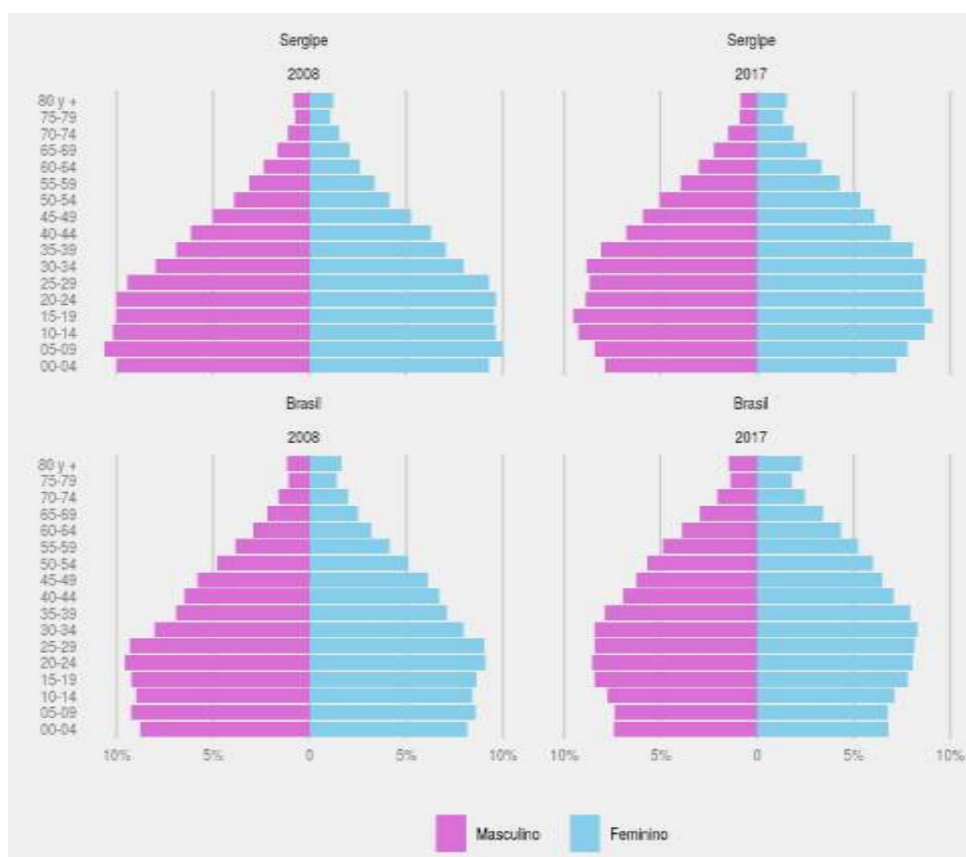
2.2 Área do estudo

O Estado de Sergipe é o menor entre os 27 estados do Brasil em extensão territorial, com 21.926.908 Km², faz parte do semiárido brasileiro que apresenta entre outras características o percentual diário de déficit hídrico igual ou superior a 60%. Limita-se ao sul e a oeste com a Bahia, ao norte com Alagoas e a leste com o Oceano Atlântico (APÊNDICE C). O Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,665 em 2010. Segundo o IBGE a população de Sergipe, nos seus 75 municípios, no censo de 2010 contava com 2.068.017 habitantes, dos quais 51,4% eram mulheres e 73,5% viviam em área urbana. A esperança de

vida ao nascer variou, de 2010 a 2017, de 66,9 a 75,2 anos para os homens e de 68,7 a 77,2 anos para as mulheres. O índice de envelhecimento para ambos os sexos variou de 22,3 % em 2010 para 30,5% em 2017 (IBGE, 2010). Todas as sete regiões de saúde do estado têm um Hospital Regional de Saúde. A atenção primária em Sergipe constitui-se de 173 Unidades Básicas de Saúde distribuídas por todo o estado (BRASIL, 2019).

Ao se observar a estrutura demográfica de Sergipe e Brasil nos anos inicial e final do estudo, verifica-se que Sergipe iniciou sua transição demográfica para o envelhecimento, embora a um ritmo mais lento que o Brasil (Figura 1).

Figura 1: Pirâmide populacional, Sergipe e Brasil, 2008 e 2017.



Fonte: Dados do IBGE.

2.3 Coleta dos dados

Foram coletados dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e dos “arquivos reduzidos” da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de onde foram extraídas informações de diagnóstico principal da internação, sexo, idade e município de residência do paciente. Os “arquivos da AIH” são disponibilizados em arquivos separados por estado e mês de faturamento da internação (chamado “mês de competência”), é o mesmo mês de internação, na maioria dos casos. Foram pesquisados os arquivos até junho de 2018 e selecionados apenas os casos cuja internação ocorreu no período de 01/01/2008 a 31/12/2017 de cidadãos residentes em Sergipe. Finalmente, foram excluídas as internações para realização de procedimentos obstétricos para tratar de condições não mórbidas, como partos e abortamentos. As internações de longo prazo (mais de trinta dias) também foram contadas como uma única internação. As internações foram classificadas em CSAP segundo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária de Saúde, composta por um amplo leque de 19 grupos de causas.

Para os dados populacionais foi analisada uma planilha em formato .xlsx resultante da tabulação das estimativas populacionais de 2000 a 2030 para os Estados no TABNET, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>.

2.4 Análise dos dados

A mudança da estrutura demográfica ao longo do período exige a padronização por sexo e faixa etária para a adequada comparação. Foram calculadas as taxas brutas de ICSAP por ano, em seguida padronizadas por sexo e faixa etária pelo método indireto (cálculo, da Razão de Hospitalização Padronizada – RHP), tomando o ano de 2014 como referência, por ser o de menor taxa bruta. Assim, todas as RHP apresentadas significam o quanto a taxa naquele ano foi maior que em 2014, ajustada por sexo e idade -- restando 1 ao valor apresentado e multiplicando por 100, tem-se o valor em proporção, i.e., uma RHP = 1,241 significa uma taxa de ICSAP 24,1% maior que a observada em 2014, a menor taxa do período.

Conforme Medronho, Bloch, Luiz *et al.* (2009, p.186):

Razões de Incidências ou de Mortalidades Padronizadas (standardized incidence ratio – SIR e standardized mortality ratio- SMR) são calculadas quando se deseja comparar o excesso de casos ou mortes entre pessoas com diferentes padrões de exposição e, portanto podem ser interpretadas como medidas de associação.

A tendência das taxas padronizadas no período foi analisada por regressão linear (mínimos quadrados - *ordinary least squares*). Dada a distribuição observada, foram testados dois modelos explicativos da distribuição da RHP em função do tempo: um considerando o ano mais um termo quadrático do ano ($RHP = \text{intercepto} + \text{ano} + \text{ano}^2$) e outro dividindo o período em três (descenso: 2008-2010, estabilidade: 2011-2014 e ascenso: 2015-2017), analisado como variável categórica. Foi ainda realizada uma regressão binomial negativa (uma vez que a grande sobredispersão observada contra-indica o uso de regressão de Poisson) para estimar a variação anual das taxas ajustadas por sexo e faixa etária, ao longo da década e nos três períodos definidos. Os resíduos tiveram distribuição aproximadamente normal, de forma que os modelos foram considerados adequados. A captura dos dados na internet, a leitura dos arquivos, classificação das internações, análise e apresentação gráfica foram realizadas no programa estatístico R. Para a captura e leitura de dados foi usado o pacote *microdatasus* (SALDANHA; BASTOS; BARCELLOS, 2019) e a classificação foi feita pelo pacote *csapAIH* (NEDEL, 2019). Os arquivos comprimidos (formato .dbc do DATASUS) são lidos pelo pacote *read.dbc* (PETRUZALEK; READ, 2016).

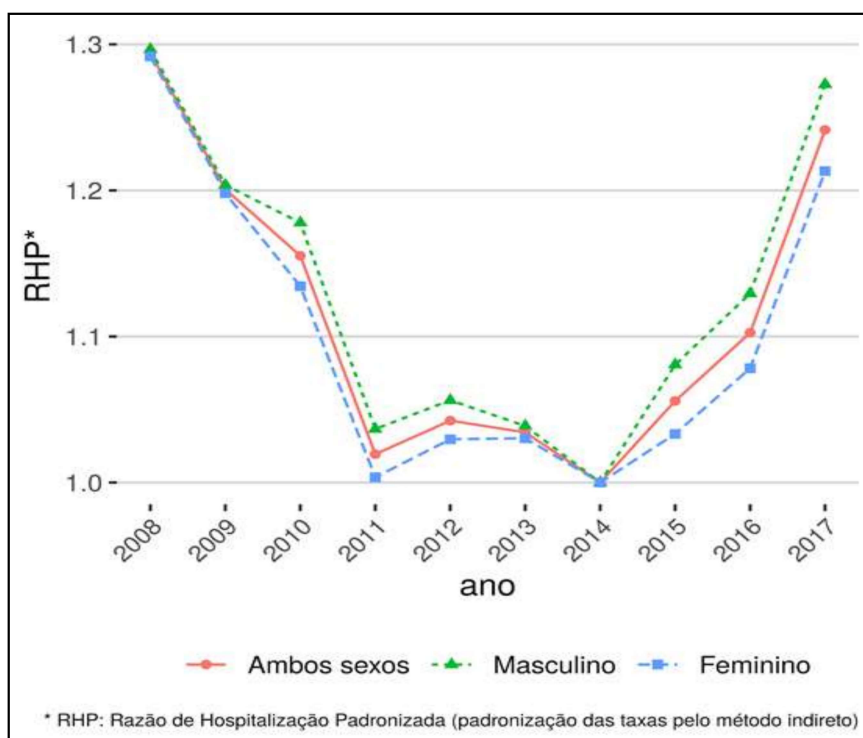
2.5 Aspectos éticos

Este estudo segue as recomendações éticas do Conselho Nacional de Saúde constantes na Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe e aprovada sob parecer nº 2.232.566 e CAAE: 69111717.5.0000.5546, em 22 de agosto de 2017.

3 RESULTADOS

No período de dez anos ocorreram 608.083 internações, excetuando-se as obstétricas. Somaram-se no período 125.497 casos de ICSAP (20,6%), representando uma taxa global de 5,7 ICSAP por mil habitantes. A distribuição das taxas mostra uma curva em U, caindo até 2011, estacionando com alguma oscilação até 2014, quando atinge a menor taxa e então sobe consistentemente até o final do período de estudo, com uma taxa padronizada em 2017 apenas 4% menor que em 2008. O modelo com o ano + ano² como preditores explicou 92% da variabilidade observada nas taxas padronizadas (R^2 ajustado = 0,917; $p < 0,001$), descendendo no princípio e aumentando no final, com alta significância estatística em ambos termos de análise ($p < 0,001$). O modelo com o ano em três categorias (2008-2010, 2011-2014, 2015-2017) explicou 60% da variabilidade das taxas padronizadas ($R = 0,6867$; $p = 0,02$), com o período central significativamente diferente do período inicial ($p = 0,006$), mas sem diferença estatística com o período final ($p = 0,16$), mostrando a melhora das taxas no início do período e posterior piora, voltando a igualar-se à situação inicial. (Figura 2).

Figura 2: Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária segundo a Razão de Hospitalização Padronizada, por ano e sexo em Sergipe, 2008-2017



A modelagem por regressão binomial negativa mostra resultados semelhantes: houve uma redução nas ICSAP de 1,5% ao ano, em média nos anos de estudo, mas com um comportamento diferente ao longo da década. De 2008 a 2010 as ICSAP reduziram em 7,5% ao ano, estabilizaram-se de 2011 a 2014 e aumentaram em 7,8% ao ano entre 2015 e 2017 (Tabela 1).

Tabela 1: Variação proporcional (%) anual da taxa de ICSAP por período de estudo. Sergipe, 2008-2017.

Período	Variação anual (%)		
	pontual	IC95	p
2008-2017	-1,5	-2,2 : -0,7	< 0,001
2008-2010	-7,5	-10,8 : -4,1	< 0,001
2011-2014	-1,9	-4,9 : 1,1	0,211
2015-2017	7,8	3,0 : 12,9	0,001

Modelagem por regressão binomial negativa

A taxa bruta de ICSAP no período foi de 5,68 casos por mil habitantes no sexo masculino e 5,83 no feminino, embora a taxa padronizada por faixa etária seja discretamente maior nos homens. No período, 20,6% das internações foram por CSAP, variando entre 18,8% em 2011 e 24,1% em 2017. A proporção de internações é semelhante entre os sexos: no sexo masculino, 20% das internações foram por CSAP, o sexo feminino foi responsável por 51% de todas as internações, com 21% destas sendo por CSAP. As mulheres apresentaram idades de 0 a 109, anos, média de 40,4 (desvio-padrão = 30,0) e mediana de 42 anos. Os homens apresentaram idades de 0 a 117 anos, com média de 39,4 (desvio-padrão = 30,8) e mediana de 44 anos. Pouco menos de um quarto (23%) das internações por ICSAP são de menores de cinco anos de idade e 15% de crianças com até dois anos de idade. A mediana de idade foi de 42 anos e o percentil 75 foi de 67 anos de idade. A partir dos 70 anos de idade a taxa é consideravelmente maior nos homens (Figura 3). A Tabela 2 mostra a evolução das taxas padronizadas, comparando-as entre os sexos.

Figura 3: Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por faixa etária e sexo em Sergipe 2008-2017

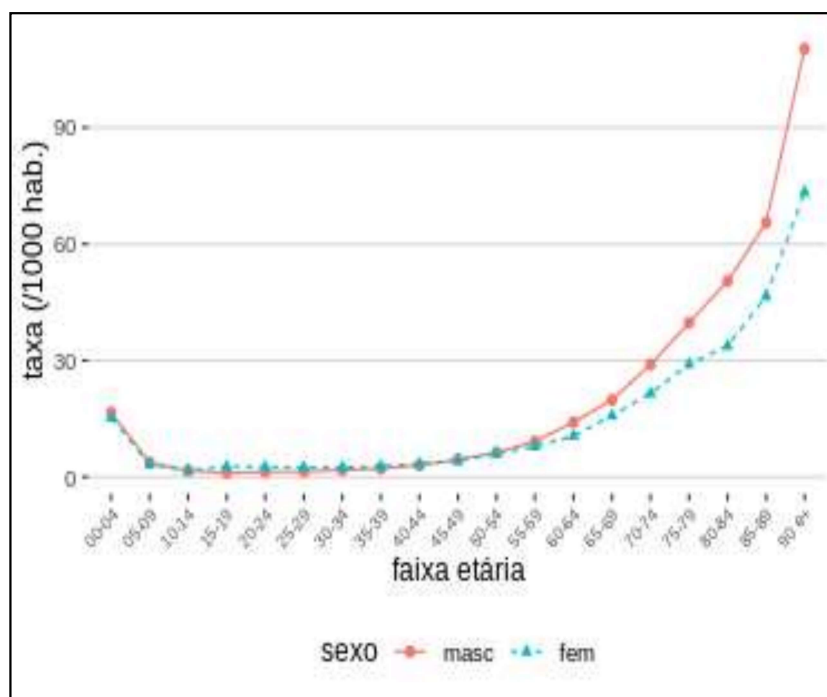


Tabela 2: Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no SUS: taxa bruta e Razão de Hospitalização Padronizada, por ano e sexo. Sergipe, 2008 a 2017

Ano	Sexo					
	Masculino		Feminino		Ambos sexos	
	Taxa	rhp*	Taxa	rhp*	taxa	rhp**
2008	6,49	1,297	6,79	1,292	6,64	1,294
2009	6,01	1,204	6,29	1,198	6,15	1,201
2010	5,88	1,178	5,95	1,134	5,92	1,155
2011	5,17	1,037	5,27	1,004	5,22	1,019
2012	5,28	1,056	5,42	1,03	5,35	1,042
2013	5,2	1,039	5,44	1,03	5,32	1,034
2014	5,03	1	5,3	1	5,17	1
2015	5,47	1,081	5,51	1,033	5,49	1,056
2016	5,75	1,129	5,78	1,078	5,77	1,103
2017	6,54	1,273	6,56	1,213	6,55	1,241

* Padronizada por faixa etária

** Padronizada por sexo e faixa etária

A distribuição de taxas de ICSAP por faixa etária e sexo ao longo do período pode ser visualizada nos Apêndices A e B. A distribuição das ICSAP em relação a idade em 2008, 2014 e 2017, seguiu praticamente o mesmo padrão, com predomínio das internações entre 0 e 10 anos e entre 60 e 80 anos. A distribuição proporcional dos dez grupos de causas de ICSAP mais frequentes são apresentadas na Figura 4.

Figura 4: Distribuição proporcional dos dez grupos de causas mais frequentes de Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária (%) em Sergipe de 2008 a 2017

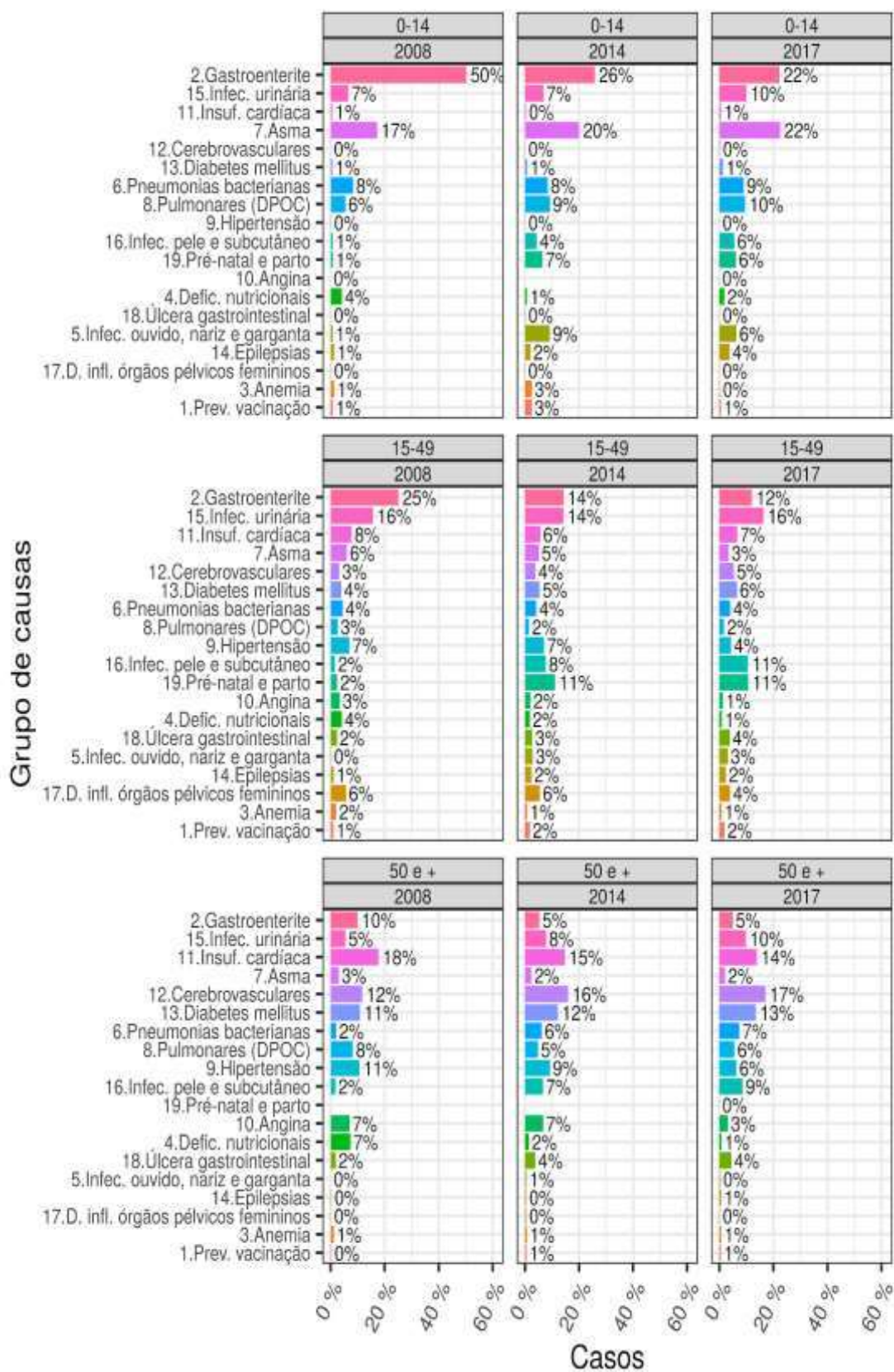


Na faixa etária de 0 a 14 anos, as causas mais frequentes foram: gastroenterites e complicações, asma e pneumonias bacterianas. A taxa de internação por gastroenterite reduziu acentuadamente de 2008 a 2014, desacelerando no período, de 50,0% em 2008 para 25,9% em 2014 e 22,2% em 2017). A asma foi a segunda causa, e aumentou de 17,2% em 2008, para 20,0% em 2014 e 22,5% em 2017. As pneumonias bacterianas foram a terceira causa mais frequente, com pouca variação temporal (8,4% em 2008, 9% em 2014 e 9% em 2017).

Na faixa etária de 15 a 49 anos as causas de internações mais frequentes foram: gastroenterites, a infecção do rim e do trato urinário e as infecções de pele e do tecido subcutâneo. As gastroenterites também seguiram uma tendência decrescente (25% em 2008, 14% em 2014 e 11% em 2017). A infecção urinária foi a segunda causa mais frequente em 2008 e 2014 e a primeira em 2017, neste grupo de idade (15,7% em 2008; 14,2% em 2014 e 16,4% em 2017). Nesta faixa etária chama a atenção a infecção de pele e tecido subcutâneo que ascende de 1,6% em 2008, para 7,8% em 2014 e 10,6% em 2017.

Na faixa etária de 50 e + as internações hospitalares mais frequentes foram por insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares e *diabetes mellitus*. A insuficiência cardíaca é a causa mais frequente, mas reduzindo de 17,8% em 2008, para 14,8% em 2014 e 13,9% em 2017. Por outro lado, as doenças cerebrovasculares aumentaram de 11,7% em 2008, para 16,0% em 2014 e 17,1% em 2017, e foi a causa mais frequente. A *diabetes mellitus* é a terceira causa mais frequente nesta faixa etária e também aumentou no período, variando de 10,9% em 2008 a 12,1% em 2014 e 13,4% em 2017 (Figura 5).

Figura 5: Distribuição de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária por grupo de causas e faixas etárias, respectivamente em 2008, 2014 e 2017, em Sergipe



A taxa bruta de ICSAP dos grupos de causas por 1000 hab variou ao longo do período (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das taxas de ICSAP por grupo de causas em Sergipe de 2008 a 2017

Grupo de Causas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1.Prev vacina	0,05	0,04	0,05	0,04	0,03	0,05	0,07	0,05	0,06	0,05
2.Gastrenterite	1,77	1,31	1,1	0,72	0,84	0,77	0,72	0,52	0,54	0,78
3.Anemia	0,1	0,07	0,05	0,05	0,03	0,03	0,06	0,07	0,06	0,04
4.Def.Nutricionais	0,37	0,18	0,13	0,06	0,07	0,09	0,07	0,07	0,07	0,07
5.Inf.Ouvido Nariz e Garganta	0,02	0,03	0,03	0,09	0,12	0,17	0,2	0,19	0,14	0,18
6.Pn bacterianas	0,31	0,26	0,36	0,48	0,5	0,45	0,33	0,32	0,35	0,47
7.Asma	0,55	0,59	0,61	0,43	0,58	0,59	0,44	0,46	0,5	0,58
8.Pulm (DPOC)	0,4	0,39	0,37	0,34	0,35	0,33	0,28	0,31	0,36	0,39
9.Hipertensão	0,42	0,35	0,3	0,33	0,26	0,31	0,3	0,33	0,24	0,25
10.Angina	0,26	0,28	0,3	0,3	0,26	0,21	0,18	0,15	0,16	0,11
11.Insuf.Cardíaca	0,65	0,65	0,54	0,45	0,4	0,44	0,41	0,49	0,53	0,53
12.Cerebrovasc.	0,39	0,5	0,52	0,41	0,37	0,36	0,41	0,52	0,58	0,6
13.Diabetes M	0,39	0,42	0,46	0,39	0,34	0,32	0,36	0,46	0,45	0,53
14.Epilepsias	0,06	0,09	0,1	0,09	0,09	0,08	0,07	0,1	0,11	0,13
15.Inf rim e TU	0,55	0,59	0,5	0,48	0,48	0,46	0,47	0,53	0,62	0,74
16.Inf.pele e sub.	0,09	0,14	0,18	0,25	0,24	0,29	0,32	0,39	0,48	0,53
17.DIP	0,09	0,08	0,09	0,08	0,07	0,07	0,08	0,07	0,08	0,06
18.úlceras GI	0,09	0,11	0,09	0,09	0,11	0,1	0,12	0,18	0,19	0,19
19.Pré Natal e parto	0,06	0,09	0,11	0,13	0,18	0,2	0,24	0,27	0,24	0,28
Total taxa ICSAP	6,64	6,15	5,92	5,22	5,35	5,32	5,17	5,49	5,77	6,55

4 DISCUSSÃO

A ESF tem sido proposta como modelo prioritário para organizar a APS com reflexos expressivos na melhora da acessibilidade e diminuição de iniquidades em grupos menos empoderados da população (MACINKO; FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; PINTO-JUNIOR; AQUINO; MEDINA *et al.*, 2018; STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005). Vários estudos encontraram associação inversa entre as ICSAP e a cobertura da ESF (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; PINTO; GIOVANELLA, 2018; PREVIATO; NOGUEIRA; ACORSI *et al.*, 2017). No entanto, no período estudado, a cobertura da ESF em Sergipe manteve-se acima de 80%, com pouca variação, sugerindo que nesse período a efetividade da

APS pode ser melhor avaliada por outros aspectos e não pela cobertura da ESF. A pesquisa abordou somente pacientes do SUS. Importante ressaltar que em 2011 o total de internações hospitalares no Brasil pelo SUS foi de 87,9%, enquanto as internações não SUS foi de 12,1% (MOREIRA; DUTILHNOVAES, 2011).

A pesquisa mostrou uma curva em U ao longo da década iniciando em 2008 com uma diminuição continuada da taxa de ICSAP até 2011, seguida por estabilização até 2014, ano em que atingiu valor mais baixo. A partir de então observa-se a piora do indicador, com aumento acentuado das taxas, que, ao final do período são semelhantes ao início. A piora acontece em todas as faixas etárias, particularmente entre as crianças que têm as taxas de ICSAP em 2017 mais altas que em 2008. A análise estatística mostrou que os valores encontrados ao final do período são significativamente diferentes do início, indicando que o comportamento observado não é resultante de variação aleatória. A diminuição das taxas de ICSAP observada na fase inicial do estudo concorda com estudos de períodos próximos em outros estados brasileiros, como Goiás (região Centro-Oeste) de 2005 a 2015, Pernambuco (região Nordeste) no período de 2008 a 2012 e no Espírito Santo (região Sudeste) de 2000 a 2014 (MAIA; GUIMARÃES; PELLAZA, 2019; MENDONÇA; ALBUQUERQUE, 2014; PAZÓ; FRAUCHES; MOLINA *et al.*, 2017)

O estudo ecológico mostra-se potente para avaliar programas, processos sociais ou intervenções populacionais (ROTHMAN; GREENLAND; LASCH, 2011). As causas que determinam as internações hospitalares são complexas. Na Alemanha um estudo com médicos da APS atribuiu as causas de admissão hospitalar a vários fatores relacionados ao sistema: como indisponibilidade de serviços ambulatoriais, relacionados aos médicos; como monitoramento subótimos, relacionados aos medicamentos; como efeitos adversos, relacionados aos pacientes; como demora para buscar ajuda e sociais: como ausência de suporte social (FREUND, 2013). Nesta pesquisa observamos que o indicador acompanha a trajetória de políticas de saúde, o que é coerente com o arcabouço conceitual metodológico que o apresenta como um indicador do primeiro nível do sistema de saúde em toda sua abrangência e não apenas da atenção ofertada pela equipe de saúde (ANSARI, 2007; NEDEL; FACCHINI; BASTOS *et al.*, 2011)

Desde 2006, ano de publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é posta em prática uma série de políticas e ações de fortalecimento da APS: em 2006 marca a passagem do PSF ao *status* de ESF e sua definição como modelo preferencial de organização da Atenção Básica. Práticas integrativas e Complementares em Saúde e Política Nacional de Promoção da Saúde. Em o Programa Saúde na Escola, em 2008 os Núcleos de

Apoio à Saúde da Família (NASF), absorvendo nas equipes vários profissionais como Fisioterapeutas, Psicólogos, Nutricionistas, entre outros. Em 2011 ocorreu a segunda edição da PNAB e houve a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), e criação dos Programas: Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; Melhor em Casa; Academia de Saúde; das equipes de Consultório na Rua; Telessaúde Brasil Redes e a revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Em 2012 houve a criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e em 2013 o Programa Mais Médico para o Brasil (PMM) e a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pelo e-SUS Atenção Básica. O PROVAB investiu na formação de jovens egressos dos cursos de Medicina oferecendo trabalho supervisionado nas Unidades Básicas de Saúde, aliado a um curso de especialização em Medicina de Família e Comunidade e facilitação para ingresso posterior em Residência Médica, foi avaliada como um importante passo para complementar a formação de médicos recém-formados e contribuiu para o passo seguinte o PMM (CORTEZ; GUERRA; SILVEIRA *et al.*, 2019). Este, tratou de ampliar a provisão de médicos para áreas distantes e enfrentar a forte desigualdade de oferta de médicos, especialmente na região Nordeste. Estudos relataram melhora da acessibilidade da APS, diminuição de iniquidades regionais, e uma pioneira experiência entre educação e formação médica, e integração com os serviços de saúde de atenção primária decorrentes desta iniciativa (OLIVEIRA; CRUZ; KANSO *et al.*, 2015; OLIVEIRA; PINTO; FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Todo este conjunto de políticas do governo federal investiu na ampliação da acessibilidade e efetividade da APS. No entanto a partir de 2013 a crise econômica brasileira repercutiu na taxa de desocupação e aumento da desigualdade social, cortes financeiros e instabilidade social (SOUZA; MEDEIROS, 2017; VIEIRA; SANTOS; OCKÉ-REIS *et al.*, 2018), paralelamente o indicador assumiu a inclinação ascendente da curva. Neste contexto é criada a Lei 12.994 de junho de 2014, que passa para os municípios a responsabilidade de contratação dos agentes comunitários de saúde(ACS) e dos agentes de endemias(AGE) (BRASIL, 2014). A aprovação da Emenda Constitucional 95/2016 que estabelece teto de gastos nos 20 exercícios consecutivos, congelando investimento inclusive para a saúde e a educação, ao lado de políticas ambientais, irá comprometer a sustentabilidade do SUS e seu preceito constitucional de cobertura universal e demais atributos da APS (CASTRO; MASSUDA; ALMEIDA *et al.*, 2019; PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018). Em 2017 houve a terceira edição da PNAB (BRASIL, 2017) que enfraqueceu a ESF priorizando a Atenção Básica tradicional. Estabeleceu mudanças significativas no quantitativo e atribuições no papel do ACS, renomeou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF) para

Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) com alterações na sua estrutura organizacional. Não privilegiou o controle social e apoiou gestores formais. Muitas instituições envolvidas emitiram parecer contrário à sua publicação questionando a sua legitimidade como: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e o Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde (CONASS) (MELO; MEDONÇA; OLIVEIRA *et al.*, 2018). O período do estudo contempla mudanças importantes no cenário brasileiro, passando pela crise político-institucional que se instalou no Brasil a partir de 2013. A desigualdade social amplia-se a partir de 2014, observada pelo índice de Gini que marcava 0,5636 em 2014 e passa a 0,5915 em 2018. Programas de proteção social são submetidos a cortes de recursos. O Programa Bolsa Família teve exclusão de mais de 1 milhão de famílias (PAES-SOUSA; RASELLA; CAREPA-SOUSA, 2018). O desemprego e o aprofundamento da crise social associa-se à piores resultados dos indicadores de saúde.

O investimento precário em APS reflete em provisão insuficiente de vacinas, medicamentos, de quantidade e qualidade de pessoal, de estrutura, comprometendo amiúde a atenção à saúde com consequentes aumentos de internações evitáveis (SALDIVA; VERAS, 2018). Países que têm sistemas de saúde universais como o Brasil, apresentam gastos com saúde em torno de 8% do PIB. O Brasil em 2014 gastou com o SUS 3,9% do PIB (MARQUES; PIOLA; OCKÉ-REIS, 2016). Apesar do Brasil ser classificado como um país de renda média-alta, ele investe bem menos do que os demais países desta faixa. Se observarmos os percentuais que países de baixa renda destinam à saúde, 42%, os de renda média 52%, os de renda média alta 54% e os de renda alta 62%, o Brasil investe 46% ou seja muito próximo aos de baixa renda (PIMENTEL; BARBOSA; MACHADO *et al.*, 2017).

As políticas sociais que tratam de mitigar a desigualdade social, como enfrentamento da fome, do analfabetismo, do desemprego e empregos precários, podem ter mais resultados a curto e longo prazo no desempenho da APS, evitando internações e otimizando gastos públicos no setor. Estudo recente de simulação e prognóstico mostrou que a desaceleração de investimento em programas de transferência de renda como Bolsa Família e de atenção como a ESF implicará em aumento da morbimortalidade infantil, comprometendo gravemente a política de sustentabilidade desta faixa etária (RASELLA; BASU; HONE *et al.*, 2018).

O estudo mostrou aumento de internações entre os extremos de idade, sendo que os mais jovens foram mais acometidos por doenças alérgicas e infecciosas e os mais idosos com doenças crônicas não transmissíveis, o que está de acordo com estudo realizado em Portugal

(SARMENTO; ALVES; OLIVEIRA *et al.*, 2015), embora Portugal interne pessoas mais idosas quando comparado ao Brasil (ROCHA; SARMENTO; MOITA *et al.*, 2020). As causas predominantes encontradas nesta pesquisa: gastroenterites infecciosas e complicações, infecção do rim e trato urinário, insuficiência cardíaca, pneumonia bacteriana, doenças cerebrovasculares e *diabetes mellitus*, são concordantes com muitos trabalhos brasileiros, com exceção da região Sul, de clima frio, onde predominam as doenças respiratórias (COSTA; TEIXEIRA; MORAES *et al.*, 2017). O achado de grupo de causas mais frequentes em crianças até 14 anos foram as mesmas encontradas em Minas Gerais e Santa Catarina para crianças e adolescentes (MARIANO; NEDEL, 2018; SANTOS; OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016). As causas de internações hospitalares na faixa de 50 e + anos foram concordantes com estudo realizado no Paraná, na faixa de 60 -74 anos (PREVIATO; NOGUEIRA; ACORSI *et al.*, 2017). A melhora observada no indicador antes das mudanças políticas mais acentuadas a partir de 2014, foi sobretudo na população maior de 50 anos. É notável que mesmo entre os muito idosos as taxas melhoraram bastante, e depois pioraram. Tais resultados demonstram que a exclusão de idosos em estudos que abordam as ICSAP pode ser um equívoco.

No Brasil estudos sobre as tendências de ICSAP mostram variações entre as taxas, evidenciando a grande diversidade da atenção e efetividade da APS nas cinco regiões (PEREIRA; SILVA; LIMA NETO, 2014). Internacionalmente, o uso do indicador como avaliador da efetividade e eficiência da APS tem sido discutido, apresentando variações dependentes do sistema de saúde, tipo de investigação e métodos de análises empregados, embora a maioria dos pesquisadores concorde que há uma associação inversa entre acessibilidade e risco de ICSAP (ROSANO; ABO LOHA; FALVO *et al.*, 2012; SILVA; POWELL-JACKSON, 2017; WEEKS; VENTELOU; PARAPONARIS, 2016). Muita cautela deve ser empregada para não incorrer em interpretações falaciosas uma vez que múltiplos fatores podem estar associados aos resultados o que busca métodos criteriosos de investigação e análises (BOTELHO; PORTELA, 2017).

O estudo apresenta limitações, inerentes a coleta de dados de estudo secundário, uma vez que o diagnóstico principal depende de interpretação do observador. Avalia o período de dez anos e não permite extrapolações para outros períodos. Avalia somente internações do serviço público. Sugere outras pesquisas que explorem as causas determinantes para o delineamento da curva no período.

5 CONCLUSÃO

O Estado de Sergipe no período de 2008 a 2017 apresentou uma curva de tendência de Internações hospitalares sensíveis à atenção primária em formato de U, com diminuição das taxas de internação de 2008 a 2011, estabilizando de 2011 a 2014 e ascendendo de 2014 a 2017, em paralelo à introdução, estabilização e retirada de políticas públicas relacionadas à APS. Não houve predominância de sexo, embora a partir dos 70 anos as taxas de ICSAP foi predominante nos homens. As causas infecciosas e alérgicas predominaram entre os jovens e as doenças crônicas não transmissíveis entre os mais idosos. É plausível concluir que ações e políticas que fortalecem a APS contribuem para a diminuição do indicador. As mudanças na condução política do país a partir de 2014 foram acompanhadas pela piora da efetividade da APS no estado de SE, em ambos os sexos e em todas as faixas etárias. Novas pesquisas devem ser realizadas para aprofundar os determinantes causais.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p.1337-1349, jun. 2009.
- ANSARI, Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. **Aust J Prim Heal**, v. 13, n. 3, p. 91-110, dec. 2007.
- BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. 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**, v. 3, n. 33, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde. v.4.
- BRASIL. **Casa Civil**. Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério do Planejamento. **PAC**. UBS-Unidade Básica de Saúde- Sergipe. 2019. Disponível em: <http://pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude/se> Acesso em: 29 out. 2019.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, July 2019.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 17, n. 4, p. 968-977, out./dez. 2014.

CORTEZ, L. R.; GUERRA, E. C.; SILVEIRA, N. J. D. *et al.* The retention of physicians to primary health care in Brazil: motivation and limitations from a qualitative perspective. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 57, 2019.

COSTA, J. S. D.; TEIXEIRA, A. M. F. B.; MORAES, M. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 20, n. 2, p. 345-354, abr./jun. 2017.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, v. 42, n. especial, p. 208-223, set. 2018.

FREUND, T. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Ann Fam Med**, v. 11, n. 4, p. 363-370, jul./ago. 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. A. M.; BUSS, P. M. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 1-6, 2019.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 1-19, nov. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária de Saúde que traz resultados. **Rev. Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, set. 2018.

MAIA, L. G.; DA SILVA, L. A.; GUIMARÃES, R. A. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: um estudo ecológico. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, n. 2, p. 1-11, 2019.

MARIANO, T. S. O.; NEDEL, F. B. Hospitalização por Condições Sensíveis à Atenção Primária e menores de cinco anos de idade em Santa Catarina 2012: estudo descritivo. **Epidemiol Serv. Saúde**, v. 27, n. 3, 2018.

MARQUES, A. P.; MONTILLA, D. E. R.; ALMEIDA, W. S. *et al.* Internação de Idosos por condições sensíveis a atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 817-826, 2014.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; OCKÉ-REIS C. O. O financiamento do SUS numa perspectiva futura. In: MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C. (org.). **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. Ministério da Saúde. Departamento de Economia da Saúde. Investimento e Desenvolvimento: OPAS/OMS. 2016. p. 247-259.

MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. 127p.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, v. 42, spe1, p. 38-51, set. 2018.

MENDONÇA, S. S.; ALBUQUERQUE, E. C. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Pernambuco, 2008 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23 n. 3, jul./set. 2014.

MOREIRA, M. L.; DUTILHNOVAES, H. M. Internações no Sistema de Serviços Hospitalares, SUS e não SUS: Brasil, 2006. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 14, n. 3, p. 411-422, 2011.

NEDEL, F. B. csapAIH Package: The Brazilian List of Ambulatory Care Sensitive Conidtions in R. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 28, n. 2, 2019.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS, J. L. *et al.* Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, Supl. 1, p. 1145-1154, 2011.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M.; KANSO, S. *et al.* Avaliabilidade do Programa de Valorização do trabalho: desafios para gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.10, p. 2999-3010, 2015.

OLIVEIRA, F. P.; PINTO, H. A.; FIGUEIREDO, A. M. *et al.* Programa Más Médicos: evaluación de la implantación del Eje Formación de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, supl. 1, 2019.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde Debate**, v. 42, n. 3, p. 172-182, nov. 2018.

PAZÓ, R. G.; FRAUCHES, D. O.; MOLINA, M. C. B. *et al.* Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-12, jan./dez. 2017.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Rev. Saúde e Debate**, v. 38, n. especial, out. 2014.

PETRUZALEK, D.; READ, D. B. C. um pacote para importação de dados do datasus na linguagem R. **J Heal Inf.**, v. 8, n. 1, p. 601–605, 2016.

PIMENTEL, V.; BARBOSA, L.; MACHADO, L. *et al.* Sistema de Saúde Brasileiro: Gestão, Institucionalidade e Financiamento. **Saúde- BNDES Setorial**, v. 46, p. 7-77, set. 2017.

PINTO-JÚNIOR, E. P.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. *et al.* 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**, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PREVIATO, G. F.; NOGUEIRA, I. S.; ACORSI, C. R. L. *et al.* Diminuição de Internações por Condições sensíveis à Atenção Primária. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 18, n. 2, p. 15-24, dez. 2017.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T. *et al.* Morbidade e mortalidade infantil associadas a respostas políticas alternativas à crise econômica no Brasil: um estudo de micro-simulação em âmbito nacional. **Medicina PLoS**, v. 15, n. 5, maio 2018.

ROCHA, J. V. M.; SARMENTO, J.; MOITA, B.; MARQUES, A. P.; SANTANA, R. Comparative research aspects on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. The case of Brazil and Portugal. **Cienc e Saude Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1375-1388, 2020.

ROSANO, A.; ABO LOHA, C.; FALVO, R. *et al.* The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. **European Journal of Public Health**, v. 23, n. 3, p. 356–360, May. 2012.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASCH, T. L. **Epidemiologia Moderna**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 887p.

SALDANHA, F. S.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Questões Metodológicas - *Microdatasus*: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9, 2019.

SALDIVA, P. H. N.; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudo Avançados**, v. 32, n. 92, p. 47-61, 2018.

SANTOS, L. A.; OLIVEIRA, V. B.; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras Saúde Matern Infant**, v.1, n. 2, p. 169-178, 2016.

SARMENTO, J.; ALVES, C.; OLIVEIRA, P.; SEBASTIÃO, R.; SANTANA, R. Caracterização e Evolução dos Internamentos Evitáveis em Portugal: Impacto de Duas Abordagens Metodológicas. Characterization and Evolution of Avoidable Admissions in Portugal: The Impact of Two Methodologic Approaches. **Acta Med Port.**, v. 5, p. 590–601, 2015.

SILVA, E. N.; POWELL-JACKSON, T. Does expanding primary helthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analyses of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000-2014. **BMJ Glob Health**, v. 2, n. 2, 2017.

SOUZA, P. H. G. F.; MEDEIROS, M. A. **concentração de renda no topo do Brasil, 2006-2014**. Centro Internacional de Políticas para o Crescimento Inclusivo, 2017. p.370.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **Milbank**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005

VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; OCKÉ-REIS, C. O. *et al.* Políticas sociais e austeridade fiscal. **CEBES**, p. 64, 2018.

WEEKS, W. B.; VENTELOU, B.; PARAPONARIS, A. Rates of admission for Ambulatory Care Sensitive Conditions in France in 2009-2010: trends, geographic variation , cost , and an international comparison. **Eur J Health Econ**, v. 17, p. 453-470, 2016.

5 ESTUDO 2 - INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR *DIABETES MELLITUS* EM SERGIPE: UM ESTUDO ECOLÓGICO

RESUMO

O *diabetes mellitus* é condição sensível aos cuidados primários de saúde, caracterizada por níveis glicêmicos persistentemente elevados. A prevalência mundial é de 8,8% e no Brasil, de 7,6%. **Objetivo:** Descrever a evolução das taxas de internação e proporções de *diabetes mellitus*, no Estado de Sergipe - Brasil, no período de 2008 a 2017. **Método:** Estudo descritivo de série temporal, os dados foram obtidos das Autorizações de Internação Hospitalares registradas no Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Foram calculadas as proporções e taxas de DM por ano, padronizadas por sexo e faixa etária pelo método indireto (cálculo da Razão de Hospitalização Padronizada). A tendência das taxas padronizadas no período foi analisada por regressão linear simples. Os dados foram lidos e analisados pelo programa estatístico R. **Resultados:** Sergipe registrou 608.083 internações pelo Sistema Único de Saúde neste período, destas, 125.497 foram Internações por condições sensíveis à Atenção Primária (20,6%). O *diabetes mellitus* foi responsável por 7,2% dessas internações, sendo a sexta causa mais frequente (a terceira entre indivíduos com mais de 50 anos). A taxa global no período foi de 4,1/10.000 hab (3,8 em homens e 4,4 em mulheres). A variação foi irregular, com resultante aumento da taxa de internação. **Conclusão:** A pesquisa mostrou um comportamento irregular na curva de internações no período, que suscitam novas pesquisas para determinantes causais. O risco de internação foi maior no sexo feminino, mas nos últimos anos de vida foi maior nos homens. A Atenção Primária tem um papel preponderante na prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da *diabetes mellitus* para evitar internações hospitalares prematuras.

Palavras chaves: *Diabetes Mellitus*, Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Estudo ecológico, Política de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada por níveis glicêmicos altos e persistentes. Nos últimos 20 anos sua incidência e prevalência vêm aumentando progressivamente. Estimativa da Federação Internacional de Diabetes (IDF) em 2015 revelou que havia 415 milhões de pessoas com DM no mundo, correspondendo a uma prevalência de 8,8% (IDF, 2019). No Brasil, em 2017 registraram-se 12,5 milhões de pessoas com DM entre 20 e 79 anos, com estimativa de atingir 31,8 milhões em 2045 se a tendência permanecer (SBD, 2019). Em Aracaju, capital do estado de Sergipe (SE), estudo por inquérito telefônico encontrou uma prevalência de 6,8% (VIGITEL, 2019).

Os países da América Latina apresentam prevalência variada de DM, como Jamaica 13,4%, México 8,6%, Brasil 7,6%, Colômbia 7,3%, Bolívia 7,2%, Uruguai 7%, Paraguai 6,2%, Argentina 5%, Cuba 4,5%, Venezuela 4,4% e Chile 3,9% (LÓPEZ-JARAMILLO; SÁNCHEZ; DIAZ *et al.*, 2014).

No estudo de Carga Global de Doença, que estimou os Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (AVAI/*DALY*) a DM representou 5% da carga de doença no Brasil. O Nordeste é a segunda região com maior taxa de carga global da doença (9,6 AVAI/1000 hab) e isso devido principalmente ao componente da mortalidade, sendo a região com maior taxa de Anos de Vida Perdidos por mortalidade (5,9 AVP/1000 hab)(COSTA; FLOR; CAMPOS *et al.*, 2017). Sobre a mortalidade, considerando todas as idades, a taxa de mortalidade por complicações agudas do DM no período de 2006 a 2010 foi de 2,4/100 mil hab no Brasil, 3,4/100mil hab no Nordeste e 3,4/100mil em Sergipe (KLAFKE; DUNCAN; ROSA *et al.*, 2014).

A DM é um problema de saúde pública, uma CSAP, que deve ter diagnóstico precoce, tratamento e monitoramento na APS. O seu manejo adequado deve reduzir internações hospitalares por descompensação diabética e suas complicações. A DM é uma das linhas de cuidado prioritária na APS, engloba ações educativas, diagnóstico precoce, fortalecimento de vínculos para aumentar a adesão ao tratamento, distribuição de medicamentos e materiais para garantia do tratamento e monitoramento, além do apoio psicossocial. O programa HIPERDIA na APS, organiza a vigilância e a atenção da hipertensão e DM. Constitui-se de um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos que coleta dados clínicos, fatores de risco, doenças concomitantes, complicações e tratamento. A APS organiza este programa e desenvolve consultas médicas e de enfermagem. No Brasil a tendência das internações hospitalares por DM tem sido crescente e quando estratificada por sexo observa-se uma tendência crescente no sexo masculino apesar de maior frequência de internações por esta causa no sexo feminino (GONZAGA; BORGES; FERREIRA, 2017; SANTOS; LIMA; SANTOS *et al.*, 2014). O sedentarismo e alimentação inadequada, aliados à transição demográfica, são os responsáveis imediatos do aumento de casos de DM tipo II (TUOMI; SANTORO; CAPRIO *et al.*, 2014). Por estas características, o local adequado de atenção às pessoas com DM é a Atenção Primária de Saúde (APS), com encaminhamentos eventuais ou periódicos à atenção especializada.

O objetivo deste estudo é descrever o comportamento das taxas de internações por DM, o tempo de permanência hospitalar e gasto respectivo, no estado de Sergipe, no período de 2008 a 2017. A pesquisa justifica-se pela crescente incidência de diagnósticos de DM, seus custos elevados, e complicações que elevam o tempo de internação hospitalar, e o desgaste físico e emocional dos portadores e familiares.

2 CASUÍSTICA E MÉTODO

2.1 Desenho do Estudo

Realizou-se um estudo ecológico de tendência temporal, descritivo, com dados do SIH/SUS. Foram utilizados os “arquivos reduzidos” da AIH, de onde foram obtidos os dados das pessoas internadas por DM, no período de 2008 a 2017.

2.2 Área do Estudo

O Estado de Sergipe é o menor entre os 27 estados do Brasil situa-se no Nordeste Brasileiro, limita-se ao sul e a oeste com a Bahia, ao norte com Alagoas e a leste com o Oceano Atlântico. De acordo com o censo de 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população de Sergipe, contava com 2.068.017 hab (IBGE, 2010). As pirâmides populacionais de Sergipe e do Brasil guardam semelhanças embora Sergipe tenha um ritmo de envelhecimento mais lento que o Brasil.

2.3 Coleta dos Dados

Foram selecionadas as internações com diagnóstico principal de DM (código da CID-10 entre E10 e E14, registrado no campo DIAGPRINC do arquivo da AIH).

2.4 Análise dos Dados

Foram calculadas as proporções e taxas de DM por ano, em seguida padronizadas por sexo e faixa etária pelo método indireto (cálculo da Razão de Hospitalização Padronizada). A tendência das taxas padronizadas no período foi analisada por regressão linear simples. Captura dos dados na internet, leitura dos arquivos, classificação das internações, análise e apresentação gráfica foram realizadas no programa estatístico R. Para a captura e leitura de dados foi usado o pacote *microdatasus* (SALDANHA; BASTOS; BARCELLOS, 2019). Os arquivos comprimidos (formato .dbc do DATASUS) são lidos pelo pacote *read.dbc* (PETRUZALEK; READ, 2016). Uma análise bivariada foi utilizada para estudar o tempo de permanência hospitalar. O custo total da internação foi expresso em Reais e Dólares norte-americanos, respectivamente VAL_TOT e US_TOT.

3 RESULTADOS

Houve no período de 2008 a 2017, 9.003 internações por *diabetes mellitus*, representando 1,5% das internações hospitalares em Sergipe e 7,2% das ICSAP (sexta causa entre elas), com uma taxa global de 4,1 casos por dez mil habitantes. A curva apresentou

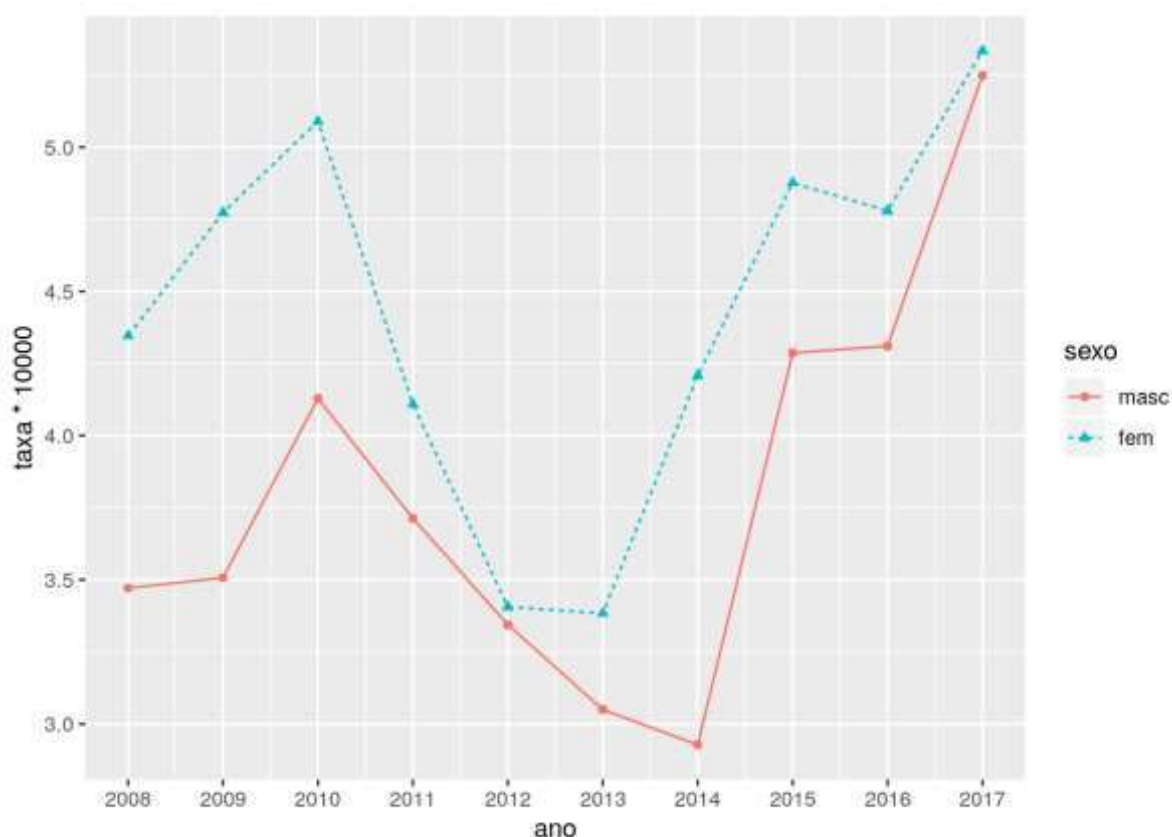
comportamento irregular, com aumento das taxas de internação no início do período, de 2008 a 2010, diminuição entre 2010 e 2013 e novo aumento a partir de 2014. A taxa bruta observada em 2017 é 36% maior que a observada em 2008, enquanto na taxa padronizada essa diferença é de 14% (Tabela 1) (Figura 1).

Tabela 1: Distribuição de casos e casos esperados, taxas de internação por *diabetes mellitus*, e razão de hospitalização padronizada, por sexo em Sergipe de 2008 a 2017.

Ano	Sexo	Casos	casos esperados	População	taxa	RHP
2008	masc	353	283.3	1016887	3.47	1.25
2008	fem	456	325.1	1049471	4.34	1.4
2009	masc	361	291.1	1029314	3.51	1.24
2009	fem	508	335.0	1064193	4.77	1.52
2010	masc	430	299.4	1041377	4.13	1.44
2010	fem	549	345.4	1078675	5.09	1.59
2011	masc	391	308.3	1053080	3.71	1.27
2011	fem	449	356.2	1092865	4.11	1.26
2012	masc	356	317.9	1064423	3.34	1.12
2012	fem	377	367.4	1106714	3.41	1.03
2013	masc	328	328.0	1075419	3.05	1.00
2013	fem	379	379.0	1120243	3.38	1.00
2014	masc	318	338.5	1086100	2.93	0.94
2014	fem	477	391.1	1133474	4.21	1.22
2015	masc	470	349.4	1096501	4.29	1.34
2015	fem	559	403.6	1146436	4.88	1.38
2016	masc	477	360.6	1106632	4.31	1.32
2016	fem	554	416.6	1159147	4.78	1.33
2017	masc	586	372.3	1116504	5.25	1.57
2017	fem	625	430.2	1171612	5.33	1.45

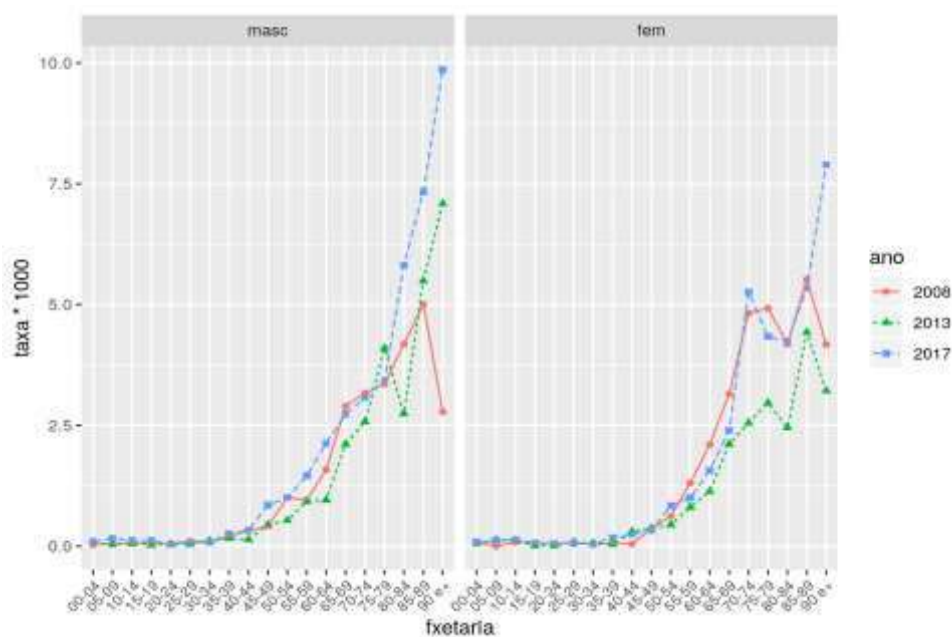
Legenda: masc (masculino); fem (feminino)

Figura 1: Evolução das taxas de internações por *diabetes mellitus* por sexo, em Sergipe de 2008 a 2017.



A proporção do diagnóstico de DM também aumentou no período, em 2008, de 1,3% entre as internações e 5,9% entre as ICSAP, em 2017, de 2,0% das internações e 8,1% das ICSAP. A média de idade de internação foi de 59,8 anos e permaneceu estável em todo o período. Observou-se aumento da frequência de internação por DM com o aumento da idade, sendo a terceira causa mais frequente nos indivíduos acima de 50 anos. O risco de internação foi maior no sexo feminino (4,4/10 mil habitantes) em relação ao masculino (3,8/10 mil habitantes). Nos últimos anos de vida o risco de internação por DM nos homens foi maior (Figura 2).

Figura 2: Distribuição de taxa de internações por *diabetes mellitus* por 1000 hab segundo faixa etária e sexo em Sergipe nos anos 2008, 2013 e 2017



4 DISCUSSÃO

Durante o período estudado as taxas de internação por DM cresceram no Estado de Sergipe, com taxa padronizada chegando a 14% maior que em 2008. Predominou o sexo feminino, mas nos últimos anos de vida o risco de os homens internarem foi maior. A predominância do sexo feminino foi concordante com estudo realizado em Sergipe em farmácias com pessoas diabéticas (GOIS; LIMA; SANTOS *et al.*, 2017). A pesquisa mostrou que o avanço da idade aumenta as internações sendo a terceira causa mais frequente na população acima de 50 anos. Estes achados são coincidentes com Pesquisa Nacional de Saúde de prevalência de DM através de exame laboratorial (hemoglobina glicada) e a referência de uso de medicamentos (MALTA; BERNAL; LIMA *et al.*, 2017). Um estudo mostrou o aumento da prevalência mundial de 1980 a 2014 de 4,3% para 9,0% nos homens e de 5,0% para 7,9% nas mulheres, e o Brasil ocupando a quarta posição entre os países mais prevalentes em 2014 (NCD-RISC, 2016). A análise das taxas de internações por DM ocorridas neste período e a transição demográfica que ocorreu em Sergipe, torna adequada a análise por razão de hospitalização padronizada.

O envelhecimento populacional é uma característica do mundo moderno. Os 27 países da comunidade europeia têm previsão de aumento da proporção da população maior de 65 anos de idade, de 26% em 2010 para 50% em 2050. O avanço da idade é o fator que mais se associa às doenças crônicas não transmissíveis e requer abordagem interdisciplinar. O Brasil

também vive sua transição demográfica e a mudança na estrutura da pirâmide etária é uma das principais alterações dos últimos anos. A proporção de idosos subiu de 9,1% para 11,3% de 1999 a 2009, atingindo a marca de mais de 22 milhões de pessoas. O que tem alarmado os pesquisadores é o aumento dos idosos acima de 80 anos e aos de até mais de 100 anos. As estimativas apontam que a proporção continuará crescendo até 2050, e isso implica em planejamento em saúde (MINAYO, 2012). Um estudo mostrou que a DM se associa à obesidade, ao sedentarismo, à hipertensão arterial sistêmica, ao hipercolesterolemia, ao envelhecimento e que a baixa escolaridade apresentou prevalência duas vezes maior do que aqueles com mais de oito anos de estudo (FLOR; CAMPOS, 2017).

Todas as formas de prevenção desenvolvidas nas APS, como ações educativas de nutrição, atividade física e o estímulo ao autocuidado são fundamentais para impacto no desfecho nocivo da DM. No entanto não há evidência científica clara de qual seja o tipo específico de dieta associada a redução de riscos cardiovasculares (CLAR; KHUHAIRY; KELLY *et al.*, 2017). Por outro lado, uma revisão mostrou que quanto mais intensivos os programas combinados de orientação de dieta e atividade física menos internações por complicações de DM (BALK; EARLEY; RAMAN *et al.*, 2015). Dificuldades em conseguir atendimento ou demora excessiva na marcação de novas consultas na APS têm sido relatadas por pacientes diabéticos e apontadas como motivos para baixa adesão ao tratamento, principalmente por idosos que mais amiúde são portadores de doenças crônicas não transmissíveis (ARTILHEIRO; FRANCO; SCHULZ *et al.*, 2014; PEDRAZA; NOBRE; ALBUQUERQUE *et al.*, 2018). A disponibilidade de medicamentos tem sido considerada um ponto fundamental para a continuidade e adesão ao tratamento de pessoas portadoras de DM. No Brasil a disponibilidade de medicamentos para tratamento desta condição é baixa, estudo nacional verificou que 59,8% da população entrevistada recebeu totalmente os medicamentos do SUS e 41,8% informaram ter gasto próprio com medicamentos (ÁLVARES; GUERRA JÚNIOR; ARAÚJO *et al.*, 2017), ressaltando que a OMS sugere que a disponibilidade de tecnologia básica e medicamentos essenciais devem ser maiores ou igual a 80%, este é um fator que compromete a efetividade da APS (OMS, 2015). O SUS disponibiliza Insulina NPH de ação intermediária (protamina neutra Hagedorn), regular, de ação rápida, hipoglicemiantes orais (cloridrato de metformina, glibenclamida e glicazida) mas não com a regularidade necessária. Estudo que avaliou dados do segundo ciclo do PMAQ mostrou que a disponibilidade de insulina NPH e insulina Regular foi, respectivamente de 55,5% (IC95% 47,3- 63,4) e 50,6% (IC95% 42,4-58,8) na região Nordeste, em 2015 (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Na seara de discussão de soluções para aumentar a dispensação

de medicamentos insere-se a renovação de receitas médicas. Estudos têm apontado que a renovação de receita médica pode melhorar a adesão, garantir a continuidade do tratamento, além de possibilitar estudos de efeitos adversos e interações medicamentosas (REIS; ALVES; CUNHA *et al.*, 2018). A garantia de dispensação de medicamentos em todo o horário de funcionamento da UBS, faz parte do acolhimento necessário para melhorar a efetividade do serviço e a satisfação do usuário (PROTASIO; GOMES; MACHADO *et al.*, 2017). Importante ressaltar que o acesso a medicamentos se inclui no direito à saúde, garantido pelos Direitos Humanos.

A pesquisa apresenta limitações inerentes ao estudo ecológico, o entendimento de diagnóstico principal ou secundário de DM depende de quem preenche a AIH e isso pode variar de acordo com o observador. Não permite extrapolações para outros períodos. O estudo ecológico tem limitações quanto às inferências causais.

5 CONCLUSÃO

As complicações nocivas da DM com comprometimento das possibilidades do viver de seus portadores e com grande repercussão nos aspectos econômicos e previdenciários do país suscitam políticas públicas que visem a prevenção e controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce e tratamento efetivo. A população idosa apresenta maior número de internações, mormente entre os homens.

REFERÊNCIAS

- ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; ARAÚJO, V. E. *et al.* Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 2, p. 20s, 2017.
- ARTILHEIRO, M. M. V. S. A.; FRANCO, S. C.; SCHULZ, V. C. *et al.* Quem são e como são tratados os pacientes que internam por diabetes mellitus no SUS? **Saude Debate**, v. 38, n. 101, p. 210-214, 2014.
- BALK, E. M.; EARLEY, A.; RAMAN, G. *et al.* Combined Diet and Physical Activity Promotion Programs to prevent Type 2 Diabetes among people at increased risk: A Systematic Review for the Community Preventive Services Task Force. **Ann Intern Med**, v. 163, n. 6, p. 437-451, 2015.
- CLAR, C.; KHUDAIRY, L. A. E.; KELLY, S. A. *et al.* Low glycaemic index diets for the prevention of cardiovascular disease. **Cochrane Database Syst Rev**, n. 7, CD 004467, 2017.
- COSTA, A. F.; FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2017.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol**, v. 20, n. 1, p. 16-29, 2017.

GOIS, C. O.; LIMA, S. V. M. A.; SANTOS, A. C. F. S. *et al.* Perfil dos portadores de diabetes mellitus atendidos em farmácias particulares de Sergipe, Brasil. **Scientia Plena**, v. 13, n. 11, 2017.

GONZAGA, L. M. O.; BORGES, M. A. R.; FERREIRA, V. M. Tendências das internações hospitalares por Diabetes Mellitus sensíveis à atenção primária. **Rev. Unimontes Cien**, v. 19, n. 2, 2017.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. **Atlas de la Diabetes de la FID**. 9. ed. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KLAFKE, A.; DUNCAN, B. B.; ROSA, R. S. *et al.* Mortalidade por complicações agudas do diabetes mellitus no Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 3, p. 456-562, 2014.

LÓPEZ-JARAMILLO, P.; SÁNCHEZ, R.A.; DIAZ, M. *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 58, n. 3, p. 205-225, 2014.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; LIMA, M. G. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. 1, p. 10s, 2017.

MINAYO, M. C. S. O envelhecimento da população brasileira e os desafios para o setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 208-209, 2012.

NASCIMENTO, R. C. R. M. *et al.* Disponibilidade de Medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n.13, 2017.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION(NCD-RISC). Worldwide trends in diabetes since 1980: A pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. **Lancet**, v. 387, p. 1513-1530. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medicamentos essenciais e tecnologias básicas de saúde para doenças não transmissíveis**: para um conjunto de acções destinadas a melhorar o acesso equitativo nos Estados-Membros. Genebra, 2015.

PEDRAZA, D. F.; NOBRE, A.M.D.; ALBUQUERQUE, E.F.J.B. *et al.* Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciência & saúde coletiva**, v.23, n.3, p. 923-933, 2018.

PETRUZALEK, D.; READ, D. B. C. Um pacote para importação de dados do datasus na linguagem R. **J Heal Inf.**, v. 8, n.1, p. 601–605, 2016.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º Ciclo de Avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017.

REIS, I. L. F.; ALVES, L. F. C.; CUNHA, L. D. R. *et al.* Renovação de Prescrição Médica na Atenção Primária :uma análise crítica. **Rev. Med. Minas Gerais**, v. 20, e-1936, 2018.

SALDANHA, F. S.; BASTOS, R. R.; BARCELLOS, C. Questões Metodológicas - *Microdatasus*: pacote para download e pré-processamento de microdados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 9, 2019.

SANTOS, F. A. L.; LIMA, W. P.; SANTOS A. L. *et al.* Hospitalizações por diabetes em adultos e idosos no Ceará, 2001-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 23, n. 4, p. 655-663, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Diretrizes da sociedade brasileira de DM 2019-2020**. Organização Adriana Costa e Forti Antonio Carlos Pires Bianca de Almeida Pittito. São Paulo: Ed. Científica Clannad, 2019.

TUOMI, T.; SANTORO, N.; CAPRIO, S. *et al.* The many faces of diabetes: a disease with increasing heterogeneity. **The Lancet**, v. 383, n. 9922, p.1084–1094, 2014.

VIGITEL. **Brasil 2019**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.

6 ESTUDO 3 - ATENÇÃO PRIMÁRIA: PERCEPÇÃO DE INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO- SERGIPE

RESUMO

O vínculo que os usuários estabelecem com a Atenção Primária em Saúde (APS) associa-se à capacidade de acolhimento desta. O desempenho da APS em relação aos seus atributos tem sido estudado para avaliar a satisfação do usuário. **Objetivo:** Esta pesquisa tem como objetivo conhecer aspectos da relação dos indivíduos hospitalizados no Hospital Universitário de Lagarto com a Unidade Básica de Saúde (UBS) de sua área adscrita. **Metodologia:** Estudo transversal, descritivo, quantitativo. Utilizou questionário criado especificamente para esta pesquisa, que abordou aspectos sociodemográficos, clínicos e de satisfação com a UBS. Foram entrevistados os internados ou seu representante legal, no período de 15 de fevereiro a 31 de outubro de 2018, portadoras de certas condições sensíveis à atenção primária, selecionadas por conveniência, com no mínimo 6 meses de residência na cidade de Lagarto. As análises foram realizadas através do pacote estatístico R. **Resultados:** Foram analisados 309 questionários. Os homens foram 54%, maioria de baixa escolaridade. Média de idade 54 anos. Realizam algum tipo de tratamento na UBS 52,4% especialmente para hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e puericultura. A maioria se diz satisfeita com a UBS (81,6%). Devido a queixa desta internação, 71,2%, procurou o hospital como primeira alternativa. A certeza da consulta embora enfrentando longa espera é fator importante para a procura hospitalar em primeiro plano. **Conclusão:** A baixa acessibilidade da atenção primária a saúde foi determinante para a busca de assistência hospitalar a despeito do vínculo que cria e satisfação do usuário. A pesquisa não esgota o tema, sugere outros estudos que abordem a experiência do usuário ao acessar a APS e a participação dos demais atributos da APS.

Descritores: Atenção Primária em Saúde, Acessibilidade, Internação hospitalar, Satisfação do usuário.

1 INTRODUÇÃO

Condições sensíveis à atenção primária (CSAP) refere-se a uma lista de grupo de causas de doenças que podem ter a hospitalização evitada se forem abordadas em tempo pela Atenção Primária em Saúde (APS). A capacidade desta em prevenir e tratar as doenças de maneira a evitar as hospitalizações resulta na sua efetividade. Ocorre que esta capacidade depende de múltiplos fatores: de políticas públicas, de mobilização social, da acessibilidade e acesso aos serviços de saúde, da continuidade da atenção na APS, da organização de processo de trabalho na APS do setor hospitalar, da rede de atenção, do usuário e fatores socioculturais, entre outros (FREUND, 2013; TAMMES; PURDZ; SALISBURY *et al.*, 2016). O vínculo que os usuários estabelecem com a APS associa-se a capacidade da unidade responder às suas demandas o que tem paralelo com a APS no desempenho de seus atributos essenciais e derivados, como proposto por Starfield: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). A atenção ao primeiro contato refere-se à procura do indivíduo ao primeiro nível de atenção e relaciona-se com o acesso e a acessibilidade, em

outras palavras, não somente a questão geográfica, mas também as organizacionais. A falha na oferta, devido a ausência de profissionais, ou alta rotatividade, atrasos em marcações de consultas, a ausência de garantia que a sua demanda será atendida em tempo, não efetivam estes atributos. Aspectos econômicos e socioculturais dos usuários interferem neste atributo retardando a procura do atendimento por ausência no reconhecimento da gravidade, baixa escolaridade, disponibilidade de transporte, prioridade das atividades laborais, entre outros (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). O atendimento aos atributos da APS, que irão acolher e satisfazer as necessidades dos usuários determinarão o seu vínculo longitudinal e isto contempla aspectos objetivos e subjetivos (SANTOS; ROMANO; ENGSTROM, 2018). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem se revelado como maior propulsora de longitudinalidade, compreendido como o vínculo que garante o retorno sucessivo e estreitamento nas relações profissionais mantidos por reciprocidade e confiança (KESSLER; LIMA; WIELLER *et al.*, 2018; TAMMES; PURDZ; SALISBURY *et al.*, 2016). A integralidade propõe uma abordagem humanizada e holística do indivíduo, superando as ações fragmentadas e ofertando na medida da necessidade individual e coletiva ações preventivas, curativas de recuperação, ou atos de solidariedade em dinâmica interdisciplinar (CARNUT, 2017). A Coordenação do cuidado é um atributo que pode aprimorar o vínculo do usuário com a UBS, melhorando a qualidade do atendimento na medida que orienta os caminhos pelos quais ele percorre informando os achados clínicos das interconsultas, exames que realiza, organizando a assistência e o cuidado. A referência e contra referência escrita, falada ou digital é o seu principal instrumento para o compartilhamento de informações, um dos principais nós críticos da APS (RIBEIRO; CAVALCANTI, 2020). Os profissionais da APS tem de ter conhecimento da orientação familiar, ou seja, informações que podem ser extraídas da família de sua carga genética, de seus costumes, o quanto contribuem enquanto núcleo para o desfecho que procura atenção. A orientação comunitária, através de dados epidemiológicos e contatos com a comunidade orienta o planejamento. Observar as competências culturais faz a diferença na abordagem dos culturalmente diferentes (DASCHEVI; TACLA; ALVES *et al.*, 2015). Os conceitos dos atributos da APS não são apreendidos de maneira homogênea no Brasil, os termos podem apresentar-se em uso inapropriado em diferentes estudos nacionais o que pode corresponder a operacionalizações dos atributos também imperfeitas (PORTELA, 2017). No Brasil, a expansão da cobertura da ESF, a melhora do acesso e qualidade da assistência na APS tem refletido em correlações negativas com o indicador ICSAP (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Esta pesquisa tem como objetivo descrever aspectos da relação usuário-APS, abordando pessoas internadas em uma unidade hospitalar por selecionadas CSAP, indivíduos que potencialmente teriam as suas internações evitadas, se procurassem aquele nível de assistência e fossem acolhidos com efetividade. Justifica-se para ampliar o conhecimento sobre a experiência e o nível de satisfação do usuário com a UBS e quais aspectos são relevantes para a sua opção de busca do cuidado para melhor planejamento da gestão da APS na cidade de Lagarto-SE.

2 CASUÍSTICA E METÓDOS

2.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de dados primários, coletados através de questionários construídos especificamente para a pesquisa, de pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto (HUL), nas enfermarias clínicas de adultos e pediatria.

2.2 Área do Estudo

A cidade de Lagarto localiza-se no interior do Estado de Sergipe (APÊNDICE D), sede de uma região de saúde, com população de 94.861 pessoas, no censo de 2010 do IBGE, estimada em 2019 em 104.408 pessoas. Distancia-se da capital Aracaju, em 75km (IBGE, 2010). A assistência hospitalar conta com dois hospitais: um Hospital público, o HUL que é uma Unidade complementar da Universidade Federal de Sergipe (UFS), e um Hospital filantrópico, Hospital Nossa Senhora da Conceição. A APS do município de Lagarto organiza-se com duas clínicas de saúde da família (Clínica de Saúde da Família José Antonio Maroto e Clínica de Saúde da Família Dr. Davi Marcos de Lima), dois centros de saúde (Centro de Saúde Raimunda Reis e Centro de Saúde Josefa Barbosa dos Reis Romão), onze Unidades Básicas de Saúde (UBS). O HUL, inaugurado em 2010, assiste à população da Região Centro-Sul do Estado. Algumas cidades do Estado da Bahia também são acolhidas por este hospital, como Paripiranga, Adustina, Fátima e Nova Soure. Em dezembro de 2015 foi celebrado um contrato de Gestão Especial Gratuita entre a UFS e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares- EBSEH. O hospital, com capacidade para 130 leitos, passou a ser uma Unidade Complementar da UFS, sob gestão da EBSEH.

A região de saúde de Lagarto é integrada por seis municípios: Lagarto, Simão Dias, Salgado, Riachão do Dantas, Poço Verde e Tobias Barreto. Totalizava uma população de 242.337 habitantes em 2010, estimada em 260.614 habitantes em 2019 (IBGE, 2010) O mapa da cidade e Lagarto e como se distribui sua APS pode ser visto no Apêndice D.

2.3 Coleta dos Dados

Para analisar a interação entre as pessoas e as respectivas UBS de sua área adstrita, foi selecionada uma amostra simples e censitária de pacientes internados no HUL, portadores de gastroenterites infecciosas e complicações, insuficiência cardíaca, *diabetes mellitus*, asma, pneumonia bacteriana, infecção do rim e trato urinário, hipertensão arterial sistêmica e infecção de pele e tecido subcutâneo minúsculo, ainda que não tivesse sido este o motivo de sua internação atual. Como critério de inclusão foram consideradas elegíveis pessoas, ou seu representante legal, a partir de 6m de idade, residentes na cidade de Lagarto há pelo menos seis meses. Foram aplicados questionários no período de 15 de fevereiro de 2018 a 31 de outubro de 2018, que abordavam aspectos epidemiológicos, sociodemográficos, condições clínicas e a relação com a UBS (APÊNDICE E). Os questionários foram aplicados por pesquisadores treinados, alunos voluntários do curso de Medicina.

2.4 Aspectos éticos

A pesquisa observou a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Declaração de Helsinque. Os indivíduos que foram entrevistados foram informados pelos pesquisadores sobre os objetivos da pesquisa, seus potenciais riscos e benefícios, assegurando a sua privacidade e aspecto sigiloso e confiáveis das informações e seu uso estrito para fins acadêmicos e após registrado seu aceite no TCLE (APÊNDICE F).

2.5 Análise dos Dados

As variáveis numéricas foram estudadas por medidas de tendência central ou dispersão. As categóricas em números absolutos ou proporções. As análises multivariadas por regressão logística ou regressão de Poisson. As análises foram realizadas através do pacote estatístico R.

3 RESULTADOS

Após limpeza dos dados e exclusão de duplicidades foram analisados 309 questionários. Os homens foram maioria, com 54% das entrevistas e as mulheres 46%. A idade variou entre 1 e 99 anos, com média de 54 anos (DP=24,5 e IC 95% 51.45002 - 56.83477). Moravam em zona urbana 34% dos entrevistados e 80% dos entrevistados residiam em Lagarto há mais de dez anos. As pessoas casadas ou que vivem com um(a) companheiro(a) representavam metade da amostra. A baixa escolaridade foi predominante, considerando

analfabetos, analfabetos funcionais e ensino fundamental incompleto somaram-se 83,2% (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos entrevistados no Hospital Universitário de Lagarto de fevereiro a outubro de 2018

Estado civil	Frequência	%	IC95%	Freq.acum*	% acum**
Casado	101	37.0	31.1 - 43.2	101	37.0
Solteiro	58	21.2	15.4 - 27.5	159	58.2
União estável	34	12.5	6.6 - 18.7	193	70.7
Divorciado/Separado	36	13.2	7.3 - 19.4	229	83.9
outro	1	0,4	9.9 - 22.0	273	100.0
Escolaridade	Frequência	%	IC95%	Freq.acum	% acum
Analfabeto	85	30.9	25.1 - 37.4	85	30.9
Analfabeto funcional***	40	14.5	8.7 - 21.0	125	45.5
Fundamental incompleto	104	37.8	32.0 - 44.3	229	83.3
Fundamental completo	14	5.1	0.0 - 11.6	243	88.4
Ensino médio incompleto	8	2.9	0.0 - 9.4	251	91.3
Ensino médio completo	13	4.7	0.0 - 11.6	264	96.0
Superior incompleto	4	1.5	0.0 - 7.9	268	97.5
Superior completo	7	2.5	0.0 - 9.0	275	100.0
p=2e-07					
Ocupação	Frequência	%	IC95%	Freq.acum	% acum
Aposentado	171	62.9	59.7 - 71.0	171	62.9
Desempregado	35	12.9	8.0 - 19.3	206	75.7
Trabalhador formal	13	4.8	0.0 - 10.9	219	80.5
Trabalhador informal	44	16.2	11.4 - 22.7	263	96.7
p=0.00055					

*Freq.acum = frequência acumulada **% acum = porcentagem acumulada

***Indivíduos que embora reconheçam letras e números, ou assinam o nome, não compreendem textos simples.

Quando perguntado se conhece a UBS da sua área, 92% respondem que sim e se conhecem o Agente Comunitário de Saúde (ACS) 66,3% confirmam. Informam que fazem algum tipo de tratamento na UBS 52,4%, principalmente hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes *mellitus* e puericultura. Procuraram a UBS com outras queixas, 53,6% nos últimos seis meses. Informaram que fazem tratamento de HAS na UBS 55,7% e de diabetes *mellitus*

34,6%. Relataram que foram vacinados nos últimos 2 anos, 78,3% dos entrevistados. Utilizam a UBS para adquirir medicamentos, 59,9%. Responderam que o primeiro lugar que procuram quando adoecem é o hospital em 48,9%. Com a queixa desta internação, 71,2% não procuraram a UBS. A UBS tem ajudado de alguma maneira 71,6% dos entrevistados, sendo que destes 26,9% alegaram que tem ela ajudado muito. Ao responder uma pergunta aberta sobre o que precisa melhorar na UBS, a maioria respondeu, mais médicos, mais consultas, mais atendimentos, ressaltando que em alguns povoados o médico comparece uma vez por semana, ou quinzenalmente. Uma melhor infraestrutura também surgiu em lugares distantes em que o atendimento acontece em locais improvisados como escolas, até mesmo em cômodos de casas cedidas pelos usuários (APENDICE G).

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, predominou homens internados por CSAP, a despeito de mulheres utilizarem mais a APS, pessoas com baixa renda e baixa escolaridade e que têm o SUS como a única ou a principal opção de assistência à saúde, similar ao descrito por outras pesquisas que estudaram as características do usuário dos serviços de APS no Brasil (DIETRICH; COLET; WINKELMANN *et al.*, 2019; GUIBU; MORAES; GUERRA JÚNIOR *et al.*, 2017).

Fica explícita a insatisfação do usuário com a demora do agendamento, com a dificuldade de se obter a consulta no mesmo dia da procura, com as visitas domiciliares insuficientes, com a incapacidade do acolhimento, isto é, de resolução em tempo ótimo de suas demandas, o que coincide com descrições de outros estudos (GOMIDE; PINTO; BULGARELLI *et al.*, 2018; MEDEIROS; ARAUJO-SOUZA; ALBUQUERQUE-BARBOSA *et al.*, 2010). A dificuldade de transporte até a UBS, a necessidade de adquirir o medicamento nesta ou em farmácias populares que os distribuem gratuitamente, a reivindicação por mais atendimento domiciliar, aliados a baixas renda e escolaridade do usuário, apontam para a necessidade de um olhar mais amplo que aborde aspectos sociais, políticas públicas de inclusão social e que se destinem a acabar com a fome e com o analfabetismo. A desigualdade social também é identificada como tendo um papel decisivo na saúde dos cidadãos (GONÇALVES; HAUSER; PRESTES *et al.*, 2016). Pesquisa que abordou a estrutura e processo de trabalho na APS relacionado às condições sensíveis à atenção primária em 5565 municípios brasileiros, mostrou que políticas como o Programa Bolsa Família, Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) devem ser mantidas e ampliadas devido ao seu poder impactante na ESF e diminuição de internações hospitalares (ARAÚJO; QUEIROZ; ROCHA *et al.*, 2017). O financiamento deficitário e ineficiente da

saúde no Brasil tem dificultado o acesso aos serviços, impondo barreiras geográficas e ao acolhimento, além de não investir na qualificação dos profissionais (VIEGAS; CARMO; DA LUZ, 2015). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma iniciativa de pagamento por desempenho, que apesar de organizar-se por adesão voluntária de equipes de ESF e municípios, atingiu cerca de 39000 equipes e dobrou o investimento do governo federal na atenção primária nas suas duas primeiras versões. Seus benefícios foram sentidos como avanços para a APS (MACINKO; HARRIS, ROCHA, 2017). Outros fatores têm sido apontados como contribuintes para o usuário evitar a APS como a falta de compartilhamento nas decisões administrativas, limites no controle social e a frágil relação médico-paciente (MACHADO; VENTURINI; MANZAN *et al.*, 2015; MEDEIROS; ARAUJO-SOUZA; ALBUQUERQUE-BARBOSA, 2010).

Estudos nacionais e internacionais salientam a importância de ter a APS como primeiro contato. A continuidade do cuidado, na assistência da APS pode reduzir internações hospitalares de emergência (SKARSHAUG; SVEDAHL; BJORNCAARD *et al.*, 2019; TAMMES; PURDZ; SALISBURY *et al.*, 2016). A coordenação do cuidado é um dos atributos da APS, que requer envolvimento efetivo dos gestores e da coletividade para otimizar os serviços de saúde nos municípios e suas articulações com as redes de atenção (REHEM; EGRY; CIOSAK *et al.*, 2016). Os serviços: APS, ambulatórios, consultas com especialistas, hospital, têm de rever os fluxos e garantir a referência e contra referência, elementos da comunicação que evitam internações hospitalares. Os entraves da comunicação não podem ser tratados como algo tentado, fracassado e intransponível.

A pesquisa apresentou limitações: as diferentes idades suscitam diferentes necessidades de busca à APS. Entrevistou-se uma ampla faixa etária que apresentaram demandas específicas como pacientes de Puericultura que culturalmente frequentam a UBS mais amiúde para avaliação de calendário vacinal e curvas de desenvolvimento. Observando que neste momento, o que se objetivou conhecer foi a qualidade da experiência vivenciada pela mãe. Outra fragilidade foi as entrevistas limitar-se à determinadas CSAP. A pesquisa não esgota o tema, sugere mais estudos que abordem entre outros, os atributos da APS e a experiência do usuário ao acessá-la.

6 CONCLUSÃO

A pesquisa mostrou que a maioria dos entrevistados conhece a UBS de sua área, utiliza os seus serviços, mas prefere buscar atendimento hospitalar quando a demanda é aguda ou quando necessitam de resolução imediata de suas queixas. Os entrevistados preferem esperar

muitas vezes por tempo prolongado na Unidade Hospitalar onde terá acesso a uma consulta ou a um serviço a madrugada na UBS onde a consulta é incerta. Afirmam que a UBS sempre os ajuda de alguma maneira, com vacinas, distribuição de medicamentos, consultas médicas ou de enfermagem, entre outros, embora haja a necessidade de mais atendimentos na UBS, mais disponibilização de consultas médicas e mais resolução. A acessibilidade hospitalar é o diferencial para a sua procura em primeiro lugar.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, W. R. M.; QUEIROZ, R. C. S.; ROCHA, T. A. H. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 75, 2017.
- CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 41, n. 115, 2017.
- DASCHEVI, J. M.; TACLA, M. T. G. M.; ALVES, B. A. *et al.* Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. Semina. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n 1, p. 31-38, 2015.
- DATASUS. Disponível em:
http://cnes2.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=13124052000111&VEstado=28&VNome=MUNICIPIO%20DE%20LAGARTO. Acesso em: 29 jan. 2020.
- DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R. *et al.* Perfil de saúde dos usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-SUS. **Rev Fund Care Online**, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019.
- FREUND, T. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Ann Fam Med**, v. 11, n.4, p. 363-370, 2013.
- GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C.; BULGARELLI, A. F. *et al.* A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. **Rev. Interface**, v. 22, n. 65, 2018.
- GONÇALVES, M. R.; HAUSER, L.; PRESTES, L. V. *et al.* Primary health care quality and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in the public health system in Porto Alegre, Brazil. **Family Practice**, v. 33, n. 3, p. 238-242, 2016.
- GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA JÚNIOR, A. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, p. 17s, 2017.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Censo Demográfico, 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

KESSLER, M. ; LIMA, S. B. S.; WIELLER, T. H. *et al.* A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 3, p. 1063-1071, 2018.

MACHADO, F. A.; VENTURINI, R. R.; MANZAN, A. L. A. *et al.* Relação do paciente com o serviço em Unidades Básicas de Saúde sob a óptica dos médicos e dos pacientes. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-11, 2015.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. Brazil's national program for improving primary care access and quality (PMAQ) fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. **Journal of Ambulatory Care Management**, v. 40, n. 2, p. S4-S11, 2017.

MEDEIROS, F. A.; ARAUJO-SOUZA, G. C.; ALBUQUERQUE-BARBOSA, A. A. *et al.* Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista de Salud pública**, v. 12, n. 3, p. 402-413, 2010.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS, J. L. *et al.* Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1145-54, 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enfermagem**, v. 66, n. esp, p. 158-164, 2013.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y.; CIOSEK, S. I. *et al.* Quais aspectos contribuem para a ocorrência de Internações por condições sensíveis à atenção primária? **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, v. 29, p. 138-147, 2016.

RIBEIRO, S. P.; CAVALCANTI, M. L. T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. 45, p. 1799-1808, 2020.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, U. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis**, v. 28, n. 2, 2018.

SKARSHAUG, L. J.; SVEDAHL, E. R.; BJORNGAARD, J. H. *et al.* Contact with primary health care physicians before an acute hospitalisation. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, v. 37, n. 3, p. 283-293, 2019.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: **UNESCO - Ministerio da Saude**, 2002.

TAMMES, P.; PURDZ, S.; SALISBURY, C. *et al.* Can continuity of primary care decrease emergency care use? A nested case-control study. **The Lancet**, v. 388, p. 13, 2016.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; DA LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade de referência. **Saúde e Soc**, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015.

7 DISCUSSÃO INTEGRADA

A pesquisa desenvolve-se com três estudos que abordam aspectos singulares das CSAP. O primeiro estudo descreve o comportamento das ICSAP em Sergipe no período de 2008 a 2017. O segundo, o comportamento da DM uma das causas mais prevalentes no primeiro estudo. O tempo de internação por DM e o gasto do paciente internado são aspectos estudados para ampliar a compreensão de sua magnitude. O terceiro estudou as características do usuário portador de CSAP selecionadas, internado no HUL, e sua experiência em acessar a APS. Conectam-se pela partida de um estudo mais amplo, derivando para o estudo de uma das causas mais relevantes do primeiro estudo e por fim observando os motivos de primeiro acesso ao serviço hospitalar das pessoas que utilizam o primeiro nível de atenção.

A DM é considerada uma linha de cuidado prioritária. O compromisso dos gestores e a responsabilidade na esfera administrativa implica em implementar cronogramas financeiros para o treinamento de pessoal, disponibilização de medicamentos, ações educativas, tratamento e prevenção para a garantia da saúde do paciente diabético. Modelos avaliativos das ações para controle do DM tem sido proposto (BORGES; LACERDA, 2018). O terceiro estudo conecta-se com os demais no sentido de buscar entender o comportamento do ator principal desta relação, sua experiência ao acessar a APS. Estudo abordando a região nordeste, verificou que o quesito ter horários ampliados de atendimento nas UBS, foi o que mais se destacou, demonstrando a necessidade de ampliação da acessibilidade da APS (PROTÁSIO; GOMES; MACHADO *et al.*, 2017). Nosso estudo foi coincidente com estudo que avaliou as características dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil e mostrou que as mulheres mais jovens e os homens mais idosos procuraram mais a APS, de cor parda, casados e em união estável, baixa escolaridade, a maioria dependente do SUS para a aquisição de medicamentos e todos os demais cuidados (GUIBU; MORAES; GUERRA JUNIOR *et al.*, 2017).

Os três estudos trouxeram inquietações que podem ser dirimidas em estudos futuros, como: Como o indicador ICSAP comporta-se, no mesmo período, nos demais estados brasileiros? Outros grupos de causas apresentaram curvas semelhantes à curva de internações por DM? Como enfrentar a baixa acessibilidade da APS em Lagarto? Como são avaliados os atributos da APS pelos usuários? A pesquisa não esgotou o tema, suscita novas pesquisas, trouxe a luz necessidade de aprofundamentos.

8 CONCLUSÃO

O Estado de Sergipe no período de 2008 a 2017 apresentou uma curva de tendência de Internações hospitalares sensíveis à atenção primária à saúde em formato de U, em paralelo com a introdução, estabilização e retirada de políticas públicas relacionadas à APS. Não houve predominância de sexo, embora a partir dos 70 anos as taxas de ICSAP foi predominante nos homens. A cobertura de ESF manteve-se acima de 80% em todo o período de estudo, não apresentando associação com o indicador. A internação hospitalar por DM vem aumentando em Sergipe, verificado também aumento em paralelo ao envelhecimento populacional. A curva de tendência das internações hospitalares por DM apresentou comportamento irregular, com resultante crescente, inversamente à curva de gastos. O tempo de internação apresentou aumento discreto. Houve predominância no sexo feminino até 75 anos, quando a internação por DM passa a ser maior no sexo masculino. As complicações nocivas da DM com comprometimento das possibilidades do viver de seus portadores e com grande repercussão nos aspectos econômicos e previdenciários do país suscitam políticas públicas em cada estado que visem a prevenção e controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce e tratamento efetivo. Apesar dos usuários conhecerem e utilizarem a UBS para adquirir vacinas e medicamentos, o hospital é o primeiro lugar que procuram para ter as suas necessidades de saúde imediatas atendidas. A efetivação dos atributos da APS em saúde deve suscitar ações de gestores e da comunidade para aumentar a acessibilidade da APS.

Os estudos foram valiosos para o conhecimento do comportamento das ICSAP no período de 2008 a 2017 em Sergipe. Apresentou limitações uma vez que estudos de dados secundários dependem da acurácia de coleta de dados e os ecológicos levantam questionamentos, mas não determinam as causas dos resultados encontrados. O estudo da tendência de DM em Sergipe observou um aumento da patologia em desacordo com os gastos o que é preocupante especialmente para a população de baixa renda. O estudo da relação dos pacientes internados no HUL com a UBS reafirma a necessidade de políticas afirmativas que fortaleçam a APS e melhorem sua acessibilidade. O paralelo com políticas públicas de saúde é um dos olhares que podem ser lançados para este quadro, mas não esgotam o estudo, antes despertam para novas pesquisas que poderão contribuir com a Saúde Pública brasileira.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E.; BONOLO, P. F.; DOURADO, I. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP-Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ANSARI, Z. The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. **Aust J Prim Heal**, v. 13, n. 3, p. 91-110, 2007.

BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LUKOMNIK, J. *et al.* Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)**, n. 12, p. 162-173, 1993.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 162-178, 2018.

BOTELHO, J. F.; PORTELA, M. C. 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**, v. 3, n. 33, 2017.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R. A Atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, Supl 2, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68p. Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N. 221**. de 17 de abril de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

BREVIDELLI, M. M.; DE FREITAS, F. C. G. Estudo ecológico sobre o desenvolvimento da saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2471-2480, 2012.

CAMINAL, H. J.; CASANOVA, M. C. La evaluacion de la atencion primaria y lãs hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Aten Primaria**, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, n. 10195, p. 345–356, 2019.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 17, n. 4, p. 968-977, 2014.

CONILL, M. E. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, p. 7-27, 2008.

COSTA, J. S. D. *et al.* Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Pelotas: 1998 a 2012. **Rev. Bras Epidemiol**, v. 20, n. 2, p. 345-354, 2017.

COSTA, A. F.; FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. *et al.* Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 1-14, 2017.

FREUND, T. Strategies for Reducing Potentially Avoidable Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Ann Fam Med**, v. 11, n.4, p. 363-370, 2013.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. A. M.; BUSS, P. M. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. **The Lancet**, v. 390, n. 10106, 2017.

GUANAIS, F.; GÓMEZ-SUÁREZ, R.; PINZÓN, L. Series of avoidable hospitalizations and strengthening primary health care: primary care effectiveness and the extent of avoidable hospitalizations in Latin America and the Caribbean. **Inter-American Development Bank (IDB)**, 2012.

GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA JÚNIOR, A. A. *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 51, Supl. 2, p. 17s, 2017.

GUIMARÃES, M. N.; OLIVEIRA, E. R.; BOHLAND, A. K. Internações hospitalares de adolescentes em Sergipe, de 2002 a 2012. **Rev Pau Pediatr**, v. 38, p. e2018181, 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF. Atlas de la Diabetes de la FID. 9. ed. 2019.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Rev. Ciencia&Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LENTSCK, M. H.; MATHIAS, T. A. F. Internações por doenças cardiovasculares e a cobertura da estratégia saúde da família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 611-619, 2015.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, 2018.

LORD DAWSON OF PENN. MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária de Saúde que traz resultados. **Rev. Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, 2018.

MENDES, A. A longa batalha pelo financiamento do SUS. **Saude soc**, v. 22, n. 4, 2013.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.**/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORIMOTO, T.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária, gastos com saúde e Estratégia Saúde da Família: uma análise de tendência. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, 2017.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; BASTOS, J. L. *et al.* Conceptual and methodological aspects in the study of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1145-1154, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata**. Alma-Ata, URSS, 6-12, sept. 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Conference Global on Primary Care. Declaración de Astaná**, Astana. Kazakstan, 2018.

PAES-SOUSA, R.; RASELLA, D.; CAREPA-SOUSA, J. Política econômica e saúde pública: equilíbrio fiscal e bem-estar da população. **Saúde Debate**, v. 42, n. 3, p. 172-182, 2018.

PAIM, J. S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. **Interface – comunicação, saúde, educação**, v. 5, n. 9, p. 143-146, 2001.

PINTO-JUNIOR, E. P.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. *et al.* 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**, v. 34, n. 2, p. 1-11, 2018.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018.

PROTASIO, A. P. L.; GOMES, L. B.; MACHADO, L. S.; VALENÇA, A. M. G. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 713-724, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação- CEInfo. Intrações por Condições Sensíveis a Atenção Primária em saúde (ICSAPS) no município de São Paulo, 2010 a 2017. **Boletim CEInfo**. Análise / Ano XIII, nº 15, 2018. São Paulo (SP) Secretaria Municipal da Saúde, 2018. 40p.

SKINNER, H. G.; COFFEY, R.; JONES, J. *et al.* The effects of multiple chronic conditions on hospitalization costs and utilization for ambulatory care sensitive conditions in the United State: a nationally representative cross-sectional study. **BMC Health Serv. Res**, v. 16, n. 77, p. 2-8, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Diretrizes da sociedade brasileira de DM 2019-2020**. Organização Adriana Costa e Forti Antonio Carlos Pires Bianca de Almeida Pittito. São Paulo: Ed. Científica Clannad, 2019.

SOUSA, M. F; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO - Ministério da Saúde, 2002.

VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; OCKÉ-REIS, C. *et al.* **Políticas sociais e austeridade fiscal**. CEBES, 2018. 64p.

VIGITEL. **Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137p.**

ZIMMET, P. Z.; MAGLIANO, D. J.; HEERMAN, W. H. *et al.* Diabetes: a 21st century challenge. **The Lancet Diabetes Endocrinol**, v. 2, n. 1, p. 56-64, 2014.

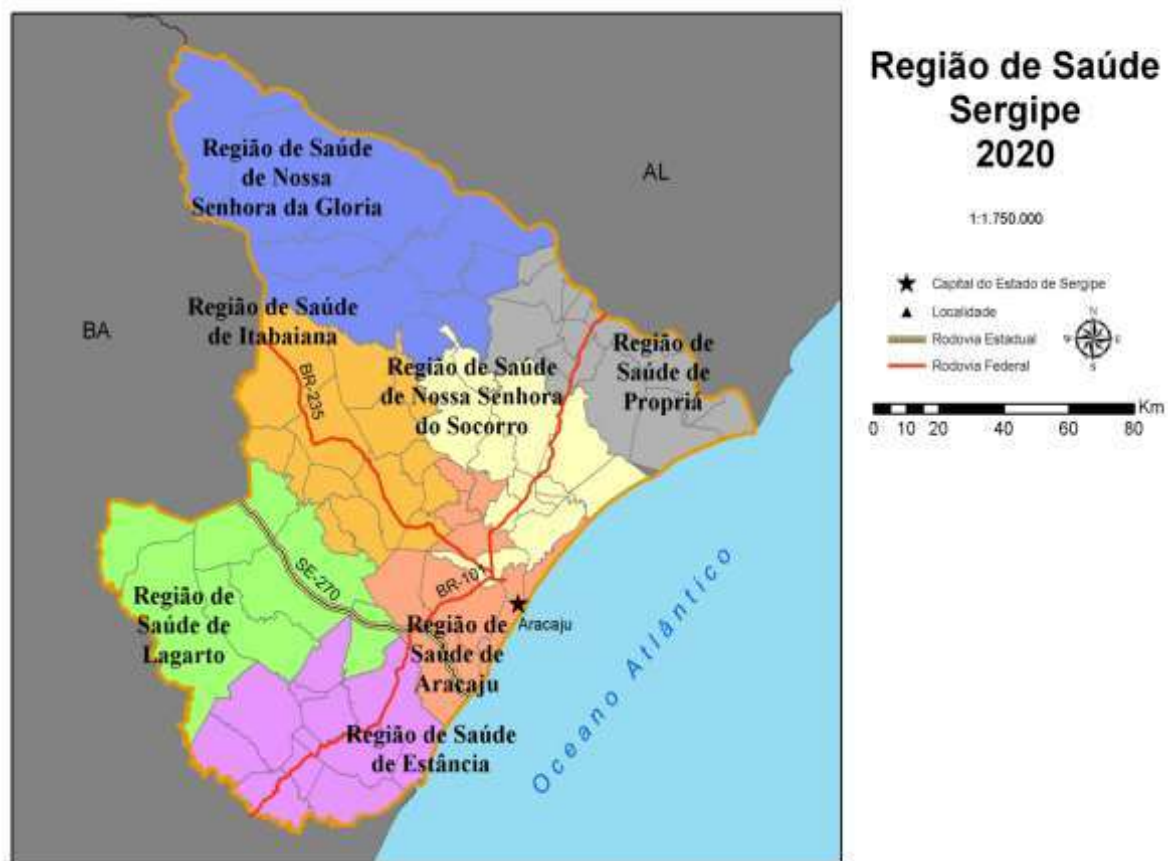
ZIMMET, P. Z. Diabetes and its drivers: the largest epidemic in human history? **Clinical Diabetes and Endocrinology**, v. 3, n. 1, p. 1-8, 2017.

APÊNDICE A - Distribuição de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no SUS: sexo masculino e faixa etária. Sergipe, 2008 a 2017.

Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-04	17.3	15.3	17.4	13.8	16.9	16.5	15.9	15.1	17.4	20.0
05-09	3.7	3.5	3.7	2.7	4.2	3.7	3.5	3.3	3.9	4.7
10 -14	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9	1.6	1.1	1.2	1.5	2.1
15-19	1.5	1.2	0.9	1.0	1.1	0.9	1.1	1.0	0,9	1.5
20-24	1.7	1.5	1.3	1.5	1.2	1.2	1.1	1.1	1.1	1.4
25-29	2.0	1.9	1.5	1.5	1.2	1.0	1.1	1.2	1.1	1.7
30-34	2.5	2.2	1.8	1.7	1.6	1.6	1.7	1.6	1.5	1.6
35-39	3.1	2.3	2.1	2.3	1.9	2.0	1.9	1.9	1.9	2.5
40-44	3.9	3.3	3.6	3.1	2.6	2.6	2.5	2.8	2.9	3.2
45-49	5.2	4.6	4.4	4.4	4.1	3.9	3.6	4.1	4.8	5.2
50-54	7.8	7.3	6.4	6.3	5.5	5.0	5.2	6.0	6.9	6.9
55-59	11.6	11.5	9.9	9.0	7.3	8.3	7.9	8.7	8.3	9.8
60-64	17.1	17.1	14.8	13.8	12.4	11.2	11.7	14.0	14.4	15.4
65-69	24.7	23.9	21.3	19.2	16.8	15.7	17.9	21.8	19.2	19.4
70-74	33.8	33.2	32.2	26.2	27.3	26.0	24.4	27.8	31.3	29.3
75-79	46.9	44.6	45.7	37.6	32.8	38.2	31.8	43.7	37.6	40.1
80-84	53.3	52.0	50.6	45.9	43.6	49.2	45.7	55.5	53.0	54.8
85-89	69.7	67.6	62.4	55.3	56.1	66.3	69.6	71.1	69.9	66.4
90 e +	137.2	124.1	117.3	101.6	87.5	109.8	96.5	102.6	95.0	132.3

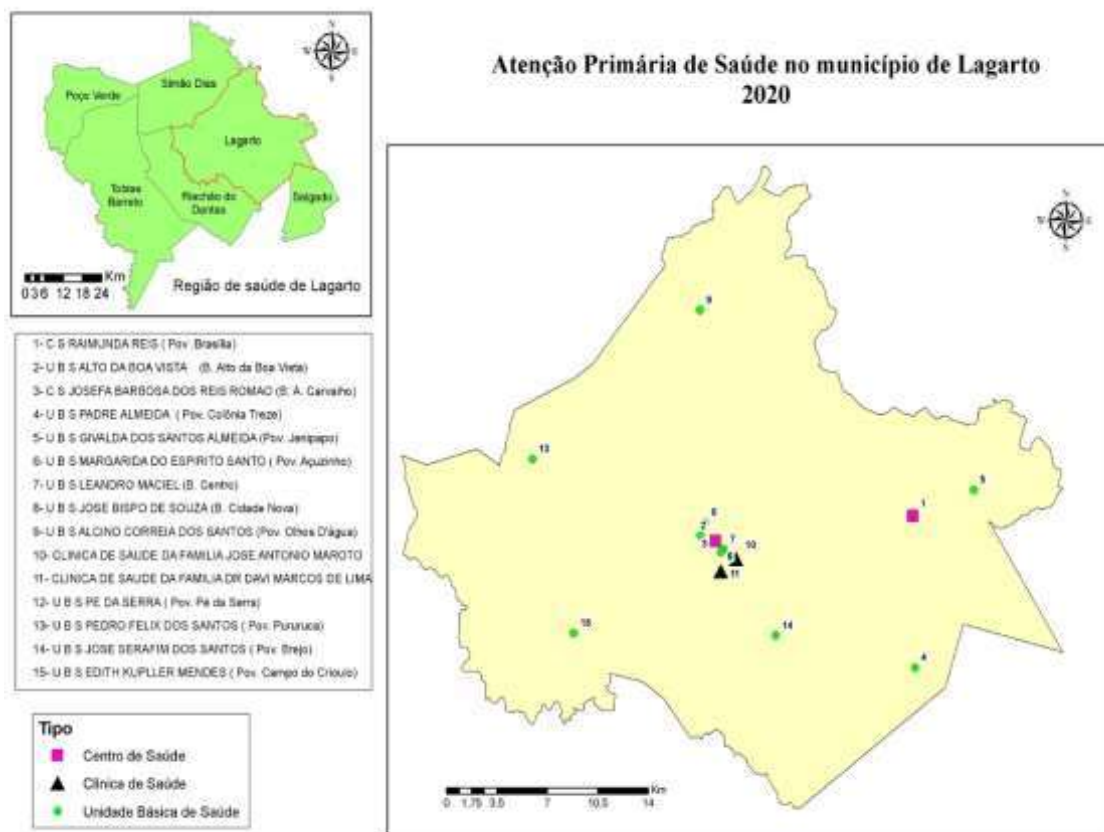
APÊNDICE B - Distribuição de Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no SUS: sexo feminino e faixa etária. Sergipe, 2008 a 2017.

Faixa etária	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
00-04	15.5	14.5	15.9	12.0	15.3	14.4	14.9	14.3	16.7	19.2
05- 09	3.5	2.5	3.4	2.6	3.4	3.4	2.9	2.8	3.4	4.8
10 -14	2.0	1.6	1.8	1.7	1.7	1.5	1.3	1.6	1.6	2.1
15-19	2.4	2.6	2.2	2.5	3.0	3.1	2.8	2.4	2.7	3.2
20-24	3.0	2.9	2.4	2.4	2.5	2.6	2.4	2.2	2.6	3.0
25-29	3.2	2.6	2.4	2.3	2.2	2.7	2.2	2.4	2.1	2.7
30-34	3.3	2.7	2.4	2.6	2.4	2.5	2.1	2.2	1.9	2.2
35-39	3.3	3.1	2.3	2.5	3.0	2.6	2.9	2.3	2.6	2.9
40-44	4.0	4.0	3.4	3.3	3.2	3.5	2.9	3.1	3.0	3.2
45-49	5.2	5.7	4.6	3.9	4.5	3.7	4.0	3.8	3.9	3.6
50-54	7.6	7.3	6.8	5.9	5.3	5.2	5.0	5.4	4.8	6.5
55-59	11.1	10.2	8.7	8.1	6.3	6.3	6.7	7.6	6.9	7.7
60-64	14.7	14.2	11.4	11.3	9.0	9.1	8.7	9.0	10.0	9.9
65-69	20.6	21.3	17.7	13.9	13.0	13.6	14.4	14.4	14.9	15.8
70-74	28.2	25.6	23.5	19.2	17.0	19.1	18.1	21.6	20.8	23.7
75-79	36.5	33.2	32.1	29.5	24.8	24.8	24.0	27.9	29.2	30.4
80-84	38.7	35.4	31.2	28.9	29.5	30.6	30.1	39.5	36.6	36.4
85-89	60.4	43.3	46.8	47.0	43.4	44.3	41.3	45.1	47.3	48.7
90 e +	87.7	84.3	79.2	70.5	51.5	62.0	65.47	80.0	75.6	77.8

APÊNDICE C - Mapa do estado de Sergipe e suas sete regiões de saúde

APÊNDICE D - MAPA DA REGIÃO DE SAÚDE DE LAGARTO - MUNICÍPIO DE LAGARTO E REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM LAGARTO

Figura 1: Mapa da Região de Saúde de Lagarto, em destaque a cidade de Lagarto e sua rede de Atenção Primária de Saúde, 2020.



**APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA INVESTIGAÇÃO DE PACIENTES
INTERNADOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LAGARTO**

BLOCO A– IDENTIFICAÇÃO

A	IDENTIFICAÇÃO	
A1	No DO QUESTIONÁRIO:	NQUES:
A2	No do Prontuário:	Npront:
A3	Enfermaria : Leito:	
A4	Data da coleta:	D: __/__/__
A5	Nome do entrevistador: (1) Dimas (2) Elma (3) Fernanda (4) Guilherme (5) Larissa (6) Lucas (7) Paulo (8) Rafael (9) Cátia Justo	NE: _____
A6	Diagnóstico Principal da Internação CID : Inicial _____	CIDI:
A7	Condição Sensível à Atenção Primária: 1.Gastreenterites infecciosas e complicações () 2.Insuficiência Cardíaca () 3.Diabetes Mellitus () 4.Asma () 5.Pneumonia Bacteriana () 6.Infecção do rim e trato urinário () 7.HAS () 8.Infecção da pele e tecido subcutâneo ()	CSAP: _____
A8	Nome do paciente: Nome do Responsável: _____	
A9	Telefone: _____ Endereço: _____	
A10	Bairro	

A11	1. zona urbana () 2.zona rural ()	Z:
A12	Há quanto tempo mora em Lagarto : (1) 6m a 1 ano (2) Até 5anos (3) 5 a 10anos (4) >10anos	TLag:_____
A13	Sexo: (1)Masculino (2) Feminino (3) Homens Trans) (4) Mulher Trans	Sx:_____
A14	Data de nascimento: ____/____/____	DN:____/____/____
A15	Idade (anos):_____	Id:
A16	Quando foi feito este diagnóstico (desta internação) pela primeira vez? (1) nesta internação, até um mês dos sintomas (2)< 6m (3) > 6m até 1ano (4)>1até5anos (5)>5até10anos (6)maisde10 anos	DX1
B	RELACIONAMENTO COM A UBS	
B1	Quando o (a) Sr(a) adoece qual o primeiro lugar que o senhor procura? (1)UBS (2)Hospital (3) Convenio (4) Particular	PProc_____
B2	O(A) Sr(a). conhece a UBS(o Postinho) da área onde o(a) Sr(a). mora? (1)Sim (2)Não	CUBS:_____
B3	O Sr(a) sabe o nome da UBS da área onde mora? (1)Sei (2)Não Sei Nome:_____	NUBS:_____
B4	O Sr(a) sabe o nome do Agente de Saúde (ACS) da área onde mora? (1)Sei (2) Não Sei Nome:_____	
B5	Procurou a UBS antes com esta queixa da internação ? (1) NÃO Se sim, quando? (1)<6m (2) 6m a 1 ano (3)1 ano a 2 anos (4) > 2anos	NEsc:_____
B6	Segue as orientações de tratamento da UBS? (1)completamente (2) parcialmente (3) não (4) Não se Aplica (NA)	

B7	Procurou a UBS com outras queixas? (Campanhas?) (0)NÃO Se sim há quanto tempo? (1)<6m (2) 6m a 1 ano (3)1 ano a 2 anos (4) > 2anos	
B8	Faz algum tipo de tratamento na UBS? (1) SIM (2) NÃO Do que?_____	
B9	Se não, Por que? (1)Faz tto em outro local (2)Não confia no tto da UBS (3)Acha muito demorado (4) não tem motivo (5)Outro () NA	
B10	Já foi vacinado na UBS? (0)NÃO Se sim, quando: (1)<6m (2)6m a 1 ano (3)1 ano a 2 anos (4)> 2anos	
B11	Procura a UBS para pegar medicamentos? (1)sim (2)não (3)NS/NR (4)NA	
B12	O Sr(a) tem HAS? (1)sim (2)não (3)NS	
B13	O Sr(a) faz tratamento na UBS para HAS? (1)SIM (2)NÃO (3) NS/NR (4)NA	
B14	O SR(a) toma os medicamentos para HAS conforme o médico prescreve na UBS? (1)sim (2) não (3) Parcialmente (4)NA	
B15	O Sr (a) tem DM? (1)sim (2) não (3) NS/NR	
B16	O Sr(a) faz tratamento na UBS para DM? (1)SIM (2)NÃO (3)NS/ NR (4)NA	
B17	O SR(a) toma os medicamentos para DM conforme o médico prescreve na UBS? (1)Sim (2)não (3)Parcialmente (4)NA	
B18	O Sr (a) acha que a UBS da sua área tem lhe ajudado na sua saúde? (1)Não (2) Pouco (3) moderadamente (4) muito	
B19	O que o Sr (a) acha que poderia melhorar na UBS? _____	
C	CONDIÇÕES DE SAÚDE	

C1	Como avalia a sua saúde no momento? (1)Ótima (2)boa (3)Regular (4)ruim (5)péssima (6)NS/ NR	
C2	Faz uso de bebida alcoólica? (1)Sim (2)Não (3)NS/NR	
C3	O Sr.(a) bebe quanto? (1)diariamente (2)2 a 3x na semana (3)todo fim de semana (4)quinzenal (5)Mensal (6) raramente (anual) (7)NA	
C4	Como se sente em relação a seu peso? (1)Satisfeito (2)um pouco acima (3)moderadamente acima (4)muito acima (5)um pouco abaixo (6)moderadamente abaixo (7)muito abaixo	
C5	Já internou antes com esta mesma queixa? (1)sim (2) não	
C6	Se mais que uma, quantas? (1)duas (2)três (3)4-5x (4)mais que 5x (5)NA	
C7	Há quanto tempo o Sr(a) interna devido a este diagnóstico? (1) há menos de 1 ano (2)de 1 a 5 anos (3)entre 5 e 10 anos (4)há mais de 10 anos. (5)NS/NR (6)NA	
C8	O (A) Sr(A) fuma? (1)Sim (2)Não	F:
C9	Se fuma, há quanto tempo fuma ? (1) há menos de 1 ano (2)de 1 a 5 anos (3)entre 5 e 10 anos (4)há mais de 10 anos. (5)NA	FQT
C10	Se parou, durante quanto tempo fumou ? (1) menosde1ano (2)de1a5anos(3)entre5e10anos(4) mais de 10 anos.	FDQT
C11	Há quanto tempo parou? (1)hámenosde1ano (2)de1a5anos(3)entre5e10anos(4)há mais de 10 anos. (5)NA	QTP
D	VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS	
D1	Estado civil: (1)casado (2)solteiro (3)união estável (4)divorciado/ separado (5)viúvo (6)outro	EC:_____

D2	Profissão : CBO * (escreva)	Prof.:
D3	Ocupação no momento : (1) aposentado (2)desempregado (3)Trabalhador formal (4)Trabalhador informal Se aposentado, com que idade aposentou: _____	Ocup: _____ Idap: _____
D4	Nível de Escolaridade: (1)Analfabeto (2)Analfabeto funcional (3)fundamental incompleto (4)fundamental completo (5)Ensino Médio Incompleto (6)Ensino Médio Completo (7)Superior incompleto (8) Superior Completo	

APÊNDICE F - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

PREZADOS(AS) SENHORES (AS)

É com muito respeito que vimos por meio deste solicitar sua participação na pesquisa intitulada: "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Saúde em Sergipe-Brasil". Trata-se de uma pesquisa da Professora Cátia Maria Justo, aluna do Doutorado em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação do Professor Doutor Kleyton de Andrade Bastos. Nosso objetivo geral será avaliar as tendências das Internações Hospitalares que poderiam ser evitadas pela Atenção Primária de Saúde. Trata-se de um estudo com coleta de dados de pacientes internados no Hospital Universitário de Lagarto que apresentou diagnóstico de algumas condições sensíveis à Atenção Primária de Saúde. A sua participação será feita através da resposta ao questionário elaborado para esta pesquisa, através de perguntas feitas ao senhor(a).

Serão incluídos indivíduos selecionados por amostra, a partir de 18 anos até 65anos, homens e mulheres. Para tanto, necessitamos da sua cooperação e aprovação em participar do respectivo estudo. Adiantamos que, em nenhum momento, haverá qualquer identificação dos participantes, serão guardadas e resguardadas as informações obtidas, não sendo revelada, sob qualquer pretexto, a identificação dos participantes. Os dados obtidos serão confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos. Os gastos para a realização do presente estudo serão custeados totalmente pela pesquisadora responsável, não sendo previsível qualquer forma de ressarcimento.

Descrição dos riscos: O risco desta pesquisa é mínimo e decorre do desconforto e/ou constrangimento em participar de entrevista para fornecer informações sobre a vida pessoal e saúde o que poderá causar cansaço e insegurança em algumas avaliações. Para contornar, garantimos que os testes serão interrompidos, que garantimos o direito a não responder perguntas que julgar desconfortável e que seu nome na assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) será substituído por um número quando formos analisar as respostas.

Descrição dos benefícios: O benefício indireto se refere à ampliação dos conhecimentos na área de saúde pública, levando a comunidade geral e acadêmica a compreender mais os problemas de saúde e orientando o gestor público no planejamento e financiamento do setor saúde no município de Lagarto. O benefício direto será a devolução dos achados da pesquisa para os participantes e seus familiares.

Agradecemos a sua atenção, importantíssima para cumprirmos de forma correta os objetivos de nosso trabalho, ao mesmo tempo em que nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos.

Após a leitura conjunta, com o pesquisador e/ou o entrevistador devidamente treinado, do presente termo de consentimento livre e esclarecido, ciente e consciente de seu teor e suas consequências, inclusive que não receberá nenhum benefício financeiro por sua participação e que poderá retirar esta declaração de concordância em participar do presente estudo, em qualquer época, sem nenhum prejuízo, aceito o convite para participar da pesquisa "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Saúde em Sergipe".

Entendi os objetivos e todos os procedimentos da pesquisa descritos acima e concordo em participar.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com os pesquisadores e a outra com o(a) senhor(a).

Aracaju, __de _____2020.

Impressão digital

Cátia Maria Justo

Pesquisadora

(79) 999199899. RG: 2.160.299-9 SSP/MT, CPF: 018061.318.97 Departamento de Medicina. Universidade Federal de Sergipe. Campus Universitário Antônio Garcia Filho, Lagarto/SE.

Comitê de Ética em Pesquisa: Hospital Universitário – Universidade Federal de Sergipe (CEP-HU-UFS)

APENDICE G - TABELA DE RESPOSTAS A QUESTÕES DE ABORDAGEM DE INTERAÇÃO DO ENTREVISTADO E A UBS.

Descrição das respostas dos entrevistados que avaliam interação com a UBS em Lagarto, percentagem e intervalo de confiança de 95%, no período de Fevereiro a Outubro de 2018.

Questões	Sim (%)	IC95%	Não (%)	IC95%	Não sabe (%)	IC95%
Conhece a UBS da sua área?	92.0	88.3 - 94.5	8.1	5.5 - 11.7		
Conhece o ACS da sua área)	66.3	60.9 - 71.4	33.7	28.6 - 39.1		
Faz algum tipo de tratamento na UBS?	52.4	46.9 - 57.9	47.6	42.1 - 53.1		
Procura a UBS para adquirir medicamento?	59.9	54.3 - 65.2	37.2	32.0 - 42.7		
Tem HAS?	55.7	50.1 - 61.1	43.4	38.0 - 48.9	1.0	0,3 - 2.8
Tem DM?	34.6	29.5 - 40.1	64.7	59.2 - 69.8	0.6	0.2 - 2.3
Já foi vacinado na UBS?						
< 6 meses	42.4	37.0 - 48.0				
6 m a 1 ano	15.2	11.6 - 19.6				
1 ano a 2 anos	6.5	4.2 - 9.8				
> 2 anos	14.2	10.8 - 18.6				
Quando adoece qual o primeiro lugar que procura?						
UBS	43.0	37.6 - 48.6				
Hospital	48.9	43.3 - 54.4				
Convênio	1.6	0.7 - 3.7				
Particular	5.8	3.7 - 9.0				
Farmácia	0.3	0.1 - 1.8				
Outro	0.3	0.1 - 1.8				
Procurou a UBS com a queixa desta internação em algum momento?						
< 6 meses	20.7	16.6 - 25.6				
6m a 1 ano	3.2	1.8 - 5.9				
1 ano a 2 anos	1.3	0.5 - 3.3				
> 2 anos	3.6	2.0 - 6.3				
não	71.2	65.9 - 76.9				

**Procurou a UBS com outras
queixas?**

< 6 meses	53.6	48.0 - 59.1	
6m a 1 ano	7.5	5.0 - 11.0	
1 ano a 2 anos	4.9	3.0 - 7.9	
> 2 anos	6.5	4.2 - 9.8	
Não	27.6	22.9 - 32.8	

Se não faz tratamento, por que?

Faz em outro local	15.3	11.7 - 19.7	
Não confia no tratamento da UBS	1.3	0.5 - 3.3	
Acha muito demorado	4.2	2.5 - 7.1	
Não tem motivo	20.1	16.0 - 25.0	
Outro	6.8	4.5 - 10.2	

**Quando consulta segue as orientações da
UBS?**

Completamente	37.9	32.6 - 43.4	
Parcialmente	14.2	10.8 - 18.6	
Não	3.9	2.2 - 6.7	

A UBS tem lhe ajudado?

Não	18.4	14.5 - 23.1	
Pouco	14.9	11.3 - 19.3	
Moderadamente	29.8	24.9 - 35.1	
Muito	26.9	31.7 - 42.4	