

Capítulo 20

ANÁLISE DA SOBRECARGA HOSPITALAR NO DISTRITO FEDERAL DEVIDO A CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

LORENNALVES BEZERRA¹

MYLENA VALADARES SILVA¹

LETÍCIA DE CARVALHO BRITO¹

POLYANNA SILVA ALVES GODOI¹

CONRADO CARVALHO HORTA BARBOSA²

1. *Discente – Acadêmicas de Medicina do Centro Universitário de Brasília.*

2. *Docente – Médico de Família e Comunidade pelo Centro Universitário do Planalto Central. Mestre em Saúde da Família. Membro da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.*

PALAVRAS-CHAVE

Atenção primária à saúde; Doença crônica; Sobrecarga hospitalar.

doi

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal ferramenta de organização e articulação das redes de cuidado à saúde e funciona como porta de entrada e primeiro contato do indivíduo com o sistema. Ela foi desenvolvida com o intuito de coordenar o fluxo de pacientes entre os diferentes serviços de acordo com a necessidade individual, permitindo, assim, o uso adequado das tecnologias e recursos na rede de atenção ao cuidado (OPAS, 2018).

Esse nível de atenção pode ser capaz de solucionar aproximadamente 85% dos problemas de saúde de uma população e evitar o uso desnecessário dos serviços de urgência e emergência. Porém, esses últimos são prioritariamente buscados por indivíduos doentes que precisam de atendimento. Como revelam pesquisas nacionais, 80% dos pacientes são classificados sem gravidade no Distrito Federal (DF) (CONASS, 2019). Isso porque a APS está prioritariamente direcionada para atendimentos programáticos em detrimento ao atendimento de indivíduos com quadros de baixa complexidade gerando prejuízos significativos à integralidade assistencial (RIOS, 2020).

Nesse sentido, percebe-se que a sobrecarga hospitalar manifesta maior intensidade nos serviços de urgência e emergência, tendo como causas o gerenciamento inadequado de recursos, estrutura e fomento financeiro insuficientes. Além desses, outros fatores são contribuintes para a questão, como aspectos culturais, encaminhamento indiscriminado de indivíduos para estas unidades e acesso que o setor propicia, em contraste com outras unidades do hospital. Esses fatores apresentam como consequências imediatas: ocupação de espaço no pronto-socorro, pacientes temporariamente alocados em macas nos corredores, implicando em um déficit na assistência médica. Assim, o hospital

funciona como “válvula de escape” dos serviços de saúde, mostrando a ineficácia do sistema em ofertar um acesso facilitado à rede de atenção primária, encaminhando os pacientes à urgência e à emergência (SILVA *et al.*, 2020).

As dificuldades são ainda maiores para indivíduos idosos, crônicos e de maior vulnerabilidade social por exigirem cuidado continuado ou demandarem serviços com maior frequência em diferentes níveis de atenção. Isso resulta em interdependência entre os pontos da rede de atenção, a fim de manter suas enfermidades estáveis e evitar agudizações que necessitam de atenção especializada (RIBEIRO & CAVALCANTI, 2020). Em outros termos, o acompanhamento inadequado e não realizado de maneira longitudinal desses grupos específicos culmina em descompensação das doenças de base e em consequências desastrosas para o paciente e para o sistema de saúde, havendo, assim, sobrecarga do setor hospitalar (CABRAL *et al.*, 2019).

Ainda são escassas as pesquisas que investigam o potencial da APS no atendimento a idosos, no controle de condições crônicas e na prestação de serviços preventivos. No entanto, os estudos existentes indicam que esse setor tem capacidade de gerenciar o cuidado das condições crônicas, reduzir internações desnecessárias e idas à emergência ou unidades de pronto atendimento.

Desta forma, percebe-se a importância da abordagem acerca da temática. Este trabalho teve como objetivo analisar de forma descritiva o fluxo inadequado de pacientes nos diferentes níveis de atenção no DF, avaliando as doenças crônicas não-transmissíveis (dcNT) sensíveis à atenção básica nos atendimentos hospitalares.

MÉTODO

A abordagem temática foi realizada pela estratégia PICOS, ferramenta que auxilia na

construção e avaliação de evidências, constituída pelo acrônimo: Problema ou Paciente, Intervenção, Controle ou Comparação e Desfecho. Nesse contexto, o Problema nessa análise foi definido como o fluxo inadequado de pacientes nos diferentes níveis de atenção no DF e suas consequências, a Intervenção pela organização da rede assistencial de saúde, o Controle pela análise dos dados que avaliam as dcNT sensíveis à atenção básica nos atendimentos hospitalares e o Desfecho com a consideração dos resultados obtidos.

Trata-se de uma análise descritiva quantitativa dos dados obtidos no Google Acadêmico e nas bases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Foram incluídos artigos originais, disponíveis na íntegra para livre acesso, publicado em periódicos nacionais e internacionais, entre os 2016 e 2021 e que abordaram, no título ou no resumo, os descritores delimitados na pesquisa. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objeto de estudo, resumos isolados, fora do recorte temporal, capítulos de livros e editoriais. Também foi utilizado como fonte de dados o portal Sala de Situação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (2022), onde foram analisados Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) e gastos realizados com

enfermidades sensíveis à Atenção Primária. A tabulação dos dados foi realizada em planilhas no Microsoft Excel.

Foram selecionadas doenças crônicas da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de acordo com o impacto econômico nesse período e de alta prevalência na população do DF, sendo elas: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cerebrovasculares e insuficiência cardíaca. Foram utilizados os Descritores em Saúde, empregando os operadores booleanos AND e OR na combinação entre os seguintes descritores: atenção primária de saúde, doença crônica, sobrecarga hospitalar, serviços de emergência, Distrito Federal e seus respectivos correspondentes em inglês.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Sala de Situação da Secretaria de Saúde do DF revela que de 2017 a 2021 foram constatadas 13310 AIHs apenas para indivíduos com DM. Ressalta-se que AIHs são documentos identificadores de um paciente e dos serviços prestados sob regime hospitalar. Essas 13310 autorizações apresentaram gastos de quase 10 milhões de reais, demonstrando valores significativos de ocupação de leitos e recursos financeiros, humanos e tecnológicos (**Tabela 20.1**).

Tabela 20.1. Diabetes mellitus

Número de AIHs	Ano	Valor de 2017 a 2021
2017	1733	R\$ 9.943.972,85
2018	1894	
2019	1977	
2020	1712	
2021	1783	
Total	1310	

Fonte: SIH/SUS.

Outros dados significativos correspondem à hipertensão arterial sistêmica que, entre os anos de 2017 e 2021, apresentou 4480 AIHs no DF, com gastos de quase 1 milhão e meio de reais (Tabela 20.2).

Tabela 20.2. Hipertensão arterial sistêmica

Número de AIHs	Ano	Valor de 2017 a 2021
2017	622	R\$ 1.481.831,98
2018	732	
2019	955	
2020	569	
2021	598	
Total	4480	

Fonte: SIH/SUS.

Ainda nesse contexto de agudização de doenças crônicas, importantes enfermidades são as doenças cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca. A primeira apresentou, segundo dados da SES-DF (2022), 17969 AIHs e exigiu gastos superiores a 37 milhões. Já a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) totalizou 103381 AIHs, com custos maiores que 262 milhões, revelando requerer parcelas significativas de investimento (Tabelas 20.3 e 20.4).

Tabela 20.3. Doenças cerebrovasculares

Número de AIHs	Ano	Valor de 2017 a 2021
2017	2719	R\$ 37.674.599,26
2018	2821	
2019	2880	
2020	2988	
2021	2672	
Total	17969	

Fonte: SIH/SUS.

Tabela 20.4. Insuficiência cardíaca

Número de AIHs	Ano	Valor de 2017 a 2021
2017	3247	R\$ 262.034.219,47
2018	2991	
2019	2766	
2020	2004	
2021	1983	
Total	103381	

Fonte: SIH/SUS.

A estruturação da assistência é fundamental para a sustentabilidade financeira, a qualidade e a resolutividade dos serviços de saúde. O fluxo sistematizado em redes de atenção à saúde permite interdependência e, ao mesmo tempo, flexibilidade entre os setores, menor uso inadequado de recursos materiais e humanos, maior eficiência, melhor resposta às necessidades e expectativas dos indivíduos, contribuindo para maior eficiência e menos desperdícios (RIBEIRO & CAVALCANTI, 2020). Dessa forma, os níveis de atenção foram desenvolvidos com o intuito de remanejar

adequadamente os pacientes de acordo com suas necessidades de atendimento e disposição dos recursos tecnológicos dentro do sistema de saúde. Nesse contexto, a APS é responsável pela resolubilidade da maior porcentagem das demandas de assistência, a qual avalia o contexto e os determinantes sociais da comunidade e implementa a promoção, a prevenção e a reabilitação, com o propósito de garantir integralidade da assistência (DIAS, 2016). No entanto, muitos indivíduos frequentemente transitam pelos níveis de atenção da rede assistencial justamente porque não possuem avaliações periódicas de seu estado de saúde ou apresentam complicações e lesões em órgãos-alvo, demandando acompanhamento sistemático (OLIVEIRA *et al.*, 2021). Nessa perspectiva, é importante que pacientes com dcNT sejam acompanhados continuamente no sistema de saúde, com o objetivo maior de que esses indivíduos não sofram o risco de agudização e necessitem de atendimentos complexos na rede hospitalar, sobrecarregando-a por questões completamente preveníveis na assistência primária.

A situação de saúde brasileira revela uma importância crescente das condições crônicas não transmissíveis (CONASS, 2017). Essas enfermidades são responsáveis por taxas significativas de óbitos no Brasil, como revelam dados de 2019, em que 54,7% foram por doenças não transmissíveis, representando mais de 730 mil óbitos, sendo 41,8% de forma precoce. Observando o DF no mesmo ano em questão, percebe-se que 41,4% da população do local possui algum tipo de doença crônica, o que equivale a 955 mil pessoas, demonstrando a relevância da temática (RIOS, 2020). Nesse cenário, essas doenças preveníveis e com prevalência significativa na atenção primária podem sobrecarregar a urgência e a emergência, com destaque para DM, acidente vascular

encefálico (AVE), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ICC e infarto agudo do miocárdio (IAM). Apesar de terem múltiplos fatores causais, elas geralmente possuem uma doença crônica de base que, por diversos motivos, não foi bem acompanhada e controlada, causando descompensação/agudização e um desfecho desfavorável. Esse cenário é maléfico para todo o sistema de saúde quando se analisa a repercussão nos serviços hospitalares de cada uma dessas patologias elencadas.

Em relação à análise dos dados de internação, percebe-se considerável decréscimo de AIHs de quase todas as enfermidades elencadas do período de 2019 em relação à 2020, com exceção das doenças cerebrovasculares, coincidindo com o período da pandemia da SARS-CoV-2. Isso pode ser explicado pela tendência em distribuir pessoas, esforços e suprimentos médicos para combate à emergência, podendo haver negligência no setor de serviços básicos e essenciais. O setor de saúde brasileiro, portanto, é obrigado a agir de forma supersaturada nessas circunstâncias (ANVISA, 2021).

Ademais, a exposição de um indivíduo com uma enfermidade de menor complexidade a um ambiente com pacientes acometidos por doenças de maior gravidade promove um contato inadequado, podendo haver piora do estado geral dos sujeitos de quadro leve pelo tempo de espera, já que o atendimento é realizado de acordo com o princípio da equidade (CONASS, 2019). Isso evidencia a miscelânea de demandas nos serviços de urgência e emergência e a interferência no processo de trabalho das equipes e na qualidade do cuidado prestado (RIOS *et al.*, 2018). Por esse motivo, torna-se importante o desenvolvimento de um plano de contingência, visando o cuidado dos pacientes prévios e das vítimas da pandemia, bem como a

instalação de mecanismos específicos para reduzir o impacto no sistema de saúde (WHO, 2018).

Um aspecto relevante demonstrado nos resultados foi o decréscimo de AIHs por insuficiência cardíaca no período analisado, podendo pressupor que houve melhor controle das doenças crônicas de base que cursam com essa enfermidade, devido à melhora da abrangência da APS. Nesse panorama, mesmo que de forma falha, a abrangência da APS vem expandindo sua capacidade de cobertura (CABRAL *et al.*, 2019). Apesar dessa ampliação, ainda é bastante heterogênea e apresenta baixa cobertura populacional em alguns locais do Brasil. Essa é uma situação antiga, haja vista que, desde 2002, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem dificuldade de ser estabelecida amplamente e substitutiva ao modelo tradicional nos grandes centros urbanos, onde ainda os sistemas de saúde complexos são superpostos. Essa realidade decorre das desigualdades sociais, do limitado acesso aos serviços de saúde e da competição de assistência pública *versus* privada, o que contribui para a consolidação do modelo de atenção primária preventiva e voltada para grupos sociais de maior vulnerabilidade (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

No entanto, a análise de dados em relação a doenças cerebrovasculares revela aumento de internações de 2017 a 2019, o que pode demonstrar aumento da prevalência de dcNT que corroboram a ocorrência dessas patologias, como: dislipidemia, HAS e DM. Nessa temática, as AIHs, devido à HAS e ao DM, reforçam ainda mais essa hipótese devido à recrudescência mostrada de 2017 a 2019. Além disso, há dificuldades no tratamento adequado dessas condições, as quais exigem assistência longitudinal para manter-se sob controle, representando parcela significativa de incapacidade e morte prematura no Distrito

Federal. Nesse sentido, os níveis de atenção mais complexos são sobrecarregados por condições de saúde muitas vezes simples e que não necessitam do aporte tecnológico oferecido por esses setores. Acrescentando isso a outras demandas já existentes e adequadas para esse setor, absorve-se parcela expressiva dos recursos financeiros da área da saúde que envolve o dispêndio de gastos fixos com doenças que não necessariamente demandam ser atendidas naquele local. Ainda, existe a problemática acerca do financiamento na área da APS, o qual é limitado, permitindo apenas que as atividades sejam mantidas e, muitas vezes, impossibilitando a inovação na assistência à saúde. Isso ocorre principalmente devido aos investimentos direcionados aos níveis de atenção mais complexos, geralmente os mais sobrecarregados. No entanto, estes não conseguem solucionar a base do problema (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Ademais, vê-se a precariedade das práticas de saúde que abordam as dcNT na APS, a considerar a insuficiência de ações de promoção da saúde e prevenção das enfermidades, a fragmentação dos cuidados dentro da APS e não somente nos demais níveis de saúde, dificuldade em realizar o diagnóstico precocemente e, como visto, em manter o cuidado a longo prazo. Estudos internacionais demonstram que essas dificuldades são mais evidentes em países de média e baixa renda, nos quais as práticas de cuidado tendem a ser voltadas para eventos agudos ou para a agudização das condições crônicas (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Diante desse cenário, ressalta-se a função da APS como ferramenta fundamental para aliviar as demandas excessivas dos setores complexos, a considerar que por meio desta é possível obter terapêutica das condições crônicas de forma mais efetiva, melhor eficiência no fluxo dos usuários na rede de cuidado e também na

assistência, além de culminar em indicadores de saúde mais satisfatórios, uso maior de ações preventivas e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços (DIAS, 2016). Isso evitaria a sobrecarga de um setor em detrimento de outro devido a demandas inapropriadas.

CONCLUSÃO

Ao analisar a rede de cuidado, é perceptível a descontinuidade do atendimento, a fragmentação do sistema e a centralização hospitalar cada vez mais significativa (RIBEIRO & CAVALCANTI, 2020). Os impactos dessa crise assistencial tendem a

estagnar os índices de mortalidade por dcNT e recrudescer os fatores de risco modificáveis, levando em consideração a desigualdade de acesso aos serviços de saúde que abrangem práticas preventivas, promocionais e assistenciais, além do impacto econômico advindo com internações preveníveis e fluxo inadequado de pacientes, seja por demanda espontânea ou por tratamento descontinuado.

Isto posto, as dcNT preveníveis possuem grande importância epidemiológica, impacto social e exigem mudanças no que diz respeito à organização da rede assistencial de saúde, proporcionando um fluxo adequado dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-COV-2). Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020. Brasília, 2021.
- CABRAL, K.F.D. *et al.* Atenção primária à saúde: uma análise a luz da eficiência técnica dos recursos no Estado de Minas Gerais. *Revista de Gestão e Sistemas de Saúde*, v. 8p. 137, 2019.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Organização da atenção aos eventos agudos e às condições crônicas na atenção primária à saúde: guia do participante Piauí - 2017. Teresina: Secretaria do Estado de Saúde do Piauí, 2017. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/document/file/603/Oficina_4_PDF_adaptada_PI_julho_2017__2_.pdf. Acesso em: 27 jun. 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. Atenção Primária é capaz de resolver 85% das demandas de saúde. CONASS, 27 jun. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/atencao-primaria-e-capaz-de-resolver-85-das-demandas-de-saude/>. Acesso em: 27 jun. 2022.
- DIAS, M.R.F.M. A eficiência da atenção primária à saúde nos municípios pernambucanos sob a ótica da análise envoltória de dados [tese]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2016.
- OLIVEIRA, C.N. *et al.* Práticas de cuidado para doenças não transmissíveis na Estratégia Saúde da Família. *Avances en Enfermería*, v. 39, p. 255, 2021.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. Atenção primária à saúde. OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude> Acesso em: 29 jun. 2022.
- RIBEIRO, S.P. & CAVALCANTI, M.L.T. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, p. 1799, 2020.
- RIOS, A. IBGE: 41,4% dos moradores do DF sofrem com alguma doença crônica. *Correio Brasiliense*, 20 nov. 2020. Disponível em: <https://www.correiobrasiliense.com.br/cidades-df/2020/11/4890192-ibge-414--dos-moradores-d-o-df-sofrem-com-alguma-doenca-cronica.html>. Acesso em: 29 jun. 2022.
- SILVA, D.P. *et al.* Impactos da superlotação dos serviços hospitalares de urgência e emergência: revisão integrativa. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 14, 2020.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL – SES-DF. Sala de Situação da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. SES-DF, 2022. Disponível em: <https://info.saude.df.gov.br/pagina-inicial/sala-de-situacao/>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health: interim guidance. WHO, 19 mar. 2020.