

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS E TECNOLOGIA EM SAÚDE**

**RUTH GERALDA GERMANA MARTINS**

**INTERAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO HOSPITAL  
REGIONAL DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, DE 2009 A 2012:  
ANÁLISE PROSPECTIVA**

**Brasília - DF  
2014**

**RUTH GERALDA GERMANA MARTINS**

**INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO HOSPITAL  
REGIONAL DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, DE 2009 A 2012:  
ANÁLISE PROSPECTIVA.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde, nível Mestrado, da Faculdade de Ceilândia/Campus Ceilândia da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial a título de Mestre em Ciências e Tecnologia em Saúde.

**Área de Concentração:** Promoção, Prevenção e intervenção em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Estratégias Interdisciplinares em Promoção, Prevenção e Intervenção em Saúde

**Orientador:** Prof. Dr. João Paulo Chierigato Matheus.

**Brasília - DF  
2014**

**RUTH GERALDA GERMANA MARTINS**  
[ruth.germana@gmail.com](mailto:ruth.germana@gmail.com)

**INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO HOSPITAL  
REGIONAL DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, DE 2009 A 2012:  
ANÁLISE PROSPECTIVA.**

Brasília, 26/09/2014

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

**Prof. Dr. João Paulo Chiergato Matheus** – Orientador  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde

---

**Prof. Dra. Clelia Maria de Sousa Ferreira Parreira** – Membro efetivo  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde

---

**Prof. Dra. Renata Alessandra Evangelista** – Membro efetivo  
Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

---

**Prof. Dr. Oviomar Flores** – Membro suplente  
Faculdade de Ceilândia – Universidade de Brasília  
Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologia em Saúde

## **AGRADECIMENTOS**

*Em primeiro lugar, agradeço a Deus pela força inesgotável que fui envolvida durante toda minha vida, principalmente nesses últimos dois anos, na jornada rumo ao título de Mestre.*

*Agradeço a minha família: papai Deuseles, mamãe Neide e irmão Túlio que sempre me incentivaram, acreditaram que eu poderia ir mais longe do que eu sempre acreditei. Sem vocês não sou nada, sem vocês não haveria motivos para continuar lutando. Amo vocês demais! Essa vitória é nossa!*

*Agradeço a família que me acolheu em Brasília, me auxiliando no período mais difícil que foi a saída de Minas Gerais a essa cidade que hoje chamo de “lar”. Nilda, Jonatas, Naianne, Naisy: vocês sempre terão lugar cativo no meu coração!*

*Agradeço a inúmeras experiências na área da docência que puder ter, que me fizeram enxergar que um título é fundamental para se alcançar o reconhecimento profissional.*

*Agradeço a grande amiga Juliana Rocha que me fez voltar a ter esperança de poder alcançar meu sonho que era de conseguir ser mestre. Amiga, se não fosse Deus ter nos aproximado, hoje não estaria concluindo essa fase da minha vida. Obrigada pelos puxões de orelha, as inúmeras brigas e ao carinho!*

*Agradeço ao meu orientador João Paulo, que com seu “jeitinho mineiro” e carinho, me auxiliou e me orientou na melhor direção possível. Muito obrigada!*

*Agradeço a minha grande amiga Ana Aline, minha oficial revisora de texto, que me ensinou que amizades verdadeiras virão noites, brigam e lutam lado a lado para a felicidade do outro.*

*Agradeço aos funcionários da Faculdade de Ceilândia – UnB, especialmente aos funcionários da Secretária de Pós Graduação, que sempre estiveram dispostos a nos auxiliar nas diversas dúvidas...algumas até repetitivas não é Núbia e Regiane?!*

*Agradeço a todos da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde que gentilmente me auxiliou nos períodos de aulas e reuniões, sempre me liberando para que pudesse concluir essa etapa.*

*Agradecimento à equipe do Hospital Regional de Ceilândia, equipes dos Centros de Saúde dessa localidade e em especial aos alunos: Letícia Alcântara, Rafaela Seixas, Raquel Alencar, Victória Comin, Flávio Lima, Maria Júlia e os preceptores Marcos Andrade e Dagmar Dienner do Pet-Saúde 2013 pelo apoio incondicional para a realização desse trabalho.*

*Agradeço aos professores que aceitaram o convite para fazer parte da banca de avaliação da minha dissertação: Clelia, Oviromar e em especial a professora Renata Evangelista, professora querida que acompanhou o início da minha caminhada, com 17 anos de idade, na cidade de Patos de Minas e foi uma das pessoas que me fez acreditar que eu sendo enfermeira poderia mudar a realidade de várias pessoas que precisassem. Obrigada!*

*Ao meu namorado, Carlos Eduardo, que ouviu as minhas lamurias, me confortou em vários momentos de desespero (alguns sem fundamento rsrs) mas que sempre me mostrou que eu podia conquistar mais, que eu “era boa nisso”. A você todo o meu agradecimento e amor. E a nossa frase de praxe: É nois que voa bruxão!*

*Agradeço a família de amigos que ganhei de presente em Brasília: Luciana, Kadu, Leonard, Rodrigo, Beto, Davi, Neulânio, Soraya, Leila, Paulo, Fabiano, Luciano, Markim, Rodolfo, Daniel, Mosar, Pablo, Jackeline, Flávia, Ricardo, Daniel, Renatinha, Kelly, Geyze, Sandra, Leleco....com vocês por perto tudo ficou mais fácil, tudo tomou mais cor.*

*Agradeço aos meus familiares, tios e primos, em especial aos meus padrinhos e madrinhas: Marli, Célio, Maria Helena, Flávio e aos padrinhos adotados do meu irmão: Zica, Taquinho, Aparecida, Domingos, Márcia e Reinaldo...sei que vocês sempre rezaram para que eu fosse a melhor pessoa possível e que alcançasse o céu. Agradeço por toda a atenção e carinho!*

*Agradeço aos meus amigos de longa data que sempre compreenderam minha ausência, meus sumiços: Nayane, Arielle, Rita de Cássia, Cecília, Liliane, Ana Raquel, Vanessa, Thiago Detlev, Dany...*

*E a todos que diretamente ou indiretamente estiverem próximos, aqueles que trocaram um sorriso nos dias mais difíceis, que me desejaram bom dia, que me ouviram, que me ajudaram a enfrentar mais um dia...a vocês dedico essa vitória!*

***Caíam mil homens à tua esquerda e dez mil à tua direita, tu não serás atingido.***

Salmos 91:7

## SUMÁRIO

|   |      |
|---|------|
| FIGURAS -----   | IX   |
| LISTA DE ABREVIATURAS -----   | X    |
| RESUMO -----  | XII  |
| ABSTRACT -----  | XIII |
| 1. INTRODUÇÃO GERAL-----  | 01   |
| 2. OBJETIVOS-----   | 03   |
| 3. Internações sensíveis à atenção primária à saúde no Hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, de 2009 a 2012: análise prospectiva (Cadernos de Saúde Pública ISSN 0102-311) *----- | 04   |
| 4. A criança vista no contexto das Internações Sensíveis a Atenção Primária: 2009 a 2012, Ceilândia, DF, Brasil (Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil ISSN 1519-3829)*-----                   | 19   |
| 5. Diabetes e Hipertensão no contexto das Internações Sensíveis a Atenção Primária: 2009 a 2012, Ceilândia, DF, Brasil (Revista Eletrônica de Enfermagem ISSN 1518-1944)*-----                        | 33   |
| 6. DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSOES-----  | 46   |
| 7. REFERENCIAL BIBLIOGRAFICO-----   | 47   |
| ANEXOS -----  | 50   |
| – LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS Á ATENÇÃO PRIMÁRIA   | 51   |
| –INSTRUCÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO AO CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA   | 52   |
| – INSTRUCÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL  | 61   |
| – INSTRUCÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA ELETRÔNICA DE ENFERMAGEM  | 66   |

\*Possuem paginação e referencias bibliográficas próprias não consideradas na paginação do sumário do corpo da dissertação.

## FIGURAS

| Figura | Título  | Página no documento |
|--------|---|---------------------|
| 1      | Internações Sensíveis X Internações Gerais  | 11                  |
| 2      | Percentual de internações CSAP pelas internações gerais   | 11                  |
| 3      | Destaque das internações por condições sensíveis à atenção primária no HRC – Ceilândia-DF, Brasil (2009-2012) | 12                  |
| 4      | Internações sensíveis por idade – 2009 a 2012   | 13                  |
| 1      | Correlação entre internações ICSAP X Internações gerais (0 a 14 anos)   | 24                  |
| 2      | Grupos de patologias CSAP de maior prevalência – crianças 0 a 14 anos   | 25                  |
| 3      | Comportamento nº AIHs por CSAP emitidas por faixa etária X ano  | 26                  |
| 4      | Média da porcentagem de ICSAP pelo total de internações gerais por faixa etária                               | 26                  |
| 1      | AIHs emitidas com CID 10 – Diabetes – por faixa etária – 2009 a 2012  | 39                  |
| 2      | AIHs emitidas com CID 10 – Hipertensão – por faixa etária – 2009 a 2012                                       | 39                  |
| 1      | Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária   | 50                  |

Total de 11 figuras.

**LISTA DE ABREVIATURAS**

|          |   |
|----------|---|
| ACS      | Agente Comunitário de Saúde   |
| AIDPI    | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância                                    |
| AIH      | Autorização de Internação Hospitalar  |
| APS      | Atenção Primária em Saúde   |
| CAAE     | Certificado de Apresentação para Apreciação Ética                                       |
| CID      | Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde                 |
| CNES     | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  |
| CSAP     | Condições Sensíveis à Atenção Primária  |
| DATASUS  | Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde                                   |
| DCNT     | Doenças Crônicas Não Transmissíveis   |
| DF       | Distrito Federal  |
| DM       | Diabetes Mellitus   |
| ESF      | Estratégia de Saúde da Família  |
| HAS      | Hipertensão Arterial Sistêmica  |
| HIPERDIA | Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica |
| HRC      | Hospital Regional da Ceilândia  |
| ICSAP    | Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária                                  |
| MS       | Ministério da Saúde   |
| OMS      | Organização Mundial da Saúde  |
| OPAS     | Organização Pan-Americana da Saúde  |
| PACS     | Programa dos Agente Comunitário de Saúde  |
| PAISC    | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança                                     |
| PHPN     | Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento                                       |
| PMAQ_AB  | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica                |
| PNAB     | Política Nacional de Atenção Básica   |
| PNAD     | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios   |

|             |   |
|-------------|---|
| PNAISM      | Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher  |
| PSE         | Programa de Saúde na Escola   |
| PSF         | Programa Saúde da Família   |
| RAs         | Regiões Administrativas   |
| SAS         | Secretário de Atenção à Saúde   |
| SF          | Saúde da Família  |
| SIAB        | Sistema de Informação da Atenção Básica   |
| SIH         | Sistema de Informações Hospitalares   |
| SISHIPERDIA | Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica |
| SNC         | Sistema Nervoso Central   |
| SUS         | Sistema Único de Saúde  |
| TMI         | Taxa de Mortalidade Infantil  |
| UBS         | Unidade Básica de Saúde   |
| UNICEF      | Fundo das Nações Unidas para a Infância   |

## RESUMO

Considerando que a Atenção Primária a Saúde possui a função de reorganizar, reordenar e recombina os serviços de saúde a fim de atrelar os recursos disponíveis as mais diversas necessidades da população e que uma das formas de avaliar a efetividade da assistência prestada consiste em relacionar à diminuição das internações evitáveis a assistência oportuna e adequada na atenção primária, o indicador de Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) toma destaque. Objetivo: analisar as ICSAP identificadas no Hospital Regional de Ceilândia/DF, de 2009 a 2012. Metodologia: estudo ecológico exploratório. Os dados para a elaboração do panorama, tendo como variáveis a idade e grupos de diagnósticos, foram obtidos com base na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Na análise, utilizou-se estatística descritiva com os dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Resultados: As ICSAP apresentam tendência significativa de diminuição, sendo as pneumonias bacterianas as que mais internaram no período; maior frequência para as faixas etárias de menores de 10 anos e 65 anos de idade e mais. Doenças que acometem a fase adulta e idosa, hipertensão e diabetes, se mostram significativas e em acessão. As doenças que acometem a infância e adolescência se mostram com alta prevalência nessas faixas etárias, apresentando cerca de 30% das causas de internações.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Hospitalização. Saúde da Criança.

## **ABSTRACT**

Whereas the Primary Care Health has the function to rearrange , reorder and remix health services in order to harness the available resources the diverse needs of the population and that one way to evaluate the effectiveness of the assistance is to relate the decrease preventable timely and appropriate assistance in primary care admissions, indicator Sensitive Conditions hospitalizations by Primary care (ICSAP) takes prominence. Objective: To analyze the ICSAP identified in / DF Regional Hospital Ceilândia from 2009 to 2012 Methodology : an ecological study. The data for the preparation of the panorama , with the variables age and diagnostic groups , were obtained from the Brazilian List of Hospitalizations by Primary Care Sensitive Conditions . The analysis used descriptive statistics to data from the Hospital Information System of the Unified Health System ( SIH - SUS ) . Results: The ICSAP show significant downward trend , with the bacterial pneumonia that hospitalized over the period ; greater frequency for the age groups under 10 years and 65 years of age and over . Diseases affecting adulthood and elderly , hypertension and diabetes , appear significant and accession . Diseases that affect children and adolescents are shown with high prevalence in these age groups , with about 30 % of the causes of admissions .

**KEY WORDS** : Primary Health Care Public Health . Hospitalization. Child Health.

## INTRODUÇÃO

No período posterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) representava um marco referencial para a organização dos serviços, tendo como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (“modelo hospitalocêntrico”)<sup>1</sup> que vinha e vem gerando gastos exorbitantes em saúde.

Atenção Primária a Saúde possui a função de reorganizar, reordenar e recombina os serviços de saúde a fim de atrelar os recursos disponíveis as mais diversas necessidades da população, instituindo demandas e fluxos no atendimento proporcionando mudanças no sistema anteriormente instalado, além de racionalizar o uso de tecnologia biomédica e assim diminuir gastos desnecessários neste setor.<sup>2,3,4</sup>

Surge em 1994 no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) sendo intitulado em outro momento como Estratégia Saúde da Família (ESF) priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.<sup>5,6</sup> Esta estratégia possui ações pautadas de territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da corresponsabilidade e da equidade. Desta forma fica estabelecido a priorização aos grupos de maior exposição à morbi- mortalidade reafirmando os princípios do SUS.<sup>2,3,6,7</sup>

Para melhoras e adequações da APS se faz necessário avaliação e monitoramento constante das ações implementadas. Existem diversos instrumentos e estudos de avaliação para este fim, porém, alguns não atendem toda a demanda de informação necessária e/ou não conferem os resultados esperados para tal.<sup>8,9</sup>

Nas pesquisas realizadas nos últimos tempos sobre o impacto e o desempenho da atenção básica sobre a sociedade, ganha destaque o marcador *Ambulatory Care Sensitive Conditions – ICSAP* - ou na tradução livre para o português, Internações Sensíveis à Atenção Primária, que relaciona a diminuição da proporção de internações evitáveis a assistência oportuna e adequada na atenção primária.<sup>10,11</sup>

Este indicador foi desenvolvido nos Estados Unidos no final dos anos 80. Caminalet al explicam que o CSAP consiste em lista com possíveis diagnósticos médicos que estão diretamente ligados a possíveis intervenções da atenção primária, que possuam fácil diagnóstico, são problema de saúde importante (descartando casos raros), que podem ser resolvidos na atenção básica, que necessitem de internação quando diagnosticado e que não haja incentivo financeiro para a indução do diagnóstico. Deve ser levado em consideração a necessidade desta lista ser adequada a realidade de cada região, país.<sup>12-15</sup>

Com o auxílio da lista CSAP pode ser realizado, além do levantamento previamente citado, dados comparativos do desempenho de diferentes serviços de saúde e avaliação dosefeitos das políticas nesta área, favorecendo uma maior resolutividade desses serviços e contribuindo com a qualidade e acessibilidade da atenção primária a saúde.<sup>8,10-13</sup>

A utilização do instrumento de avaliação acima descrito se deu em Ceilândia, fonte de pesquisa deste estudo. Este território se constitui como uma Região Administrativa (RA) do Distrito Federal localizado a 26 km de Brasília. Uma das mais antigas (fundada em 1971) possui, segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010, a população urbana de Ceilândia é de 398.374 habitantes enquanto no ano de 2004 era de 332.455. A taxa média geométrica de crescimento anual da Ceilândia, entre as duas PDADs 2004-2010, ainda é alta - 3,1%, considerando que, no Distrito Federal com os Censos de 2000 e 2010, essa taxa foi de 2,3%. Isto se explica, em parte, pela influência da migração interna, principalmente, com o surgimento dos condomínios Sol Nascente e Por do Sol.<sup>16</sup>

A área urbana da Ceilândia é de 29,10Km<sup>2</sup>, apresentando uma alta densidade demográfica de 13.689 habitantes/ Km<sup>2</sup> em 2010, superior à do Distrito Federal que é de 9.701,27 habitantes/ Km<sup>2</sup> (2.476.249 residentes urbanos e uma área urbana de 255,25 Km<sup>2</sup>).<sup>16</sup>

A maior parte da população é constituída por mulheres, 52%. A razão de sexo, que é expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, foi de 92,3 acima da registrada no Distrito Federal de 90,7.<sup>16</sup>

Analisando-se a distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, com base em múltiplos de salários mínimos, verifica-se que a mais expressiva é o agrupamento de mais de dois até dez SM, que concentra a metade dos domicílios. Os que recebem acima de dez SM representam somente 8,4%. Já os que recebem até dois são 37,2% SM.<sup>16</sup> Portanto, percebe-se a existência de uma população com baixo poder aquisitivo e pertencente às camadas sociais menos favorecidas.

Para estar em consonância com a equidade – um dos princípios básicos do SUS - a implantação da ESF ou de demais medidas possíveis para atenção primária deve ter como prioridade o alcance de áreas de maior exposição à pobreza e com dificuldade de acesso a serviços básicos como a saúde. Vemos desta forma que as características socioeconômicas devem ser consideradas para a interpretação do efeito que a atenção primária provoca na comunidade.<sup>9,10,15</sup> e o perfil socioeconômico da região descrita foi um dos critérios determinantes para sua escolha enquanto território de estudo.

## **OBJETIVOS**

O objetivo central desse estudo é conhecer o perfil das principais Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nas unidades de internação do Hospital de Ceilândia entre os anos de 2009 a 2012 e as variáveis que podem influenciar a ocorrência, aumento ou diminuição ao longo dos anos, destas internações.

Cada manuscrito apresentado a seguir possui seu objetivo específico:

**MANUSCRITO SUBMETIDO (1):**

Cadernos de Saúde Pública

ISSN 0102-311X

Qualificação Qualis/CAPES: A2 para a área 45 – Interdisciplinar

**Título completo****INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL, DE 2009 A 2012: ANÁLISE PROSPECTIVA.**

Sensitive internments to primary health care in the Regional Hospital of Ceilândia, Distrito Federal, Brazil, from 2009 to 2012: prospective analysis.

Internaciones Sensibles a la Atención Primaria en el Hospital Regional de la Ciudad de Ceilândia, Distrito Federal, Brasil, desde 2009 hasta 2012: Análisis Prospectiva.

**Título resumido****ICSAP NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA, DISTRITO FEDERAL: 2009-2012.**

ICSAP in the Regional hospital of Ceilândia, Distrito Federal: from 2009 to 2012.

ICSAP en el Hospital Regional de Ceilândia, Distrito Federal: 2009 hasta 2012.

**RESUMO**

Considerando que a Atenção Primária a Saúde possui a função de reorganizar, reordenar e recombinar os serviços de saúde a fim de atrelar os recursos disponíveis às mais diversas necessidades da população e que uma das formas de avaliar a efetividade da assistência prestada consiste em relacionar à diminuição das internações evitáveis a assistência oportuna e adequada na atenção primária, o indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) toma destaque. Com isso, o objetivo desse estudo é analisar as ICSAP identificadas no Hospital Regional de Ceilândia/DF, de 2009 a 2012, através de estudo ecológico exploratório. Foi realizada estatística descritiva com os dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). As ICSAP apresentam tendência significativa de diminuição, sendo as pneumonias bacterianas as que mais

internaram no período; maior frequência para as faixas etárias de menores de 10 anos e 65 anos de idade e mais.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública. Hospitalização.

#### ABSTRACT

Considering that Primary Health Care has the function of reorganizing, reordering and reassembling the health services in order to provide the resources available to the several needs of the population, and that one of the ways of assessing the effectiveness of the assistance rendered consists in relating the reduction of the avoidable internments to auspicious and appropriate assistance in the primary health care, the indicator ICSAP (Internments due to Sensitive Conditions to Primary Health Care) is highlighted. Hence, this study aims at analyzing the identified ICSAP in the Regional Hospital of Ceilândia/DF, from 2009 to 2012, through an exploratory ecological study. Descriptive statistics was performed with the data from the Information System of the SUS. The ICSAP present a significant tendency of diminishing, considering that the bacterial pneumonias are the ones that intern most people during this period; most of them were under 10 years-old or above 65 years-old.

KEY WORDS: Primary Health Care. Public Health. Hospitalization.

#### RESUMEN

La Atención Primaria de la Salud tiene la función de reorganizar, reordenar y recombinar los servicios de salud para que fueran posibles entre ellos los recursos disponibles a las más distintas necesidades de la población. Además de eso, una de las formas de evaluar la efectividad de la asistencia es relacionar la reducción de las internaciones evitables a la asistencia oportuna y adecuada durante la atención primaria de la salud, en ese sentido el indicador ICSAP (Internaciones por Condiciones Sensibles a la Atención Primaria) se pone en énfasis. El objetivo de este estudio es analizar las ICSAP identificadas en el HRC/DF, desde 2009 hasta 2012, mediante un estudio ecológico exploratorio. Para hacer este análisis, fue realizada una estadística con datos del Sistema de Información Hospitalaria del SUS. Las ICSAP presentan una tendencia significativa de disminución, pero es posible percibir aún que las neumonías bacterianas fueron las que más han causado internaciones en el período, especialmente, en las personas con más de 65 años de edad y con menos de 10 años.

PALABRAS CLAVE: Atención Primaria de la Salud Pública. Hospitalización.

## Introdução

No período posterior a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços, tendo como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (“modelo hospitalocêntrico”)<sup>1</sup> que vinha e vem gerando gastos exorbitantes em saúde.

Atenção Primária a Saúde possui a função de reorganizar, reordenar e recombina os serviços de saúde a fim de atrelar os recursos disponíveis as mais diversas necessidades da população, instituindo demandas e fluxos no atendimento proporcionando mudanças no sistema anteriormente instalado, além de racionalizar o uso de tecnologia biomédica e assim diminuir gastos desnecessários neste setor.<sup>2,3,4</sup>

Surge em 1994 no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) sendo intitulado posteriormente como Estratégia Saúde da Família (ESF) priorizando as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua.<sup>1,5</sup> Esta estratégia possui ações pautadas de territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da corresponsabilidade e da equidade. Desta forma fica estabelecido a priorização aos grupos de maior exposição à morbi- mortalidade reafirmando os princípios do SUS.<sup>2,3,6,7</sup>

Para melhoras e adequações da APS se faz necessário avaliação e monitoramento constante das ações implementadas. Existem diversos instrumentos e estudos de avaliação para este fim, porém, alguns não atendem toda a demanda de informação necessária e/ou não conferem os resultados esperados para tal.<sup>8,9</sup>

Nas pesquisas realizadas nos últimos tempos sobre o impacto e o desempenho da atenção primária sobre a sociedade, ganha destaque o marcador *Ambulatory Care Sensitive Conditions* – *ICSAP* ou na tradução livre para o português, Internações Sensíveis à Atenção Primária, que relaciona a diminuição da proporção de internações evitáveis a assistência oportuna e adequada na atenção primária.<sup>9,10</sup>

Este indicador foi desenvolvido nos Estados Unidos no final dos anos 80. Caminalet al definem que o CSAP consiste em lista com possíveis diagnósticos médicos que estão diretamente ligados a possíveis intervenções da atenção primária, que possuam fácil diagnóstico, são problema de saúde importante (descartando casos raros), que podem ser resolvidos na atenção primária, que necessitem de internação quando diagnosticado e que não

haja incentivo financeiro para a indução do diagnóstico. Deve ser levado em consideração a necessidade desta lista ser adequada a realidade de cada região, país.<sup>8,10-13</sup>

Com o auxílio da lista CSAP pode ser realizado, além do levantamento previamente citado, dados comparativos do desempenho de diferentes serviços de saúde e avaliação dos efeitos das políticas nesta área, favorecendo uma maior resolutividade desses serviços e contribuindo com a qualidade e acessibilidade da atenção primária a saúde.<sup>6, 9-13</sup>

A utilização do instrumento de avaliação acima descrito se deu em Ceilândia, fonte de pesquisa deste estudo. Este território se constitui como uma RA (Região Administrativa) do Distrito Federal localizado a 26 km do Plano Piloto de Brasília. Fundada em 1971 possui, segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010, população urbana de 398.374 habitantes enquanto no ano de 2004 era de 332.455. A taxa média geométrica de crescimento anual da Ceilândia, entre as duas PDADs 2004-2010 é alta, cerca de 3,1%, se comparada aos Censos de 2000 e 2010 no Distrito Federal (DF), que apresentou taxa de crescimento de 2,3%. Isto se explica, em parte, pela influência da migração interna, principalmente, com o surgimento dos condomínios Sol Nascente e Por do Sol.<sup>15</sup>

Cabe ainda destacar alguns dados da RA de Ceilândia. A área urbana dessa RA é de 29,10 Km<sup>2</sup> e apresentava densidade demográfica de 13.689 habitantes/ Km<sup>2</sup> em 2010, consideravelmente superior à do DF que é de 9.701,27 habitantes/ Km<sup>2</sup>.<sup>15</sup> A maior parte da população é constituída por mulheres, 52%. A razão de sexo, expressa pelo número de homens para cada 100 mulheres, foi de 92,3, também acima da registrada em todo o DF que é de 90,7.<sup>15</sup> Na distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, tem maior representação o agrupamento entre dois e dez salários mínimos (SM), que concentra a metade dos domicílios. Os que recebem acima de dez SM representam 8,4% e os que recebem até dois SM representam 37,2%.<sup>15</sup> Portanto, percebe-se a existência de uma população com baixo poder aquisitivo e pertencente às camadas sociais menos favorecidas.<sup>12,16</sup>

Para estar em consonância com a equidade, um dos princípios básicos do SUS, a implantação da ESF e demais medidas possíveis para atenção primária deve ter como prioridade o alcance de áreas de maior exposição à pobreza e com dificuldade de acesso a serviços básicos, como a saúde. Vemos, dessa forma, que as características socioeconômicas devem ser consideradas para a interpretação do efeito que a atenção primária provoca na comunidade<sup>9,10,15,17,18</sup> e o perfil socioeconômico da região descrita foi um dos critérios determinantes para sua escolha enquanto território de estudo<sup>18</sup>.

O objetivo deste estudo é conhecer o perfil das principais interações por condições sensíveis à atenção primária a saúde e suas variáveis que podem influenciar a ocorrência,

aumento ou diminuição nas internações que ocorreram no Hospital Regional de Ceilândia/DF no período de 2009 a 2012.

## **Método**

O estudo se caracteriza como ecológico de séries temporais por traçar a ocorrência da doença/condição sensível à Atenção Primária a Saúde na população de uma área bem delimitada (HRC/DF). O certificado de Apresentação para apreciação Ética (CAAE) 17082613.0.0000.5553 emitido pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, com dados secundários referentes às internações hospitalares por CSAP e ao total de internações realizadas nas unidades de internação do Hospital Regional de Ceilândia – HRC, CNES 0010480, entre os anos de 2009 a 2012.

A fonte de informação para captar as internações por CSAP foi a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que contém as informações sobre a identificação do paciente e serviços a ele prestados. As variáveis analisadas: localidade de residência, grupo de diagnósticos, internações por ICSAP e faixa etária.<sup>16,18</sup>

A geração das tabelas contendo a distribuição das CSAP baseou-se na variável “diagnóstico principal”, do Código de Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10) e do diagnóstico primário da internação hospitalar, disponível no SIH-SUS.<sup>14,17</sup>

Foram utilizados a planilha eletrônica Excel e o programa estatístico SPSS 16.0 para a codificação e separação das internações por CSAP.

## **Resultados**

Segundo dados do SIH/SUS o número de internações registradas no SUS/DF do Hospital Regional de Ceilândia foram de 16.890 em 2009, 17.939 em 2010, 17.143 em 2011 e 17.120 em 2012. Comparando-se os dados de 2009 e 2012, sofreu aumento de 16890 internações no ano de 2009 a 17939 no ano de 2010 com queda no ano de 2012 totalizando 17120 internações nesse ano.

Ao se analisar ano a ano, verifica-se que houve aumento na frequência das internações por ICSAP, parto e demais causas, considerando os anos de 2009 e 2011, e diminuição em todos os tipos de internações no ano de 2012. O maior aumento entre 2009 e 2012 ocorreu nos partos no ano de 2011 (33,65%) e ICSAP (31%).

Observa-se que mesmo apresentando pico de aumento de internações gerais em 2010, o maior número de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária se demonstra no ano de 2011 com 7610 internações em relação aos demais tipos de internações.

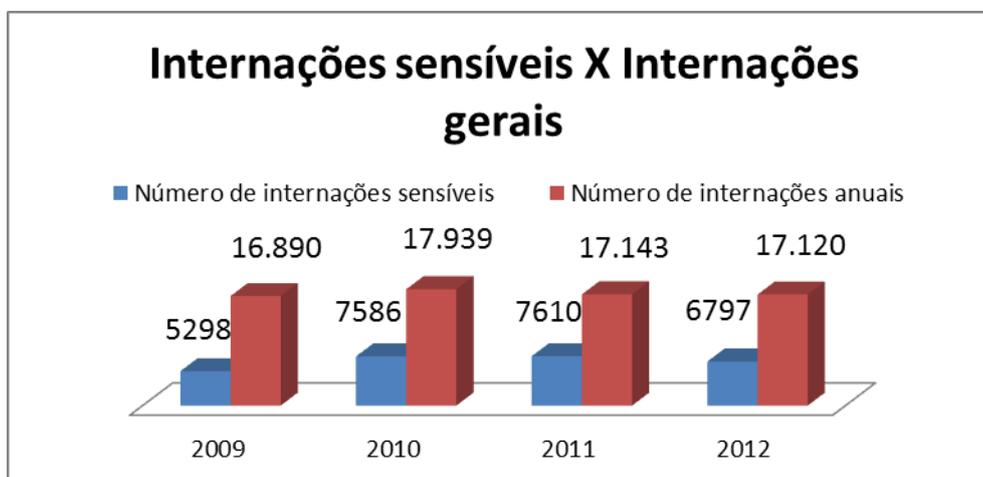


Gráfico I – Internações sensíveis X Internações gerais

Considerando apenas o comportamento das ICSAPs, ano a ano, no total das internações no período, verifica-se que, inicialmente, houve aumento na frequência desse tipo de internação, que passou de 5298, em 2009, para 7610, em 2011, e, em seguida, redução, em 2012, com uma ocorrência de 6797. No entanto, em termos proporcionais em relação ao total de internações, ocorreu redução ano a ano no período estudado: de 31%, em 2009, para 44%, em 2011, e 40%, em 2012.

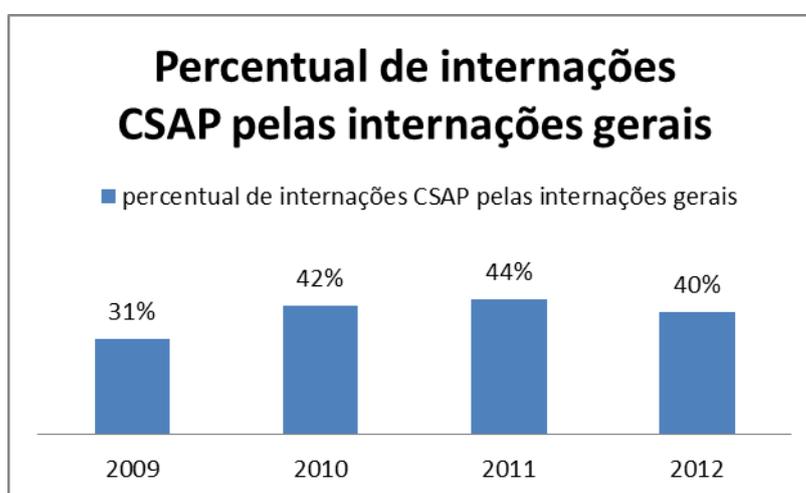


Gráfico II – percentual de internações CSAP pelas internações gerais.

Levando em consideração os dez grupos que apresentaram maior incidência dentre as internações por condição sensíveis a atenção primária temos: as pneumonias bacterianas, doenças cerebrovasculares e doenças pulmonares representando as com maior expressão entre as 10 mais relevantes e infecção de pele e tecido subcutâneo, diabetes melitus e insuficiência cardíaca com menores variações entre os anos em estudo.

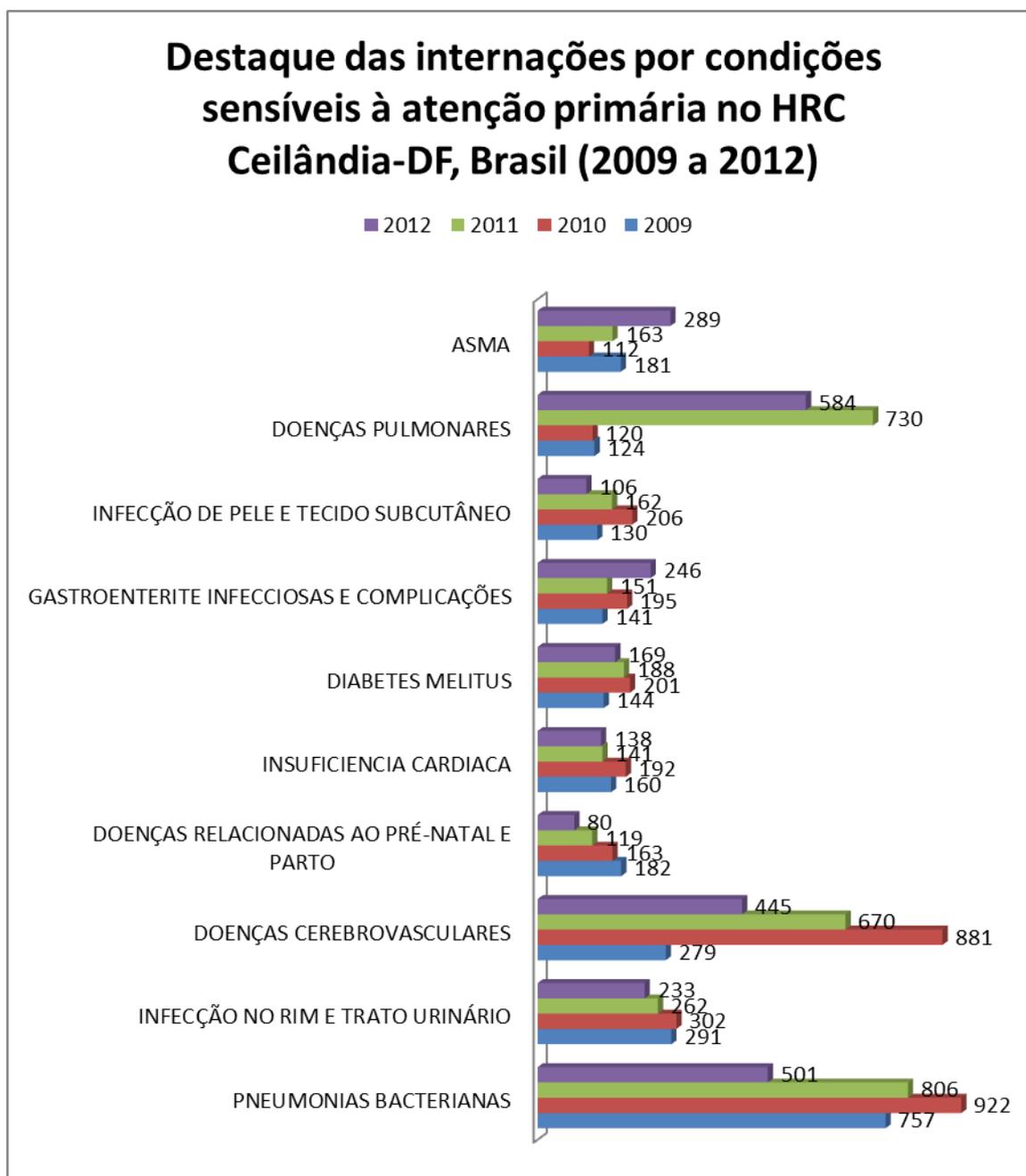


Gráfico III – Destaque das internações por condições sensíveis à atenção primária no HRC Ceilândia-DF, Brasil (2009 a 2012).

Quanto aos diagnósticos de internações, o grupo de causas de ICSAP mais incidente, em todos os anos do estudo, foi o das pneumonias bacterianas (J13, J15, J18), que representando pelo somatório dos anos estudados representa 22% das internações, tendo como segundo e terceiro lugares do número de internações: doenças cerebrovasculares - G45, G46, I63, I64, I65, I67, I69 - (17%) e infecção dos rins e trato urinário – N10, N11, N12, N30, N39 - (8%).

Como pode ser observado no gráfico III, as doenças que se mostraram mais prevalentes são as doenças que acometem as faixas etárias em maior destaque, crianças menores de 10 anos e adultos acima de 65 anos (gráfico IV).

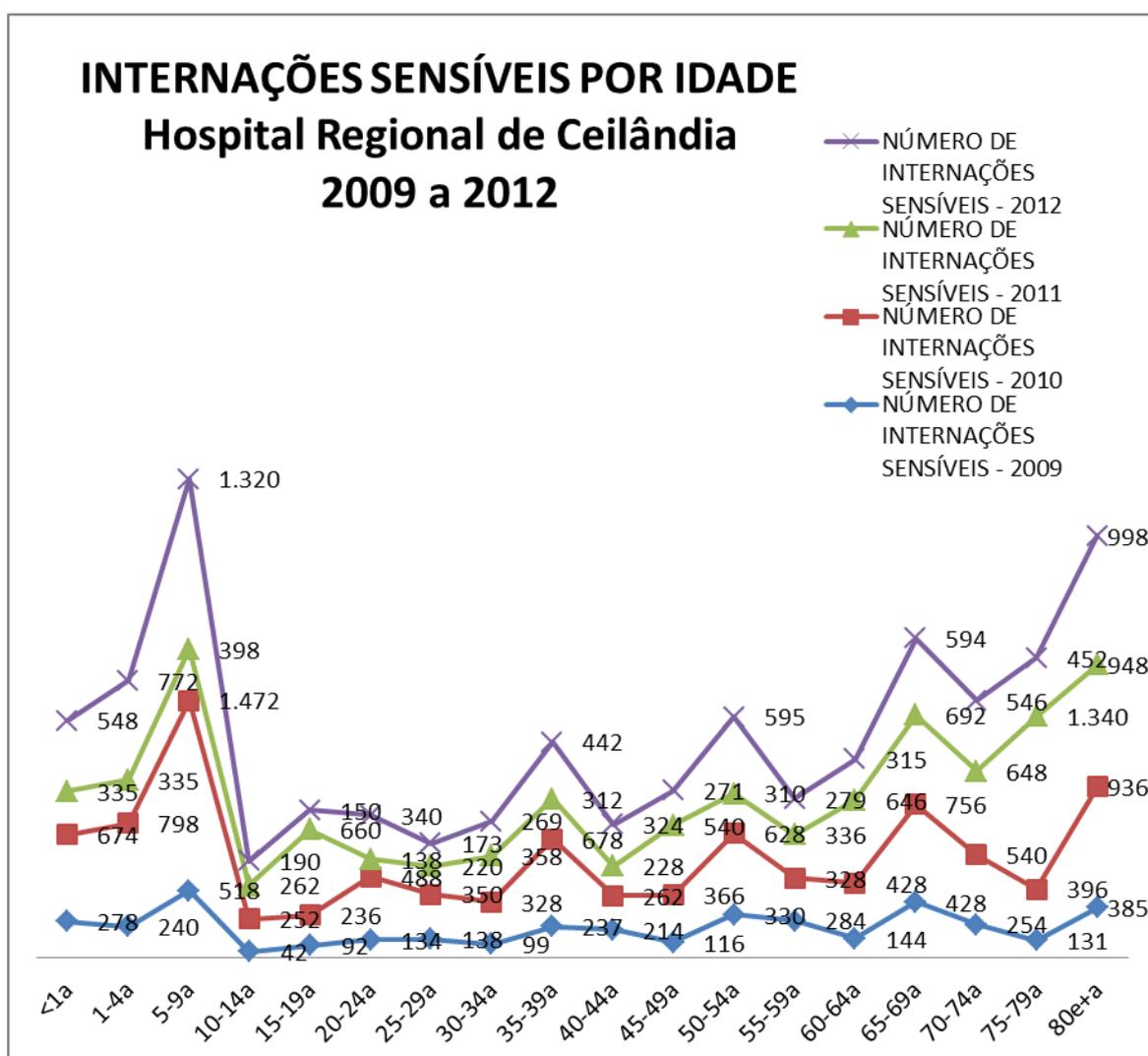


Gráfico IV – Internações sensíveis por idade – 2009 a 2012.

Ao observar o gráfico 4, nota-se que no ano de 2012 houve pico de internações sensíveis em crianças de 5 a 9 anos se comparado com o ano de 2009 que apresentou o menor número (1320 contra 240). Da mesma forma que houve crescimento considerável entre os indivíduos acima de 80 anos (998 internações em 2012 contra 385 internações em 2009).

## **Discussão**

Primeiro ponto a ser discutido, diz respeito a escolha de análise dos dados através dos dados disponíveis através das AIH's (Autorização de Internações Hospitalares) e não pelos sistemas internos da instituição investigada. Considera-se os sistemas de informação disponíveis no Sistema Único de Saúde, de grande importância e relevante fonte de informações sobre a realidade dos serviços de saúde. Além do mais, se agrega valor significativo ao levantamento de dados para pesquisas em especial as relacionadas as Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).<sup>17</sup>

Em relação aos estudos anteriormente realizados a cerca das ICSAP em território nacional, podemos notar que essa instituição, Hospital Regional de Ceilândia- HRC, que atende grande parte da população dessa localidade (acesso - distância considerável para outras instituições hospitalares), está com percentual de internações acima do encontrado na média nacional (ano de 2012 – 40% das internações gerais contra 20% da média nacional).<sup>8,9,12,16,17,18</sup>

Analisando os dados, podemos notar que semelhante ao que se esperava com a implantação de novas políticas de atenção primária, as internações por condições sensíveis nessa localidade sofreram diminuição, mesmo que em baixa quantidade. Porém, em todas as faixas houve aumento gradual ano a ano e em faixas que se esperava diminuição mais relevante devido a diversas políticas públicas específicas (Saúde da Criança, Atenção Domiciliar, HiperDia, Programas para a 3ª idade, entre outros) estas ainda se apresentam em ascensão em relação as demais patologias. A população de indivíduos menores de 10 anos apresentaram destaque, juntamente com os indivíduos maiores de 65 anos. Nesse caso, o primeiro grupo (menores de 10 anos) se contrapõe aos resultados encontrados em diversos estudos realizados em território nacional levando em consideração todas as políticas de saúde para esse grupo.<sup>3,8,9,16,17</sup>

Em relação ao grupo de indivíduos acima de 65 anos, podemos levar em consideração

pontos abordados por Rehem, Ciosak e Egry no artigo *Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil*<sup>16</sup>: as internações nessa faixa etária podem ter várias justificativas, entre elas a transição epidemiológica e demográfica com aumento da expectativa de vida e, com isso, o aparecimento de doenças especialmente as crônicas degenerativas. Além disso, as dificuldades inerentes a esse ciclo de vida, em função das dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ausência de cuidador, transporte, adesão ao tratamento em função da dificuldade de entendimento das orientações, alimentação adequada, entre outras, que podem agravar o seu estado de saúde, levando à internação hospitalar.

Deve-se dar importância especial a esta localidade devido ao alto índice encontrado em relação às internações sensíveis em relação as demais localidades pesquisadas no Brasil e procurar entender melhor essa localidade em questão.

## **Conclusão**

Dessa forma, conclui-se que o perfil das principais Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nas unidades de internação do Hospital de Ceilândia entre os anos de 2009 a 2012 que essas ainda se apresentam com grande prevalência e de forma expressiva em todos os setores analisados. Além disso, as variáveis que mais influenciaram nas ICSAP que são as políticas de saúde que proporcionam intervenções diretas através da atenção básica deverão ser implementadas ou até mesmo, serem mais estimuladas nessa população evitando maiores agravos e possíveis internações.

Pesquisas, avaliações, levantamentos qualitativos e quantitativos se fazem necessário para fundamentar e validar o uso da Lista de Internações Sensíveis a Atenção Primária no território nacional.

## **Referências**

<sup>1</sup>Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad.SaúdePública [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2012 May 30] ; 22(6): 1171-1181. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X20060006000006>.

<sup>2</sup>Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do

Ceará, 2002.

<sup>3</sup> Jeremias MS, Hallal PC. Estudos das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Lages (SC), Brasil.[Dissertação]. [Pelotas]: UFPel, 2010.

<sup>4</sup>Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

<sup>5</sup>Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc.* 2001;10(1):1-25. DOI:10.1590/S0104-12902001000100004.

<sup>6</sup>Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

<sup>7</sup>Brasil. Portaria SAS/MS nº 648/GM de 26 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

<sup>8</sup>Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2012 May 30] ; 42(6): 1041-1052. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600010>.

<sup>9</sup>Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva.* 2006;11(3):669-81. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015

<sup>10</sup>Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues NJF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2012 May 30] ; 43(6): 928-936. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000600003&lng=en). Epub Dec 18, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>.

<sup>11</sup>Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez delÁguila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria.* 2004;33(6):305-11. DOI:10.1157/13059762

<sup>12</sup> Caminal HJ, Morales EM, Sánchez RE, Cubells LMJ, Bustins PM.

Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):6-17. DOI:10.1157/13042567

<sup>13</sup> Márquez-Calderón S, Rodríguez AMM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *GacSanit*. 2003;17:360-7. DOI:10.1157/13053648

<sup>14</sup> Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS 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* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 May 30] ; 25(6): 1337-1349. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.

<sup>15</sup> Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011

<sup>16</sup> Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *Texto contexto - enferm.* [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Sep 22] ; 21( 3 ): 535-542. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300007>.

<sup>17</sup> Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc.saúdecoletiva* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Sep 22] ; 16( 12 ): 4755-4766. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024>.

<sup>18</sup> Souza RR, Costa VLC, organizadores. *A atenção à saúde no SUS São Paulo*. São Paulo (SP): Fundap; 2008.

**MANUSCRITO A SER SUBMETIDO (2):**

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (Impresso)

ISSN 1519-3829

Qualificação Qualis/CAPES: B1 para a área 45 – Interdisciplinar

**A CRIANÇA VISTA NO CONTEXTO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A  
ATENÇÃO PRIMÁRIA: 2009 A 2012, CEILÂNDIA, DF, BRASIL**

The child seen in the context of the Primary Care Sensitive Hospitalizations: 2009-  
2012, Ceilândia, DF, Brazil

*Ruth Geralda Germana Martins; João Paulo Matheus Chieregato*

RESUMO

**Objetivo:** analisar o quantitativo de internações cadastradas no SIH (Sistema de Internações Hospitalares) de crianças (0 a 12 anos) e adolescentes (12 a 14 anos) no período de 2009 a 2012 no Hospital Regional de Ceilândia – HRC no contexto de Internações Sensíveis a Atenção Primária. **Metodologia:** Estudo ecológico de séries temporais utilizando os dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Utilizou-se planilha eletrônica Excel e o programa estatístico SPSS 16.0 para a codificação e separação das internações por CSAP e após isso a retirada apenas das internações sensíveis a atenção primária para as faixas etárias correspondentes a crianças (<1 ano, 1 – 4 anos, 5 – 9 anos e de 10 – 14 anos) observando a incidência das doenças prevalentes em cada faixa de idade. **Resultados:** As ICSAP representam cerca de 34% sobre as internações gerais na faixa etária média analisada. Os grupos de patologias com maior incidência são: pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e suas complicações, doenças pulmonares, doenças cerebrovasculares e epilepsia. A faixa etária mais acometida por CSAP é a de 1 a 4 anos de idade (70% das internações gerais) e a menos acometida é a de menores de 1 ano (20% das internações gerais). **Conclusão:** É possível notar que existe grande diferença entre o que se esperava encontrar no território investigado e o contexto nacional observado nos dados citados na introdução desse artigo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Internações sensíveis a atenção primária. Saúde Pública. Saúde da Criança.

## INTRODUÇÃO

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população<sup>1</sup>. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada com medidas simples e eficazes. Dados do Ministério da Saúde<sup>1</sup> confirmam que mais de 70% desses óbitos deve-se a patologias de fácil resolutividade e que nos últimos anos, o Brasil apresentou melhora considerável nesse quadro<sup>1</sup>.

Parte da diminuição observada dessa mortalidade nos últimos anos é devida às ações simples relativas ao setor saúde, tais como o controle pré-natal, o estímulo ao aleitamento materno, a ampliação da cobertura vacinal, a utilização de sais de reidratação oral (SRO), a educação materna e a considerável queda na fecundidade nos últimos quinze anos.<sup>1,2</sup>

Apesar dos avanços alcançados no campo organizacional, com a instituição legal do SUS, ainda continua acentuado o modo predominante da hospitalização dos serviços de saúde, aqueles voltados para a doença, sem território definido e centrados no atendimento curativo e assistencial<sup>2-5</sup>. A luta se estende para alcançar mudanças nas ações de saúde que busquem a maior e melhor resolutividade das ações na sua integralidade, de forma a produzir um considerável efeito na qualidade de vida da população.<sup>3</sup>

Por volta de 1994, o Ministério da Saúde iniciou a implementação no Brasil do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo o PSF, hoje em dia, caracterizado como estratégia. Dentre as justificativas para sua implementação está o fato de que o modelo assistencial do PSF dá prioridade, além da assistência médica individual, a ações de proteção e promoção à saúde<sup>4</sup>.

O PSF como estratégia surgiu para romper com o modelo assistencialista, curativista medicamentoso e hospitalocêntrico, pautado na compra de serviços e na especialização das ações de saúde<sup>2,4</sup> tendo como foco de atenção a família, entendida a partir do meio onde vive, atuando na prestação de assistência integral, na vigilância aos grupos de risco, na prevenção, recuperação e promoção da saúde<sup>6,7</sup>.

Neste contexto, o PSF se insere como mais um recurso para o alcance das metas estabelecidas no "Pacto pela Infância" e, dentro deste propósito, o Ministério da Saúde do Brasil adotou em 1995, como política de atenção à saúde da criança menor de cinco anos, a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o UNICEF<sup>1,6-9</sup>.

A estratégia AIDPI incorporou as ações do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), porém introduzindo o conceito de integralidade. Propõe um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção, sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde<sup>1,6-9</sup>. Além do PAISC outros programas e políticas surgiram desde então pensando no binômio mãe-criança (primeira infância e os agravos que poderiam resultar de um não acompanhamento ideal da gestação, parto e puerpério) como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que surgiu em 2000, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004<sup>1</sup>.

Outro programa que foi criado em 2007, em parceria com o Ministério da Saúde e Ministério da Educação, vislumbrando a criança em idade escolar foi o Programa de Saúde na Escola (PSE) na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos e que constitui

estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica<sup>10</sup>.

Sendo assim, pesquisas realizadas nos últimos tempos sobre o impacto e o desempenho da atenção básica sobre a sociedade, ganha destaque o marcador AmbulatoryCareSensitiveConditions – ICSAP - ou na tradução livre para o português, Internações Sensíveis à Atenção Primária, que relaciona a diminuição da proporção de internações evitáveis a assistência oportuna e adequada na atenção primária.<sup>10,11</sup>

Considerando que a Estratégia de Saúde da Família tem a proposta de redução de 80 a 90% os agravos da população, espera-se a diminuição das internações hospitalares sensíveis.

A Atenção Primária da Saúde, sendo um dos pilares da política

Neste contexto, esse trabalho tem como objetivo descrever o quantitativo de internações cadastradas no SIH (Sistema de Internações Hospitalares) de crianças (0 a 12 anos) e adolescentes (12 a 14 anos) no período de 2009 a 2012 no Hospital Regional de Ceilândia – HRC no contexto de Internações Sensíveis a Atenção Primária.

## MÉTODOS

Estudo ecológico de séries temporais, com o certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 17082613.0.0000.5553 emitido pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, com total de internações realizadas nas unidades de internação do Hospital Regional de Ceilândia – HRC, CNES 0010480 e, dados secundários referentes às internações hospitalares por CSAP e ao entre os anos de 2009 a 2012.

A fonte de informação para captar as internações por CSAP foi a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que contém as informações sobre a identificação do paciente e serviços a ele prestados. As variáveis incluíram: características individuais do paciente, informações clínicas e diagnósticos principais da internação.<sup>11,12</sup>

A geração das tabelas contendo a distribuição das CSAP baseou-se na variável “diagnóstico principal”, do Código de Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10) e do diagnóstico primário da internação hospitalar, disponível no SIH-SUS.<sup>10,1</sup>

Foram utilizados a planilha eletrônica Excel e o programa estatístico SPSS 16.0 para a codificação e separação das internações por CSAP e após isso a retirada apenas das internações sensíveis a atenção primária para as faixas etárias correspondentes a crianças (<1 ano, 1 – 4 anos, 5 – 9 anos e de 10 – 14 anos) observando a incidência das doenças prevalentes em cada faixa de idade.

## RESULTADOS

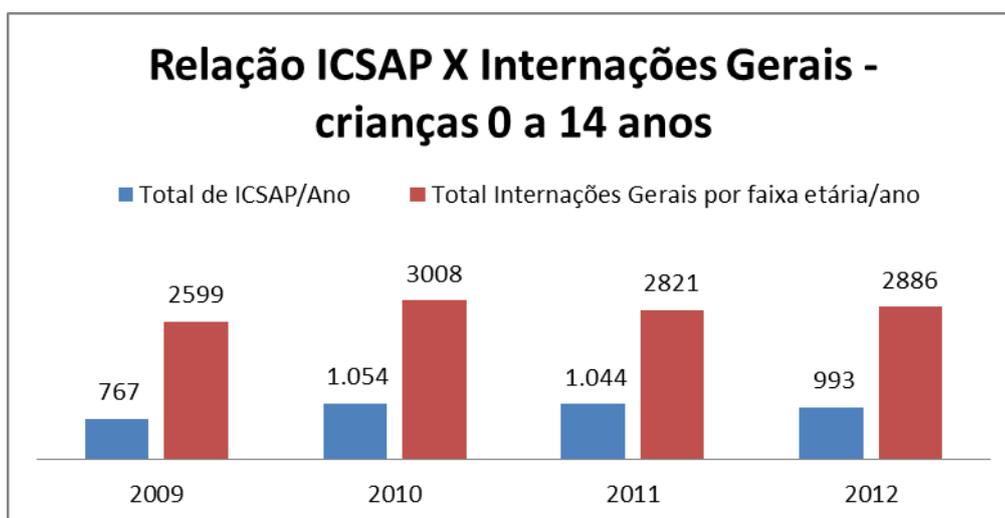
Dentre as 69.192 internações hospitalares registradas em crianças (0 a 12 anos) e adolescentes (12 a 14 anos) no período de 2009 a 2012, foram assim distribuídos: 2599 (2009); 3008 (2010); 2821 (2011); 2886 (2012).

Considerando o Hospital Regional de Ceilândia – HRC, localizado na Região Administrativa de Ceilândia – Brasília/DF, conseguimos identificar que as internações sensíveis a atenção primária (ICSAP) representam, ano a ano, em relação ao total das

internações no período, cerca de 40% das internações gerais (apresentando aumento na frequência desse tipo de internação, que passou de 5298, em 2009, para 7610, em 2011, e, em seguida, redução, em 2012, com uma ocorrência de 6797. No entanto, em termos proporcionais em relação ao total de internações, ocorreu redução ano a ano no período estudado: de 31,36%, em 2009, para 44,39%, em 2011, e 39,7%, em 2012).

Quando estratificamos as faixas etárias a serem identificadas nesse estudo, notamos que as AIH (Autorização de Internações Hospitalares) por condições sensíveis a atenção primária (CSAP) identificadas no período de 2009 a 2012 demonstram 34% das internações gerais ocorridas nas faixas etárias de 0 a 14 anos (ano de 2011 com o maior pico – 37% - 1044 AIH's por CSAP por 2821 internações gerais e, o ano de 2009 com o menor – 30% das internações gerais pela faixa etária - 767 AIH's por CSAP por 2599 internações gerais).

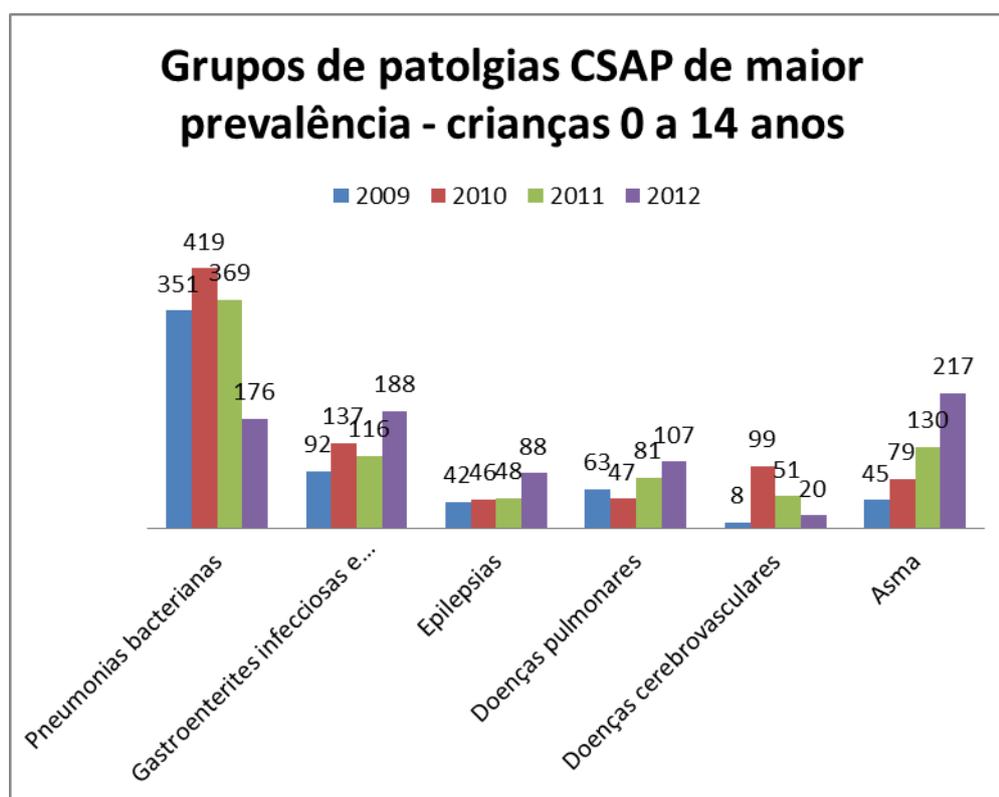
Gráfico I – Correlação entre internações ICSAP X Internações gerais (0 a 14 anos) – 2009 a 2012



As faixas etárias analisadas (<1 ano, 1 – 4 anos, 5 – 9 anos e 10 – 14 anos), apresentam os mesmos grupos de patologias representadas pelos grupos de CID's com maior incidência na ordem da maior a menor conforme segue: Pneumonias Bacterianas (J13 Pneumonia dev *Streptococcus pneumoniae* / J14 Pneumonia dev *Haemophilus influenzae* / J15 Pneumonia bacteriana NCOP/ J18 Pneumonia p/microorganismo NE), Asma (J45 Asma / J46 Estado de mal asmático), Gastroenterites infecciosas e complicações (A02 Outras infecções p/*Salmonella*/ A04 Outras infecções intestinais bacterianas / A08 Infecções intestinais virais outras e as NE/ A09 Diarreia e gastroenterite originárias infecciosas presumidas / E86

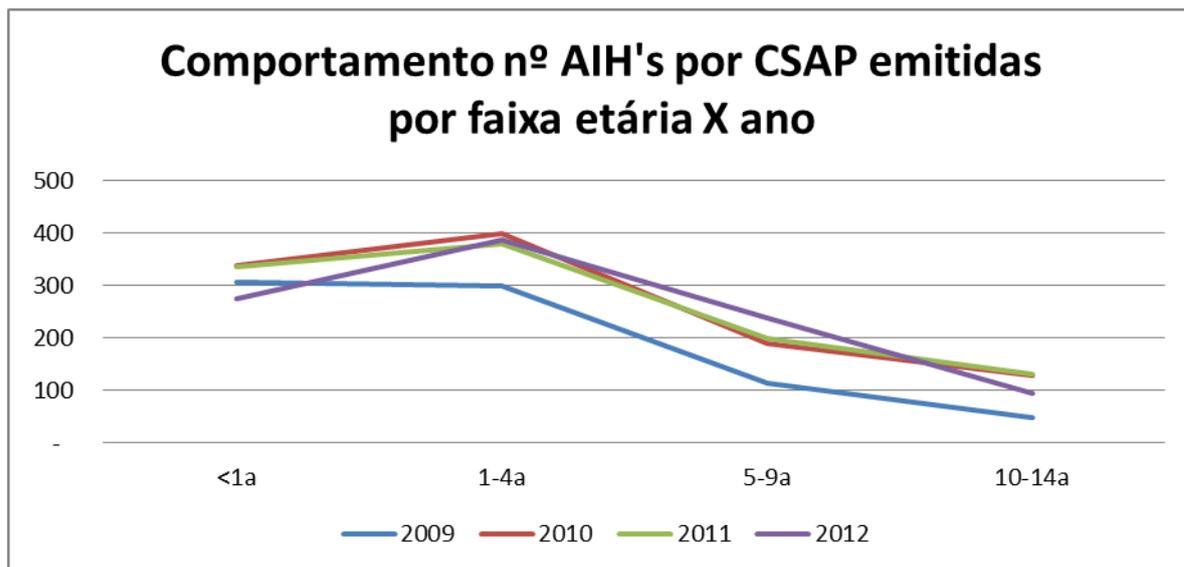
Depleção de volume), Doenças pulmonares (J20 Bronquite aguda/ J21 Bronquiolite aguda/ J41 Bronquite crônica simples e a mucopurulenta/ J44 Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas), Doenças cerebrovasculares (G45 Acidente vascular cerebral isquêmico transitório sintomático /I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico isquêmico/ I67 Outras doenças cerebrovasculares) e Epilepsia (G40 Epilepsia/ G41 Estado de mal epilético).

Gráfico II – Grupos de patologias CSAP de maior prevalência – crianças 0 a 14 anos.



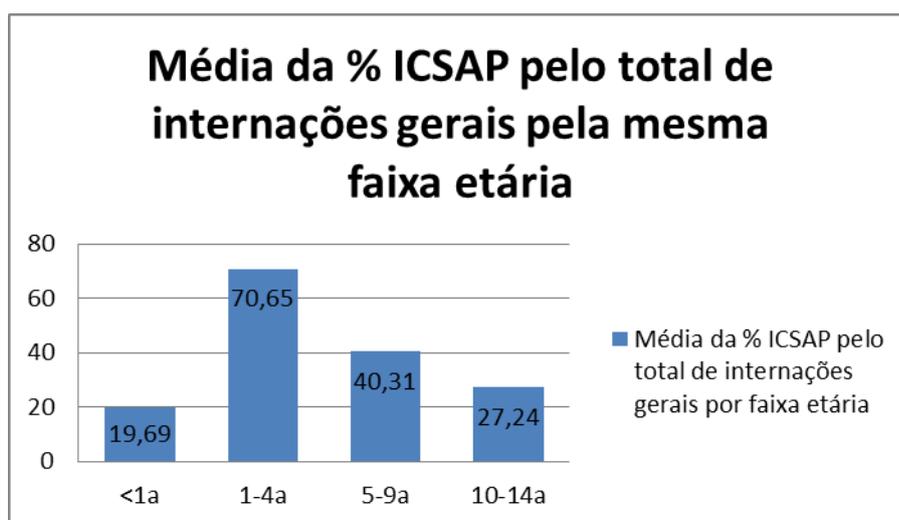
Podemos observar que o comportamento dos grupos de patologias sensíveis a atenção primária demonstram comportamento mais ou menos acentuado relacionado-se diretamente com a faixa etária em que a patologia se apresenta. Isso pode ser notado no gráfico III que demonstra que a faixa etária de 1 – 4 anos apresenta o maior pico de AIH's emitidas com patologias CSAP em cada ano e que a faixa etária de 10 – 14 anos demonstra a menor quantidade de AIH's emitidas considerando o grupo analisado.

Gráfico III – Comportamento nº AIH's por CSAP emitidas por faixa etária X ano



Fato relevante é que a faixa etária de 1 – 4 anos apresenta-se com o maior número de AIH's emitidas com patologias por causas evitáveis, sendo cerca de 70% sobre as internações gerais pela faixa etária ocorridas no período (maior pico em 2010 – 73,89% e menor pico em 2012 – 66,04%). A faixa etária com menor incidência de AIH's por causa sensíveis foi a de < 1 ano (maior pico em 2011 – 21,78% e menor pico em 2012 – 18,54%).

Gráfico IV – Média da porcentagem de ICSAP pelo total de internações gerais pela mesma faixa etária.



DISCUSSÃO

Primeiro ponto a ser discutido diz respeito a escolha de análise dos dados disponíveis nos bancos em relação as AIH's (Autorização de Internações Hospitalares) e não pelos sistemas internos da instituição investigada. Considera-se os sistemas de informação disponíveis no Sistema Único de Saúde de grande importância e relevante fonte de informações sobre a realidade dos serviços de saúde. Além do mais, se agrega valor significativo ao levantamento de dados para pesquisas, em especial as relacionadas as Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP).<sup>11-13</sup>

Uma das limitações encontradas na realização desse estudo se mostra através do banco de dados utilizado, SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) que apesar de ser a maior base, no Brasil, de dados disponíveis sobre internações hospitalares, ele ainda apresenta alguns problemas de registro de dados. Entre eles estão os relacionados ao diagnóstico da internação, decorrente da precariedade das informações no prontuário do paciente; dos problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela CID e às fraudes para aumentar o reembolso financeiro das instituições de saúde contratadas<sup>14,15</sup>.

Em relação aos estudos anteriormente realizados em território nacional sobre as ICSAP, podemos notar que essa instituição, Hospital Regional de Ceilândia- HRC, que atende grande parte da população dessa localidade (acesso - distância considerável para outras instituições hospitalares), está com percentual de internações acima do encontrado na média nacional (ano de 2012 – 40% das internações gerais contra 20% da média nacional)<sup>11-13,16,17</sup>.

Como pode-se notar, nos dados levantados nesse estudo, duas dessas patologias estão bem representadas, demonstrando ser as mais prevalentes – pneumonias e doenças gastrointestinais.

Os resultados encontrados contradizem a situação de melhoria a nível nacional e pode ser justificada por três grandes fatores: desigualdade social característica do território onde o serviço de saúde estudado se localiza / as deficiências dos serviços locais (medicamento, profissionais) / aspectos culturais de comportamento (os três fatores são complexos e interligados, não devendo ser analisados de forma isolada).<sup>21,22</sup>

Dessa mesma forma não se faz diferente a alta incidência nas faixas etárias trabalhadas nesse trabalho, demonstrando a fragilidade em relação a essas patologias mesmo com os inúmeros programas incentivados pelo Ministério da Saúde.<sup>6,21</sup>

Em relação à desigualdade social, dados apresentando na pesquisa de Gill (2012) apontam que apesar do imenso avanço tecnológico observado nas últimas décadas, as doenças infecciosas e as deficiências nutricionais ainda são responsáveis por mais de 11 milhões de mortes infantis a cada ano no mundo, sendo a maioria dessas mortes nos países em

desenvolvimento<sup>1</sup>. Nesses países muitas crianças morrem antes de completar cinco anos de idade e muitas das que sobrevivem não crescem nem desenvolvem todo o potencial esperado. São cinco as causas principais de morte dessas crianças: doenças pulmonares (pneumonia como a principal), doenças gastrointestinais, desnutrição, sarampo e malária, todas passíveis de tratamento e prevenção<sup>1,6</sup>. Além disso, essas mesmas causas acometem, em todo o mundo, três em cada quatro crianças que buscam atenção médica.<sup>6</sup>

O quadro supracitado, se reproduz com frequência em áreas periféricas e menos desenvolvidas de regiões ditas desenvolvidas<sup>1,6,17</sup>. A Regional de Ceilândia que se localiza a 26 Km do Plano Piloto, região mais desenvolvida do Distrito Federal. A distribuição de renda domiciliar bruta mensal nessa regional de maior representatividade é o agrupamento entre dois e dez salários mínimos (SM), que concentra a metade dos domicílios. Os que recebem acima de dez SM representam 8,4% e os que recebem até dois SM representam 37,2%<sup>18</sup>.

Várias condições contribuem para tornar difícil o controle das doenças de maior prevalência na infância, entre as quais as condições inadequadas de vida, incluindo o fornecimento deficiente de água potável, a má higiene e a aglomeração familiar, que promovem a disseminação rápida de doenças.<sup>1,2,4,6,21,22</sup>

Fatores culturais que interferem no conhecimento do processo saúde-doença como os que as crianças doentes possam enfrentar, como os pais que deixam de buscar atenção a saúde de seus filhos - onde poderiam receber tratamento necessário – por não reconhecerem que estes possam estar gravemente doentes. É possível ainda que não se reconheça que a criança possa apresentar mais de uma condição que necessite de atenção e tratamento, ou ainda que práticas comunitárias não adequadas e prejudiciais, resultantes de credices populares, possam complicar o problema da criança.<sup>19,21,22</sup>

Além disso, deficiências do sistema de saúde, são possíveis, ao se buscar uma unidade de saúde. O atendimento recebido pode não ser efetivo podendo os profissionais de saúde não estarem devidamente capacitado e/ou não haver disponibilidade dos medicamentos necessários. Soma-se a isto o fato conhecido de que, em geral, os medicamentos são utilizados de maneira excessiva e muitas vezes em perigosas combinações<sup>19</sup>. Finalmente, com relação à nutrição, as práticas alimentares deficientes e o uso de substitutos do leite materno elevam o risco de infecção e de morte, especialmente para as crianças menores de um ano de idade<sup>1,19</sup>.

A manifestação de crises epiléticas na infância é uma doença muito comum, ocorrendo entre 0,5% a 1% da população mundial, dados brasileiros indicam prevalência de 1,8%. Isso significa um total aproximado de 3 milhões de pacientes no País<sup>20</sup>. Em diversos estudos, demonstrando a primeira crise, ocorrem antes dos cinco anos de vida tendo como

principais causas: convulsões febris, distúrbios genéticos (síndromes metabólicas, degenerativas, de epilepsia primária), infecção do SNC, distúrbios do desenvolvimento, traumatismo ou idiopáticas<sup>1,19,20,21</sup>. Aponta-se nessas situações particulares a importância de orientações para os familiares e encaminhamento ao especialista, caso as intervenções iniciais pela equipe do PSF não terem surtido o efeito esperado<sup>20</sup>.

Em relação aos inúmeros casos de internações por doenças cerebrovasculares, não foi encontrado justificativa literária para tal acontecimento, podendo ser alguma interferência local como até mesmo diversas internações, em períodos diferentes, dos mesmos pacientes já acometidos anteriormente. Sabemos que as doenças cerebrovasculares citadas nesse estudo não costumam acometer as faixas etárias analisadas devendo assim abrir um leque de possíveis pesquisas posteriores.

## CONCLUSÃO

É possível notar que existe grande diferença entre o que se esperava encontrar no território investigado e o contexto nacional observado nos dados citados na introdução desse artigo.

Observa-se que diversos fatores complexos e interligados, devem ser analisados de forma conjunta e que refletem uma dada realidade loco-regional apontando para as desigualdades regionais no que tange o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Dessa forma, abre-se margem para novos estudos e possíveis argumentações sobre o tratado estudo.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1 . Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Rocha da Costa e Silva Noronha MG, Sodré Cardoso P, Nemoto Piccoli Moraes T, Centa MdL. Resiliência: nova perspectiva na Promoção da Saúde da Família?. *Ciência & Saúde Coletiva* 2009; 14:497-506. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013532018>. Consultado el 20 de agosto de 2014.

3. Da Ros MA. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP e Ensp-Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de LudwikFleck [tese]. Florianópolis (SC): CCE-UFSC; 2000.
4. Senna MCM, Mello ALR, BodsteinR. A Estratégia Saúde da Família no DLIS - Manguinhos. In: Bods-tein LZ, Zancan L, Marcondes WB. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Maguinhos. Rio de Janeiro: Abrasco / Fiocruz; 2002. p.15-37.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886 de 18de dezembro de 1997. Brasília: Ministério da Saúde;1997.
6. Vidal Suely Arruda, Silva Eroneide Valéria da, Oliveira Maria da Graça, Siqueira Ana Maria, Felisberto Eronildo, Samico Isabella et al . Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [serial on the Internet]. 2003 June [cited 2014 Aug 20] ; 3( 2 ): 205-213. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292003000200011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000200011&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292003000200011>.
7. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): O Ministério; 1997.
8. Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J, editores. Ações de saúde materno infantil a nível local segundo as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Washington (DC): OPAS; 1997. (Serie HCT/AIEPI-4).
9. Benguigui Y. Perspectivas em elcontrol de enfermedades em losniños: Atención Integrada a lasEnfermedades Prevalentes de la Infância. RevBras Saúde Materno Infantil 2001; 1: 7-19.
10. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, 5 dezembro 2007. Brasília: Presidência da Republica; 2007.
11. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS 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. SaúdePública [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 May 30] ; 25(6): 1337-1349. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2009000600016>.
12. Caminal HJ, Morales EM, Sánchez RE, Cubells LMJ, Bustins PM.

Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):6-17. DOI:10.1157/13042567

13. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *TextoContexto - enferm.* [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Sep 22]; 21(3): 535-542. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S010407072012000300007>.

14. Bittencourt SA, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):19-30.

15. Rehem, Tania Cristina Morais Santa Barbara, and Emiko Yoshikawa Egry. "Internment for conditions suitable for primary healthcare in Sao Paulo state." *Ciência & Saúde Coletiva* 16.12 (2011): 4755-4766.

16. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2011 Dec [cited 2013 Sep 22]; 16(12): 4755-4766. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024>.

17. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2012 May 30]; 42(6): 1041-1052. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600010>.

18. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):669-81. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

20. Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011.

21. Brasil. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana

da Saúde. – 2. ed.rev – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea : queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 290 p.

23. AGERTT et al. Tratamento do estado de mal epiléptico em pediatria. J. EpilepsyClin. Neurophysiol. United States, v. 11, n. 4, p. 183-188, 2005.

**MANUSCRITO A SER SUBMETIDO (3):**

Revista Eletrônica de Enfermagem

ISSN 1518-1944

Qualificação Qualis/CAPES: B1 para a área 45 – Interdisciplinar

## **DIABETES E HIPERTENSÃO NO CONTEXTO DAS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA: 2009 A 2012, CEILÂNDIA, DF, BRASIL**

Diabetes and Hypertension in the context of Sensitive Hospitalizations Primary Care:  
2009-2012, Ceilândia, DF, Brazil

*Ruth Geralda Germana Martins; João Paulo Matheus Chieregato*

### RESUMO

Objetivo: analisar o comportamento das internações por diabetes e hipertensão no período de 2009 a 2012 no Hospital Regional de Ceilândia – HRC, cadastradas no SIH (Sistema de Internações Hospitalares). Metodologia: análise descritiva com os dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS). Utilizou-se planilha eletrônica Excel e o programa estatístico SPSS 16.0 para a codificação e separação das internações por CSAP e após isso a retirada apenas das internações sensíveis a atenção primária para os casos de internação por diabetes ou hipertensão. Conclusão: Encontrou-se maior incidência de casos na faixa superior a 60 anos de idade conforme a literatura citada. Levanta-se a importância de utilização da lista de ICSAP para avaliação de programas específicos de atenção primária.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão. Diabetes. Internações Sensíveis a Atenção Primária. Hospitalização. Saúde Pública.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, porém se destaca nos países em desenvolvimento, alterando a configuração anteriormente instalada, quando se predominava o aumento da população jovem (abaixo de 12 anos)<sup>1,2</sup>. Com esse fator, algumas patologias antes não prevalentes começam a tomar destaque, como as doenças crônicas não transmissíveis.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interações de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos, longo período de latência e longo curso assintomático, curso clínico em geral prolongado e permanente, manifestações clínicas com

períodos de controle e exacerbação e evolução para graus variados de complicações, incapacidade e morte<sup>3,4</sup>.

Os gastos decorrentes de DCNT, no Brasil, são responsáveis por 1.150.000 das internações anuais realizadas no SUS, com um custo aproximado de 475 milhões de reais/ano. Parte deste dispêndio poderia ser evitada se houvesse uma preocupação efetiva com a prevenção e promoção em saúde<sup>3,5</sup>.

A diabetes (DM) e a hipertensão (HAS) são exemplos de DCNT, que apesar de serem doenças de baixa gravidade, caracterizam-se por sua cronicidade e por serem fatores de risco para inúmeros acometimentos cardiovasculares. As principais causas para este aumento além do envelhecimento é a persistência de péssimos hábitos de vida como: o tabagismo, o sedentarismo, a alimentação inadequada, a obesidade, a dislipidemia e o consumo de álcool<sup>5,6</sup>. A intervenção sobre doenças crônicas em nível de Atenção Primária a Saúde (APS), especialmente diabetes, hipertensão arterial, asma, insuficiência cardíaca e depressão, é bem efetiva. APS associa-se à melhoria nos indicadores de processo (tomada de decisões baseadas em evidências em prescrições medicamentosas, solicitação de exames complementares e outras avaliações) ou de resultados intermediários (melhoria do controle pressórico, lipídico e glicêmico, diminuição de consultas com especialistas focais e idas à emergência). Além disso, há maior satisfação dos pacientes e tendência de redução dos custos em saúde.<sup>7,8</sup> Serviços cujas ações baseiam-se nos principais atributos de APS utilizam como estratégias para o manejo das doenças crônicas: sistema de saúde organizado, articulação comunitária, apoio e estímulo ao auto-cuidado, e integração de informações.<sup>9</sup>

A HAS e o DM são problemas de saúde considerados próprios da APS ou condições sensíveis ao seu cuidado, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas na APS evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares<sup>3,10</sup>.

Criado em 2001, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo este, denominado HiperDia, visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares. Este programa objetiva abordar os agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede primária dos Serviços de Saúde/Sistema Único de Saúde<sup>5</sup>. Tais programas reafirmaram seu conceito e reorganizaram suas práticas num ambiente em equipe e participativo, dirigido a populações de territórios específicos através da regionalização<sup>5-8</sup>.

O HiperDiaprivilegia a abordagem conjunta e integrada da equipe multiprofissional do PSF, tornando-se imprescindível que esses profissionais desenvolvam ações que possibilitem não só um trabalho multidisciplinar, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, em que deverão ser traçadas conjuntamente as ações necessárias para a recuperação e manutenção da saúde dos usuários portadores dessas doenças<sup>6</sup>.

O programa “Farmácia Popular” foi criado em 2004 que tem objetivo de ampliar o acesso de toda população aos medicamentos cumprindo uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica<sup>7</sup>. As unidades próprias contam com um elenco de 112 medicamentos, mais os preservativos masculinos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo representando uma redução de até 90% do valor de mercado. A condição para a aquisição dos medicamentos disponíveis nas unidades, neste caso, é a apresentação do CPF juntamente com uma receita médica ou odontológica<sup>7</sup>.

Apesar disso, a criação de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares não são garantia de resolutividade do problema<sup>3</sup>.

Para que possamos ter uma APS (Atenção Primária a Saúde) de qualidade devemos avaliar as ações prestadas a comunidade. Um ponto relevante é a identificação de indicadores para a avaliação dos serviços que não compreende tarefa fácil, dada a multiplicidade de ações desse nível de atenção. Indicadores de atividade hospitalar, principalmente hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), são propostos para avaliar a efetividade da APS. Esse indicador foi criado para avaliar o acesso a serviços de saúde ambulatorial nos Estados Unidos no fim da década de 1980 e passou a ser utilizado para comparação da efetividade de modelos de APS.<sup>4-6</sup>

A utilização do indicador de avaliação acima descrito se dará em Ceilândia, fonte de pesquisa deste estudo. Este território se constitui como uma RA (Região Administrativa) do Distrito Federal localizado a 26 km de Brasília. Uma das mais antigas (fundada em 1971) possui, segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010, a população urbana de Ceilândia é de 398.374 habitantes enquanto no ano de 2004 era de 332.455<sup>8</sup>. A taxa média geométrica de crescimento anual da Ceilândia, entre as duas PDADs 2004-2010, ainda é alta - 3,1%, considerando que, no Distrito Federal com os Censos de 2000 e 2010, essa taxa foi de 2,3%. Isto se explica, em parte, pela influência da migração interna, principalmente, com o surgimento dos condomínios Sol Nascente e Por do Sol.<sup>8</sup>

A área urbana da Ceilândia é de 29,10 Km<sup>2</sup>, apresentando alta densidade demográfica de 13.689 habitantes/ Km<sup>2</sup> em 2010, superior à do Distrito Federal que é de 9.701,27 habitantes/ Km<sup>2</sup> (2.476.249 residentes urbanos e uma área urbana de 255,25 Km<sup>2</sup>).<sup>8</sup>

Analisando-se a distribuição da renda domiciliar bruta mensal, segundo as classes de renda, com base em múltiplos de salários mínimos, verifica-se que a mais expressiva é o agrupamento de mais de dois até dez salários mínimos, que concentra a metade dos domicílios. Os que recebem acima de dez salários mínimos representam somente 8,4%. Já os que recebem até dois são nada menos que 37,2% SM<sup>8</sup>. Portanto, percebe-se a existência de uma população com baixo poder aquisitivo e pertencente às camadas sociais menos favorecidas.<sup>8</sup>

Para estar em consonância com a equidade – um dos princípios básicos do SUS - a implantação da ESF ou de demais medidas possíveis para atenção primária deve ter como prioridade o alcance de áreas de maior exposição à pobreza e com dificuldade de acesso a serviços básicos como a saúde. Vemos desta forma que as características socioeconômicas devem ser consideradas para a interpretação do efeito que a atenção primária provoca na comunidade.<sup>7,8,9,10,11</sup> e o perfil socioeconômico da região descrita foi um dos critérios determinantes para sua escolha enquanto território de estudo<sup>11</sup>.

Esse trabalho possui como objetivo analisar o comportamento das internações por diabetes e hipertensão no período de 2009 a 2012 no Hospital Regional de Ceilândia – HRC, cadastradas no SIH (Sistema de Internações Hospitalares).

## MÉTODO

Estudo ecológico de séries temporais, com o certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 17082613.0.0000.5553 emitido pelo COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF, com dados secundários referentes às internações hospitalares por CSAP e ao total de internações realizadas nas unidades de internação do Hospital Regional de Ceilândia – HRC, CNES 0010480, entre os anos de 2009 a 2012.

A fonte de informação para captar as internações por CSAP foi a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), que contém as informações sobre a identificação do paciente e serviços a ele prestados. As variáveis incluíram: características individuais do paciente, informações clínicas e diagnósticos principais da internação.<sup>12,13</sup>

Além desses dados, foram utilizados os bancos de dados relacionados ao HiperDia disponíveis no site do Ministério da Saúde (SISHiperDia). A geração das tabelas contendo a distribuição das CSAP baseou-se na variável “diagnóstico principal”, do Código de

Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão (CID-10) e do diagnóstico primário da internação hospitalar, disponível no SIH-SUS.<sup>8,12</sup>

Foram utilizados a planilha eletrônica Excel e o programa estatístico SPSS 16.0 para a codificação e separação das internações por CSAP e após isso a retirada apenas das internações sensíveis a atenção primária pelos CID's correspondentes a Hipertensão e a Diabetes.

## RESULTADOS

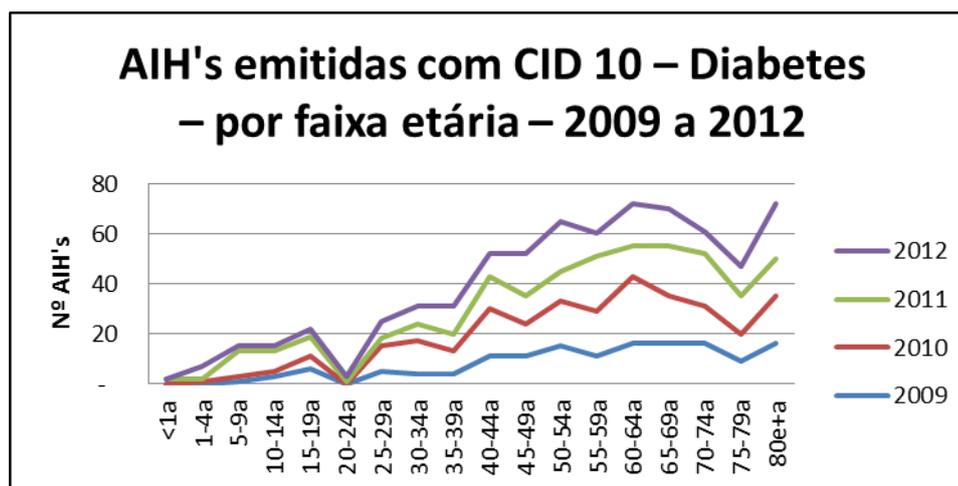
Considerando o Hospital Regional de Ceilândia – HRC, localizado na Região Administrativa Ceilândia, conseguimos identificar que as internações sensíveis à atenção primária (ICSAP) representam, nos últimos quatro anos, em relação ao total das internações no período, cerca de 40% das internações gerais. As ICSAP passaram de 5298 (2009) para 7610(2011), e, em seguida, redução, em 2012, com uma ocorrência de 6797. No entanto, a proporção em relação ao total de internações reduziu no período estudado: de 31,36%, em 2009, para 44,39%, em 2011, e 39,7%, em 2012).

Quando estratificamos as patologias crônicas a serem identificadas nesse estudo, notamos que as AIH (Autorização de Internações Hospitalares) identificadas no período de 2009 a 2012 demonstram que a Diabetes como a Hipertensão, em relação as ICSAP, apresentam comportamentos diferentes entre elas. As internações totais desse período, ocorridas por Diabetes, representam cerca de 4,5%. Nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 foram registradas, respectivamente 144, 201, 188 e 169. Já as internações por Hipertensão representam aproximadamente de 3,5%. Nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012 foram registradas, respectivamente 80, 110, 142,178 AIHs emitidas.

As patologias analisadas, hipertensão e diabetes, apresentam comportamentos diferenciados no número de internações significativo, sendo as AIH's registradas com CID's de diabetes (CID's 10 principais encontrados: E10 - Diabetes mellitus insulino-dependente, E11 - Diabetes mellitus nao-insulino-dependente, E12 - Diabetes mellitus relacionados c/a desnutrição, E13 - Outros tipos especificos de diabetes mellitus) passando de 144 em 2009 a 201 casos em 2010 e queda brusca em 2012 – 169 casos identificados em contrapartida os registros de hipertensão (CID 10 principal: I10 Hipertensão essencial) apresentam queda moderada e aumento brusco nos anos considerados (80 em 2009, 110 em 2010 e 178 em 2012).

Em relação às faixas etárias identificadas através das AIH's do período analisado, podemos notar que as duas patologias apresentaram-se com maior pico de incidência nas faixas 60 a 64 anos e acima de 80 anos.

Gráfico I –AIH's emitidas com CID 10 – Diabetes – por faixa etária – 2009 a 2012



Quanto a hipertensão, podemos notar no gráfico II que apresenta aumento gradativo a partir da faixa etária de 30-49 anos e pico na faixa 80 anos ou mais.

Gráfico II – AIH's emitidas com CID 10 – Hipertensão – por faixa etária – 2009 a 2012



Realizando o levantamento junto ao portal SISHIPERDIA, na aba Relatórios de Indicadores da Situação de Agravos, vemos que o percentual de indivíduos cadastrados no

sistema em relação a população alvo estimada é de 88,79% de hipertensos e 47,29% de diabetes cadastrados no sistema<sup>19</sup>.

## DISCUSSÃO

O monitoramento das ICSAP - estabelecido na Portaria Ministerial nº 221, de 17 de abril de 2008 que definiu a lista brasileira de internações por condições sensíveis - serve como avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal<sup>20</sup>.

A disponibilidade de informações secundárias de abrangência nacional sobre internações hospitalares, como as ICSAPs, AIHs, mesmo que limitada às internações pagas pelo SUS, pode representar potente fonte de informação para a avaliação e o monitoramento da atenção básica oferecida pelo sistema<sup>8</sup>.

Os dados levantados revelam que o perfil de pacientes que apresentam diabetes ou hipertensão se destacam nas faixas etárias entre 60 e 64 anos e acima de 80 anos, em concordância com a literatura científica<sup>14</sup>. Segundo Capilheira (2011)<sup>14</sup> essa predominância se relaciona a maior utilização dos serviços de saúde e ao aumento da prevalência de doenças crônicas relacionadas com a idade. Além disso, o aumento na incidência das DCNT ocorre com grande frequência em populações idosas, pelo acúmulo de fatores de risco<sup>14,15</sup>.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), no Brasil, atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, porém, principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como idosos e indivíduos de baixa escolaridade e renda<sup>16</sup>. Constata-se, que a maioria da população desse estudo pertence a classes sociais com menor poder aquisitivo e com possível menor grau de escolaridade. Esse fato reforça os dados da literatura de que piores condições socioeconômicas estão relacionadas a maior possibilidade de morbimortalidade. Estudo realizado em Porto Alegre, cidade com índice de desenvolvimento humano (IDH) relativamente alto (0,865), demonstra que quase metade dos óbitos precoces por doença cardiovascular, tendo como fator predisponente a hipertensão e diabetes, poderia ser evitada se as condições socioeconômicas de alguns bairros da cidade melhorassem<sup>17</sup>. Uma limitação desse estudo é que não podemos identificar as principais causas das internações ocorridas por Diabetes e Hipertensão, porém algumas já são apontadas pela literatura<sup>21</sup>. Sabemos que várias são as abordagens necessárias para contenção do aumento de casos de diabetes e hipertensão e que o tratamento das duas patologias se mostra semelhantes. Porém, a abordagem pelas equipes da Atenção Primária em iniciar o tratamento

dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso se põe como ponto chave para diminuição da incidência de internações sensíveis por Diabetes e Hipertensão<sup>18</sup>.

O programa HiperDia<sup>5,6,16,17,18,19</sup> estabelece as seguintes recomendações para acompanhamento aos pacientes acometidos por essas patologias:

... facilitar o acesso; orientar os pacientes sobre o problema, seu caráter silencioso, a importância da adesão à terapêutica, envolver a estrutura familiar e/ou apoio social; estabelecer o objetivo do tratamento; manter o tratamento simples, prescrevendo medicamentos que constam na RENAME, que estão disponíveis na farmácia primária e/ou na farmácia popular; encorajar modificações no estilo de vida; integrar o uso da medicação com as atividades cotidianas; prescrever formulações favorecendo a longa ação; tentar nova abordagem em terapias sem sucesso; antecipar para o paciente os efeitos adversos e ajustar a terapia para minimizá-los; adicionar gradualmente drogas efetivas.

Para que todas essas medidas possam ser realizadas e que todo indivíduo portador de diabetes e/ou hipertensão seja acompanhado, se faz necessário conhecer a população e acompanhá-la através do Programa de Saúde da Família e do Programa do HiperDia<sup>20</sup>.

Embora apresente número de cadastros mais significativo no banco SISHIPERDIA sobre hipertensos<sup>18,19</sup>, o Distrito Federal possui como programa claramente desenvolvido voltado aos portadores de Diabetes, com atendimento nos Centros de Saúde (atendimento individual, grupos e distribuição de medicamentos) e Centros de Referenciamento Hospitalar. No site da Secretaria de Saúde é possível encontrar referência a Hipertensão dentro do Programa de Saúde ao Homem, esse em fase de implantação/implementação<sup>23</sup>. Mesmo o programa Farmácia Popular se mostrando presente em toda a localidade estudada se vincula diretamente a assistência previa e regular na Atenção Primária – necessidade de Receita Médica que deve ser atualizada a cada seis meses.<sup>7,23</sup>

Nesse ponto, devemos considerar que o SUS se organiza com a responsabilidade compartilhada, tripartite, e que compete às Secretarias Municipais e do Distrito Federal conhecer sua população dando suporte para a implementação das políticas e programas de saúde e de garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Primárias de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas<sup>3,5,6</sup>.

Embora o DF tenha se apropriado desses programas e políticas nos resultados encontrados fica clara a ineficiência da aplicação da política.

Ao mesmo tempo que a lista ICSAP é utilizada na avaliação da efetividade de APS, a leitura da lista de ICSAP, com enfoque em condições específicas parece ser uma medida de grande importância para avaliação dos programas e políticas criados na esfera federal e implantados nas esferas estaduais e municipais.

## CONCLUSÃO

O estudo demonstra o encontrado anteriormente na literatura mundial, apontando para o maior comprometimento por diabetes e hipertensão nas faixas acima de 60 anos de idade.

A utilização fragmentada da lista ICSAP para olhar a efetividade de um programa específico abre possibilidade de análise dos mesmos, podendo estimular novas abordagens ou possíveis adequações no que é desempenhado. Nesse sentido, esforços são necessários para que a lista estabelecida pela portaria seja utilizada e testada quanto à sua adequação e seu potencial para avaliação da APS no Brasil.

Ressaltamos a importância de apropriação de responsabilidade de cada esfera de governo – SUS apresentando-se como uma organização compartilhada – tripartite – Federal, Estadual e Municipal - auxiliando na fundamentação e ampliação da cobertura. Agregando valor a Saúde Primária.

## REFERÊNCIAS

1. Benedetti TR, Borges LJ, Petroski EL, Gonçalves LH. Atividade física e estado mental de idosos Rev Saúde Pública. 2008; 42(2):302-7.
2. Sass, A; Gravena, AAF; Pilger, F; Mathias ATF; Marcon SS. Depressão em idosos inscritos no Programa de Controle de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Acta Paul Enferm. 2012;25(1):80-85.
3. Nascimento, SM. Perfil sociodemográfico e fatores associados a desfechos desfavoráveis entre pacientes hipertensos e diabéticos em um serviço de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2013.
4. Costardi, ICA. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: Pierin AMG (Org.). Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole, 2004:1-9.

5. Carvalho, Andre Luis Menezes; LEOPOLDINO, Ramon Weyler Duarte; SILVA, Jose Eduardo Gomes da and CUNHA, Clemilton Pereira da. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.7, pp. 1885-1892. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700028>.
6. Ministério da Saúde. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério da Saúde. Lei nº 10858, de 13 de abril de 2004.
8. Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011
9. Rehem TCMSB, Ciosak SI, Egry EY. Internações por condições sensíveis à atenção primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do município de São Paulo, Brasil. *TextoContexto - enferm.* [serial on the Internet]. 2012 Sep [cited 2013 Sep 22] ; 21( 3 ): 535-542. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300007&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/S010407072012000300007>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
11. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2012 May 30] ; 42(6): 1041-1052. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600010>.
12. Souza RR, Costa VLC, organizadores. A atenção à saúde no SUS São Paulo. São Paulo (SP): Fundap; 2008.
13. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med.* 2004;2(6):595-608. DOI:10.1370/afm.142
14. Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. *Ann Fam Med.* 2006;4(2):117-23. DOI:10.1370/afm.520
15. Wagner EH, Grothaus LC, Sandhu N, Galvin MS, McGregor M, Artz K, et al. Chronic care clinics for diabetes in primary care: a system-wide randomized trial. *Diabetes Care.* 2001;24(4):695-700. DOI:10.2337/diacare.24.4.695

16. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família uma agenda incompleta? *Cien Saude Colet* 2009; 14(Supl. 1):1325-1335.
17. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS 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* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 May 30] ; 25(6): 1337-1349. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2009000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009000600016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102311X2009000600016>.
18. Capilheira, MSIS. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública*. vol. 27.nº 6. Rio de Janeiro: Junho, 2011.
19. Brasil, Ministério da Saúde. SISHIPERDIA – Sistema de gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica. Departamento de Informática do SUS – Brasília 2008. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/> . Acessado em: 08 julho 2014.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sishiperdia; 2010. Número estimado de hipertensos, diabético e diabéticos com hipertensão agrupada por município UF: DF. Disponível em: [hiperdia.datasus.gov.br/rel.munadesao.asp?uf=PI&dire=&com](http://hiperdia.datasus.gov.br/rel.munadesao.asp?uf=PI&dire=&com) . Acessado em 04 maio 2013.
21. Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Saúde. Portaria nº 221. 17-4-2008.
22. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. *ArqBrasCardiol* 2001; 76(5):349-351.
23. Brasil, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Programas. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/programas.html> . Acessado em: 05 maio 2014.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Programa Farmácia Popular do Brasil : Manual de Informações às Unidades Credenciadas : Sistema de Co-Pagamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.



## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO FINAL

Nesse estudo observou-se que na Região Administrativa de Ceilândia, entre 2009 e 2012, as causas de internação consideradas sensíveis à atenção primária foram as responsáveis por mais de 40% das internações hospitalares. A análise da demonstrou aumento dessa taxa, acometendo todas as faixas etárias analisadas.

Esses achados demonstram que o estudo das ICSAP é, definitivamente, pertinente para o monitoramento da efetividade do sistema de saúde no que se refere à melhoria da qualidade de vida de toda população.

A revisão da literatura nacional e internacional sobre o tema mostrou que os resultados encontrados contradizem quando observamos a totalidade das internações sensíveis e as patologias ocorridas na faixa etária de 0 a 12 anos porém condiz as investigações sobre diabetes e hipertensão.

Algumas limitações devem ser ressaltadas para a realização desse estudo, tendo como principal, a qualidade das informações do SIH/SUS é fundamental, pois o uso das ICSAP como instrumento de monitoramento da atenção primária requer que os dados sobre altas hospitalares sejam completos e que os diagnósticos registrados sejam confiáveis<sup>18</sup>.

Para finalizar, temos que ressaltar a importância da Atenção Primária, destacado com brilhantismo no texto “SUS: atenção primária ou prioritária?” dos autores Lenir Santos e Luiz Odorico Monteiro de Andrade<sup>19</sup>

(...)se a atenção primária passar a ser considerada como atenção prioritária, certamente estaremos no caminho de que o bem a ser protegido é a saúde e não a doença e com isso estaremos cumprindo a diretriz constitucional de priorizar as ações preventivas (de cunho coletivo) evitando que o sujeito adoça porque a saúde pública chegou antes do agravo, prevenindo os riscos.<sup>19</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 June

- [cited 2012 May 30] ; 22(6): 1171-1181. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en).
2. Mendes EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
  3. Jeremias MS, Hallal PC. Estudos das Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Lages (SC), Brasil.[Dissertação (mestrado)]. Pelotas: UFPel, 2010.
  4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.
  5. Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2012 May 30] ; 22(6): 1171-1181. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en).
  6. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. Saúde Soc. 2001;10(1):1-25. DOI:10.1590/S0104-12902001000100004.
  7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Análise de Situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
  8. Brasil. Portaria SAS/MS nº 648/GM de 26 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
  9. Nedel FB, Facchini LA, Martín-Mateo M, Vieira LAS, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). Rev. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2012 May 30] ; 42(6): 1041-1052. Available from:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000600010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000600010>.
  10. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Cienc Saude Coletiva. 2006;11(3):669-81. DOI: 10.1590/S1413-81232006000300015

11. Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues NJF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2009 Dec [cited 2012 May 30] ; 43(6): 928-936. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102009000600003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102009000600003&lng=en). EpubDec 18, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000080>.
12. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez delÁguila MM, Perea-Milla López E, Ortiz Espinosa J. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales ambulatory care sensitive conditions. *Aten Primaria*. 2004;33(6):305-11. DOI:10.1157/13059762
13. Caminal HJ, Morales EM, Sánchez RE, Cubells LMJ, Bustins PM. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primaria*. 2003; 31(1):6-17. DOI:10.1157/13042567
14. Márquez-Calderón S, Rodríguez AMM, Perea-Milla E, Ortiz J, Bermúdez-Tamayo C. Factores asociados a la hospitalización por procesos sensibles a cuidados ambulatorios en los municipios. *Gac Sanit*. 2003;17:360-7. DOI:10.1157/13053648
15. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS 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* [serial on the Internet]. 2009 June [cited 2012 May 30] ; 25(6): 1337-1349. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.
16. Codeplan – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios - Ceilândia - PDAD 2010/2011
17. Campos, AZ; Theme Filha, M M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>>. Acesso em: 20 jan 2014.
18. Rehem, TCMSB et al. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto – SP, v. 21, n. 5, p. 1159-1164, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf)>. Acesso em: 28 out. 2013.

19. Santos, L; Andrade, LOM. SUS: atenção primária ou prioritária? Blog Direito Sanitário. BIREME - OPAS – OMS. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. São Paulo – SP. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2010/04/12/sus-atencao-primaria-ou-prioritaria/>. Acesso em: 10 jun 2014.

**ANEXOS**

Quadro 1 – Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

| Diagnóstico CID 10  | Códigos Selecionados   |
|---|--|
| 1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis | A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54    |
| 2. Gastroenterites infecciosas e complicações               | E86; A00 a A09   |
| 3. Anemia   | D50  |
| 4. Deficiências nutricionais                                | E40 a E46; E50 a E64   |
| 5. Infecções de ouvido, nariz e garganta                    | H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31  |
| 6. Pneumonias bacterianas                                   | J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1  |
| 7. Asma   | J45, J46   |
| 8. Doenças pulmonares                                       | J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;  |
| 9. Hipertensão  | I10; I11   |
| 10. Angina  | I20  |
| 11. Insuficiência cardíaca                                  | I50; J81   |
| 12. Doenças cerebrovasculares                               | I63 a I67; I69, G45 a G46  |
| 13. <i>Diabetes melitus</i>                                 | E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9 |
| 14. Epilepsias  | G40, G41   |
| 15. Infecção no rim e trato urinário                        | N10; N11; N12; N30; N34; N39.0   |
| 16. Infecção da pele e tecido subcutâneo                    | A46; L01; L02; L03; L04; L08   |
| 17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos           | N70; N71; N72; N73; N75; N76   |
| 18. Úlcera gastrointestinal                                 | K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2   |
| 19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto               | O23; A50; P35.   |

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.

INSTRUCÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO AO CADERNOS DE SAÚDE  
PÚBLICA

















INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA BRASILEIRA DE  
SAÚDE MATERNO INFANTIL









INSTRUCÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA ELETRÔNICA DE  
ENFERMAGEM