

BEATRIZ COELHO BARBOZA

ANÁLISE DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

BRASÍLIA

2018

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIA DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

BEATRIZ COELHO BARBOZA

ANÁLISE DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

BRASÍLIA
2018

BEATRIZ COELHO BARBOZA

ANÁLISE DO PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UMA REGIÃO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva
pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr. Wildo Navegantes de Araújo
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Marina Morato Stival
Universidade de Brasília

“Dedico este mestrado a minha mãe, Miria Marta Dias Coêlho, por todo amor e confiança que depositou em mim durante esta jornada, ao meu esposo Otavio Cavalcante Ramalho, pois sem seu apoio e dedicação este título não seria possível e ao meu avô José Dias Coêlho (in memoriam) por sempre ter acreditado em mim.”

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força durante o percurso para conquista deste título, a minha mãe e irmãos pela compreensão e paciência, ao meu esposo por ter me auxiliado em tudo durante este tempo, a minha amiga\irmã Camila Leal e amiga Thaynara Mendonça por todo apoio e ombro amigo nos momentos difíceis e a minha orientadora Tânia Cristina Morais Santa Barbara Rehem, por todo ensinamento e auxílio neste período.

“A vida me ensinou a nunca desistir, nem ganhar nem perder, mas procurar evoluir...Histórias, nossas histórias, dias de luta dias de glória.” Charlie Brown Jr.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o cerne do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo essencial para organização dos outros níveis de complexidade. Em 2008 foi publicado pelo Ministério da Saúde, o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), com o propósito de avaliar o acesso e efetividade da APS, nos níveis nacional, estadual e municipal. Considerando a adoção desse indicador, se justifica a realização deste estudo para verificar o comportamento destas internações em territórios selecionados. Nesse sentido, este estudo buscou responder a seguinte pergunta: qual o perfil das ICSAP em uma região de saúde do DF? Para tal, tem como objetivo analisar as ICSAP que ocorreram na região leste de saúde do Distrito Federal, no período de 2012 a 2017. Trata-se de um estudo de tendência, desenvolvido em dois momentos, o primeiro por meio de uma revisão integrativa de literatura e o segundo com base na ocorrência de ICSAP do Hospital Regional do Paranoá, utilizando-se dados de Autorizações de Internações Hospitalares, coletadas no Sistema de Internação Hospitalar. O processamento dos dados foi realizado por meio do TabWin e para a análise foi utilizada a estatística descritiva sendo os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos. Quanto a revisão integrativa, 2016 foi o ano onde mais houve publicações sobre ICSAP com 24,1%, tendo como principais causas as doenças cardiovasculares 58,64% (n=17), doenças do aparelho respiratório 55,17% (n=16), doenças cerebrovasculares 31,03% (n=9) e do trato genitourinário 34,48% (n=10). Nos resultados do estudo quantitativo, foi verificado, entre 2012 e 2017, a ocorrência de 53.639 internações hospitalares no HRPa, sendo que destas 7.593 (14,15%) foram por ICSAP. As infecções do rim e trato urinário foram as que mais apresentaram ocorrência no período com 15,40% (n=1169). As faixas etárias que mais internaram foram, as crianças de 1 a 4 anos e idosos com 65 anos ou mais, com maior frequência de internações para o sexo feminino. Estas internações geraram gasto total de R\$ 4.162.981,50 para o SUS. Acredita-se que os resultados deste estudo poderão auxiliar na avaliação do acesso e da qualidade do serviço prestado na região leste de saúde. Poderão contribuir ainda, para subsidiar as discussões entre gestores e demais profissionais da rede, considerando a mudança do modelo assistencial, vivenciado atualmente no Distrito Federal.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Avaliação em saúde; Indicadores de saúde.

SUMMARY

The primary health care (PHC) is considered the core of the unified health system (SUS), being essential for organization of other levels of complexity. In 2008 was published by the Ministry of health, the Admissions by primary care-sensitive Conditions (ICSAP), with the purpose to evaluate the access and effectiveness of APS, in national, State and municipal levels. Whereas the adoption of this indicator, the realization of this study to verify the behavior of these hospitalizations in selected territories. Accordingly, this study sought to answer the following question: what is the profile of ICSAP in a health region DF? To this end, aims to analyze the ICSAP that occurred in the eastern region of the Federal District Health, from 2012 to 2017. It is a trend study, developed in two phases, the first through an integrative review of literature and the second based on the occurrence of ICSAP Paranoá Regional Hospital, using data of authorisations for Hospitalizations Hospitals, collected in the system of Hospitalization. The processing of data was accomplished through the TabWin and the analysis was used the descriptive statistics and the results presented through tables and charts. About integrative review, 2016 was the year where there was more publications on ICSAP with 24.1%, having as main causes cardiovascular diseases 58.64% (n = 17), diseases of the respiratory organs 55.17% (n = 16), cerebrovascular diseases 31.03% (n = 9) and Genitourinary tract 34.48% (n = 10). The results of the quantitative study, was verified, between 2012 and 2017, the occurrence of 53,639 hospital admissions in the HRPa, being that these 7,593 (14.15%) were by ICSAP. The infections of the kidney and urinary tract were the ones presented in period with 15.40% (n = 1169). The age groups that more were hospitalized, the children of 1 to 4 years and elderly with 65 years or more, with higher frequency of hospitalization for females. These hospitalizations have generated total R \$4,162,981.50 to the SUS. It is believed that the results of this study may assist in the evaluation of access and the quality of the service provided on health East region. Will be able to contribute, to support discussions between managers and other professionals, considering the change of the assistencial model, experienced currently in the Federal District.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalization; Health Assessment; Health Indicators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmides etárias da população brasileira nos anos de 2005 e 2030

Figura 2 - Distribuição das Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil no ano de 2017.

Figura 3 - Mapa das regiões de saúde do Distrito Federal (DF)

Figura 4 - Fluxograma de Seleção de Artigos nas Bases de Dados

Figura 5 - Frequência de ICSAP Registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Figura 6 - Frequência de internações hospitalares por ICSAP registradas no SIH/SUS. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Quadro 1 - Situação da Estratégia Saúde da Família no DF, fevereiro – 2016

Quadro 2 - Distribuição dos estabelecimento de saúde da região leste do DF por região administrativa no ano de 2017.

Quadro 3 - Relação de leitos por especialidade do HRPa-DF, no ano de 2017

Quadro 4 - Disposição dos artigos conforme fonte de pesquisa, combinação dos descritores e número de estudos obtidos.

Quadro 5 - Artigos conforme tipo de estudo e nível de evidência segundo Stetler et al.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Frequência de ICSAP registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 2: Frequência de ICSAP por ano registrado no SIH/SUS, por grupo diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017

Tabela 3: Gastos totais com ICSAP Registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017

Tabela 4: Frequência de ICSAP registradas no SIH/SUS, por sexo. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 5: Frequência de Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por faixa etária selecionada. HRPa-DF, 2012 a 2017

Tabela 6: Frequência de ICSAP por faixa etária, registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 7: Frequência de óbitos por ICSAP registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 8: Frequência de óbitos por ICSAP por faixa etária, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 9: Frequência de óbitos por ICSAP de acordo com os anos, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Tabela 10: Frequência de óbitos por ICSAP por sexo, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE: Agentes Comunitários de Endemias

ACS: agentes comunitários de saúde

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

AIS: Ações Integradas de Saúde

APS: Atenção Primária de Saúde

BVS: Biblioteca Virtual de Saúde

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CID-10: Décima Classificação Internacional de Doenças

CLSC: Centres Locauxdes Services Communautaires

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

CS: Centro de Saúde

CSAP: Condição Sensível a Atenção Primária

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis

DEF: Arquivo de Definição

DHA: autoridades distritais de saúde

DM: Diabetes Mellitus

ESCS: Escola Superior de Ciências da Saúde

ESF: Estratégia Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

FHDF: Fundação Hospitalar do Distrito Federal

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HBDF: Hospital de Base do Distrito Federal

HRPa: Hospital Regional do Paranoá

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia Estatística

IC: Insuficiência Cardíaca

ICSAP: Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária

IESB: Instituto de Educação Superior de Brasília

LA: Local Authorities

MEC: Ministério da Educação

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NOB: Normas Operacionais Básicas

OMS: Organização Mundial da Saúde

OPS: Organização Pan-americana de Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PBE: Prática Baseada em Evidências

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

RAS: Rede de Atenção a Saúde

SBMDFC: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SES-DF: Secretária de Saúde do Distrito Federal

SESP: Serviço Especial de Saúde Pública

SIH: Sistema de Informações Hospitalares

SUDS: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCP: Trabalho de Conclusão de Programa

UBS: Unidade Básica de Saúde

UPA: Unidades De Pronto Atendimento

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	17
2.OBJETIVOS	22
3. MARCO TEÓRICO	23
3.1 Transição Demográfica Epidemiológica.....	23
3.2 Modelos de Atenção à Saúde.....	25
3.3 Redes de Atenção à Saúde.....	29
3.4 Atenção Primária à Saúde No Mundo.....	31
3.5 Atenção Primária no Brasil.....	34
3.6 Atenção Primária no Distrito Federal.....	38
4. MÉTODO	42
4.1 Primeira Etapa: Revisão Integrativa da Literatura.....	42
4.2 Segunda Etapa: Estudo de Tendência.....	45
4.2.1 Cenário de Estudo.....	45
4.2.2 Critério de Inclusão.....	49
4.2.3 Variáveis e Indicadores.....	49
4.2.4 Fonte e Coleta Dos Dados.....	50
4.2.5 Processamento e Análise Dos Dados.....	50
4.2.6 Aspectos Éticos.....	51
5.RESULTADOS	52
5.1 Revisão Integrativa.....	52
5.2 Estudo de Tendência.....	58
6. DISCUSSÃO	71
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE A	90
ANEXO I	93
ANEXO II	94
ANEXO III	95

APRESENTAÇÃO

Enfermeira, graduada em 2013 pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) do Distrito Federal (DF). Fui aprovada em Brasília no ano de 2014 para residência multiprofissional de enfermagem, em neurocirurgia, no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), com duração de dois anos. Após ter cursado um ano da especialização, precisei mudar de programa, pois, o mesmo não seguia as normas recomendadas pelo MEC e COFEN, não sendo reconhecida pelos mesmos. Optei por dar continuidade na especialização dentro do programa de centro cirúrgico, com o qual já era familiarizada por fazer parte da base curricular do programa anterior, apenas com o enfoque diferenciado.

Em março de 2016, finalizei a residência de enfermagem em centro cirúrgico. Com o título de especialista nesta área, fui contratada em abril deste mesmo ano para atuar como enfermeira assistencial do centro cirúrgico do hospital Santa Marta no DF. Atuei neste cargo durante 5 meses, até receber uma proposta para lecionar para estudantes de graduação em enfermagem no Instituto de Educação Superior de Brasília (IESB). Inicialmente era professora de prática e acompanhava os estudantes em estágio supervisionado, com foco na sala de curativos e medicação de uma unidade básica de saúde. Em fevereiro de 2017 iniciei em sala de aula, onde ministrei até o momento as disciplinas de centro cirúrgico, clínica cirúrgica, prevenção e controle de infecção hospitalar e enfermagem médica do adulto.

Em novembro ainda de 2016, fui aprovada no mestrado profissional em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UNB), onde o projeto para ingresso tinha o seguinte título: Análise do impacto operacional e financeiro ocasionado pela suspensão de cirurgias em um hospital público do DF. A motivação para escolha deste tema se deu por ter sido o centro cirúrgico minha área de especialização e por ter trabalhado com a taxa de suspensão cirúrgica do HBDF no Trabalho de Conclusão de Programa (TCP).

As aulas do mestrado tiveram início em fevereiro de 2017 e o primeiro encontro com minha orientadora no mês de abril. A partir deste primeiro contato, após várias ponderações relacionadas ao projeto, fui orientada a verificar a

viabilidade para realização do mesmo, pois o tempo do mestrado profissional é apenas de 18 meses e já havia se passado algum tempo. Após algumas dificuldades encontradas para execução do mesmo em função da ausência de registros disponíveis para a pesquisa, necessitei mudar meu tema e decidi desenvolver um projeto voltado para Atenção primária à saúde (APS) com intuito de me apropriar mais deste campo, ainda pouco explorado por mim e pelo fato de que a APS atualmente exerce função primordial na organização das redes de atenção a saúde (RAS) e no processo de reorientação do sistema.

Neste sentido, depois de pensar bastante sobre os temas vinculados a APS, escolhi trabalhar com Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP), por ser um tema de grande relevância atualmente para o Distrito Federal, que está passando nesse momento por um processo de reversão de modelo assistencial.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi implantado no Brasil nos anos 90, após a promulgação da constituição em 1988, onde foi estabelecido que a saúde é um direito de todo cidadão Brasileiro e dever do Estado. O SUS trouxe consigo a proposta de assegurar saúde a toda a população de forma gratuita, com base nos seus princípios doutrinários e organizativos dentre eles a universalidade, integralidade, igualdade e a descentralização dos serviços de saúde (1).

Após três décadas de sua criação, o sistema ainda enfrenta muitos desafios, sendo necessário aperfeiçoar e criar estratégias que otimizem o seu funcionamento. Muitas destas mudanças ocorridas no SUS são reflexo do movimento da reforma sanitária, que levantou questionamentos relacionados ao modelo de gestão e a forma de articulação dos serviços com o território. Nesse sentido a atenção primária à saúde (APS) ganhou forças e modificou sua linha de atuação tendo como proposta garantir o acesso da população aos serviços de saúde, a partir da qualificação dos cuidados dentro do território adstrito, de modo a proporcionar melhores condições de saúde para a mesma, na perspectiva de promoção, prevenção e recuperação da saúde (2,3,4).

A APS inicialmente utilizava como estratégia o Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS). No ano de 1994 passou por uma reorientação com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje designado como Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolvido com o objetivo de melhorar o acesso da população à APS por meio de equipes de saúde da família cuja finalidade é desenvolver uma atenção integral, continuada e resolutiva a população. É baseada no princípio de responsabilidade sanitária com organização do trabalho a partir de territórios definidos que atende demandas de acordo com as necessidades de saúde específicas de determinada população adstrita (3,5,6,7,8).

No ano de 2006, foram lançadas as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde do Ministério da Saúde e a Política Nacional da Atenção básica (PNAB), com o objetivo de aumentar a abrangência das ações deste nível de atenção, promovendo organização do processo nas três esferas de governo: municipal,

estadual e federal. A mesma foi desenhada no intuito de nortear as ações realizadas pela APS em um determinado território e influenciar nas condições sanitárias da população, de acordo com a especificidade de cada regional nestas esferas (2,9,10,11,12).

A PNAB passou nos últimos anos por dois processos de revisão em suas diretrizes. A primeira revisão ocorreu por meio da Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 e a última pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabelece a nova revisão de diretrizes da PNAB, no âmbito do SUS, publicada no dia 22 de setembro de 2017 (13,14).

A APS hoje é considerada o cerne do SUS, sendo essencial para a organização dos outros níveis de complexidade. A mesma precisa ser resolutiva e apresentar eficácia, para responder adequadamente às necessidades de saúde da sociedade, de forma a facilitar o acesso da população ao serviço. Neste sentido a APS deve ocupar o centro das Redes de Atenção a Saúde (RAS) desempenhando dentre outras funções, a de coordenadora do cuidado, no intuito de melhorar os níveis de saúde da população, diminuir custos e gerar um sistema equânime de qualidade refletindo diretamente nos indicadores de saúde (1,5,14).

A APS atualmente tem apresentado grande expansão territorial no sentido de ampliar sua implementação, uma vez que estima-se que este nível de assistência solucione em torno de 80% dos problemas de saúde mais presentes na população. A APS solidificada e operacionalizada tende a diminuir as chances de hospitalização, prevenindo agravos a saúde e controlando doenças crônicas, além de promover educação em saúde e a reabilitação efetiva. No entanto é necessário aprimorar os mecanismos que possam avaliar a atenção primária, no que diz respeito à redução da morbi-mortalidade nas diversas condições de saúde atendidas, assim como promover melhor acesso e efetividade desses serviços (2,4,15).

Desta forma, como um dos objetos de avaliação, foi adotado o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). O mesmo teve origem nos Estados Unidos da América (EUA) no ano de 1908 e foi criado para

verificar a acessibilidade aos serviços de saúde. No período recebeu a seguinte denominação: *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial). Pouco mais adiante, nos anos 90, começou a ser utilizado por países como Canadá, Espanha e Áustria para avaliar a qualidade da atenção primária prestada (1,5,6,7,14,16,17).

No Brasil, a Lista Brasileira de ICSAP foi elaborada no ano de 2007 e publicada, por meio da Portaria n°. 221 de 17 de abril de 2008. Para a construção da lista foi seguido o modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano, adaptado para as condições brasileiras. Segundo esse modelo, algumas condições de saúde podem ser tratadas na APS desde que esta seja resolutiva e de qualidade evitando ou reduzindo a frequência de hospitalizações. Desta forma o paciente só será referenciado caso a situação de saúde extrapole a competência deste nível de atenção (15,18).

Segundo Alfradique et al, as etapas para a elaboração da lista consistiram em reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da mesma, consolidação e revisão da primeira versão da lista, consulta a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), e realização de consulta pública (7).

Por meio da portaria supracitada foram definidos 19 grupos de diagnósticos classificados por meio da Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10). A escolha dos diagnósticos que comporiam a lista de ICSAP seguiu a partir dos seguintes critérios: doenças de fácil diagnóstico, com evidências científicas relacionadas à APS e capacidade de resolução de patologias agudas, prevenção e controle das patologias crônicas. Ou seja, as ações realizadas de maneira efetiva, por este nível de atenção, limitariam as chances de internação dos indivíduos por tais condições (1,6,7,14,15).

As ICSAP funcionam como instrumento de monitoramento. O Ministério da Saúde (MS) recomenda que este indicador seja utilizado para avaliar de forma indireta o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. O uso deste indicador é crescente e quando feito de modo racional pode

nortear e avaliar a capacidade resolutive da APS, identificando potencialidades e fragilidades de cada território adstrito. Estudos demonstram que altas taxas de ICSAP têm relação inversa com hospitalizações por se tratarem de doenças de fácil prevenção ou tratamento e diagnóstico precoce, que não levariam a internação. Sendo assim, pode indicar ineficiência do serviço de saúde primário, dificuldade de acesso por parte da população e aumento da vulnerabilidade populacional (1,3,6,7,18,19,20).

As ICSAP geram vários problemas ao SUS, quais sejam: aumento do tempo de internação dos indivíduos, diminuição da rotatividade dos leitos hospitalares, aumento das iatrogênias, além do aumento de custos gerados por uma hospitalização (3,8). É importante ressaltar que diversos fatores exógenos, como, valores culturais, premissas pessoais, variáveis socioeconômicas e demográficas, dentre outras, colaboram também para o aumento das ICSAP, necessitando de um estudo mais aprofundado inerente a estas condições para que seja viável o uso deste indicador de forma consistente no sentido de avaliar a efetividade da APS (19,21,22).

Baseado neste contexto, atualmente o Distrito Federal (DF) passa por um processo de reversão do modelo assistencial vigente (23,24), no sentido de disciplinar o processo de conversão da APS do Distrito Federal ao modelo da ESF, por meio de equipes de transição, que tiveram até um ano para adaptar-se ao novo modelo proposto. O objetivo é que depois deste período todas as unidades básicas funcionem com ESF (24).

As ICSAP têm sido utilizadas em diversos países com o intuito de avaliar os sistemas de saúde. Considerando a proposta de reorganização do modelo de atenção no DF, particularmente no que diz respeito à APS, justifica-se a realização deste estudo para avaliar indiretamente o acesso e a efetividade desse nível de atenção, de modo a contribuir para as discussões atuais envolvendo gestores e profissionais, além de servir de linha de base para futuras análises frente a novos estudos realizados envolvendo este tema.

Nesse sentido, este estudo busca responder a seguinte pergunta: qual o perfil

das ICSAP em uma região de saúde do DF?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária que ocorreram na região leste de saúde do Distrito Federal, no período de 2012 a 2017.

2.2 Específicos

- 1- Realizar uma Revisão Integrativa sobre ICSAP
- 2- Verificar as internações gerais que ocorreram no hospital de referência do território selecionado
- 3- Descrever o perfil das ICSAP que ocorreram no hospital de referência do território selecionado

3. MARCO TEÓRICO

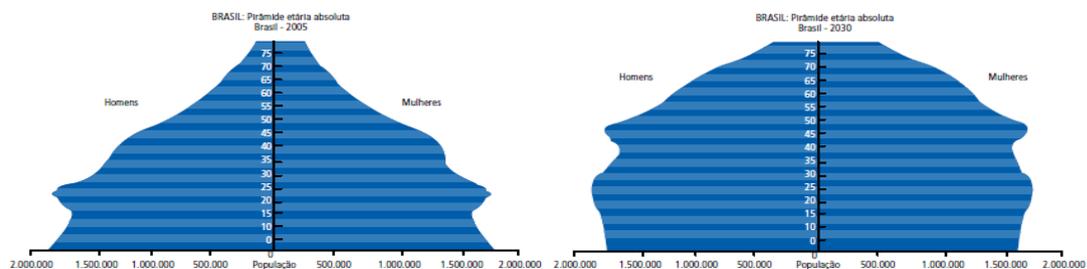
3.1 TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA EPIDEMIOLÓGICA

A transição demográfica teve início no século XVIII nos países desenvolvidos que possuíam renda per capita mais elevada. No Brasil, país em desenvolvimento, este processo iniciou-se na década de 1970, quando em seu território havia mais de 93 milhões de habitantes (25).

Segundo Vasconcelos e Gomes (26) entre 1950 e 1960 a população do Brasil era extremamente jovem e a partir de 1970 o Brasil iniciou seu processo de envelhecimento. A transição demográfica entre 1970 e 1980 apresentou uma relevante queda nos indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade. Nesta fase a expectativa de vida ultrapassou os 60 anos de idade, a taxa de fecundidade era de 4,4% e natalidade 31,7% nascidos vivos por mil habitantes. Em 1991 a idade mediana era de 22 anos e o índice de envelhecimento 20,9%. Em 2010 a idade mediana subiu para 27 anos e o índice de envelhecimento foi para 44,8% (para cada 100 jovens existiam 45 idosos).

Deste modo, o que se percebe é que com o passar dos anos, por advento das taxas de fecundidade cada vez menores e aumento da população idosa, a pirâmide etária apresenta-se de base cada vez mais estreita, modificando-se a ponto de aproximar-se mais de um perfil retangular com a parte superior mais larga, demonstrando aumento da população em idades ativas e idosos até o ano de 2030 (27,28,29,30)(Figura 1).

Figura1: Pirâmides etárias da população brasileira nos anos de 2005 e 2030



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Como demonstrado na figura acima, atualmente a transição demográfica no Brasil acontece de maneira acelerada e é caracterizada pelo aumento da expectativa de vida ao nascer, redução das taxas de fecundidade, maior expectativa de vida e envelhecimento dos indivíduos (27).

Esse processo de transição demográfica é marcado pelo declínio da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento das doenças crônicas e degenerativas decorrentes do processo de envelhecimento dos indivíduos; urbanização acelerada; e mudanças no estilo de vida, considerando: aumento do estresse, tabagismo, etilismo, sexo inseguro, sedentarismo e padrões de consumo alimentares não saudáveis contribuindo para obesidade. Além desses aspectos, o maior acesso aos serviços de saúde, água encanada e esgoto, contribuem tanto para o aumento da expectativa de vida quanto para a redução dos níveis de mortalidade (28,29,30).

Existe uma relação intrínseca entre os processos de transição demográfica e epidemiológica, caracterizado por um perfil cada vez maior de indivíduos com doenças crônicas e conseqüente elevação da morbimortalidade pelas mesmas (28,29,30).

A transição epidemiológica é entendida pelas modificações nos padrões de morbi-mortalidade de uma população ao longo do tempo, ou mesmo, as mudanças nos padrões saúde-doença. Essa se correlaciona diretamente com fatores socioeconômicos e demográficos, sendo assim, produto do desenvolvimento de determinada população em suas múltiplas dimensões (31).

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, apresentou um rápido e significativo decréscimo da taxa de mortalidade, frente a medidas de saúde pública e o desenvolvimento econômico. As décadas de 40 e 80 apresentaram diminuição de aproximadamente 39% na taxa de mortalidade e nesse mesmo período a expectativa de vida cresceu 20 anos. As doenças crônicas, como as patologias do aparelho circulatório, se tornaram as principais causas de morte, enquanto as doenças infecciosas e parasitárias caíram de 46% para 7% (32,33).

Contudo a evolução do perfil epidemiológico brasileiro se distancia do modelo linear vivenciado por países desenvolvidos. Impulsionada e influenciada pela revolução industrial, essa transição se caracterizou por melhorias de condições de vida e mudanças de hábitos nutricionais, seguida de ações de controle de doenças infecciosas e melhoria de serviços de saneamento e vigilância sanitária, que culminaram em atual predomínio de condições de saúde crônicas, enquanto em países em desenvolvimento ainda há concorrência de morbi-mortalidade associada a doenças infecciosas e parasitárias (32,33,34).

Esse movimento de contra-transição é descrito por Frenk e colaboradores (35) no que chamam de “modelo polarizado prolongado” de transição epidemiológica na América Latina. Segundo esses autores, se observa o ressurgimento de doenças infecciosas já controladas, processos inconclusos de transição e, em se tratando do Brasil, grandes diferenças entre regiões internas relacionadas a discrepâncias socioeconômicas (21,35).

Mesmo considerando a co-predominância de condições de saúde crônicas e agudas, o aumento da expectativa de vida atual condiciona maior exposição a fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, o que torna esse tipo de condição cada vez mais freqüente e mais característica de uma população crescentemente envelhecida (36).

Há de se salientar que a organização dos serviços de saúde deve considerar as necessidades de saúde de uma determinada população. E deve se organizar de modo a contemplar as condições de saúde quanto a seu tempo de persistência e responder a essas com ações que variam de pontuais, específicas e fragmentadas a contínuas e integradas (29).

3.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Os modelos de atenção à saúde são caracterizados pela combinação de tecnologias e meios de trabalho que representam a realidade de saúde a partir de uma situação epidemiológica vigente, onde por meio dessas características são levantados pontos que orientam as ações de saúde (37).

Apesar deste conceito aparentemente simples e coeso, existem diversas definições para modelos de atenção à saúde. O interesse em conceituar os modelos de atenção surgiu a partir de debates internacionais relacionados a reforma dos sistemas de saúde e sua estrutura organizacional. No Brasil esse interesse gerou várias definições de cunho teórico-conceituais diferentes (38).

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (28) refere que modelo de atenção, é uma forma de organização dos estabelecimentos de saúde, que sendo do mesmo tipo, podem assumir papéis de redes como rede hospitalar e rede ambulatorial e de distintos níveis de complexidade, se interligando por meio dos serviços de referência e contra-referência.

Baseado neste contexto é possível perceber que o modelo de atenção à saúde se desenvolve de acordo com mecanismos específicos de reorganização das ações dos serviços, a partir da relação entre as instituições de saúde divididas em níveis de complexidade tecnológica (38).

De forma histórica dois modelos de atenção à saúde tem se mostrado predominantes no Brasil, o modelo médico hegemônico, a se citar o assistencial privatista fundamentado na medicina flexneriana, e o modelo sanitarista, constituído por campanhas sanitárias e programas especiais. O primeiro atende primordialmente às demandas espontâneas e é fundamentado a partir do individualismo da saúde como mercadoria, focada na medicina curativa. O segundo, é entendido como subalterno ao modelo hegemônico, voltado principalmente para o que se pensava sobre a necessidade de saúde da população, como campanhas de vacinação, erradicação de endemias, programas especiais (tuberculose, saúde da criança, saúde da mulher, entre outros) e vigilância epidemiológica e sanitária (37).

Ainda relacionado ao modelo sanitarista o PACS e o PSF surgiram como modelos de focalização. Na metade da década de 1990 o PSF foi integrado ao PACS e as equipes eram compostas por médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentados como membros, odontólogos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros. O programa oferecia

destaque para atividades educativas e de prevenção de riscos e agravos específicos, além de realizar ações básicas de promoção à saúde (37).

A polarização entre os dois modelos suscitou debate a partir da 8ª Conferência Nacional em Saúde, onde começou-se a discutir sobre as desigualdades no acesso aos serviços, inadequação às necessidades de saúde e falha na integralidade das ações em saúde (37).

A ocorrência desigual da transição demográfica no Brasil culminou em uma transição epidemiológica heterogênea representada pela tripla carga de doenças, onde há a ascensão hegemônica das condições crônicas, como descrito anteriormente, combinada com a grande quantidade de ocorrência das doenças infecciosas e parasitárias e uma relevante quantidade de eventos por causas externas. Aliado a isto, temos um sistema de saúde, ainda despreparado, voltado ao atendimento de forma fragmentada e episódica (29,30).

Neste sentido, considerando as diversas circunstâncias existentes no processo saúde-doença dos indivíduos e baseado em experiências nacionais e internacionais, o governo brasileiro tem buscado maneiras alternativas para reorganização sanitária do seu sistema de saúde, baseado no conceito de condição de saúde, diferenciando os modelos de atenção à saúde em dois, quais sejam: atenção aos eventos agudos e o de atenção às condições crônicas (29,30).

A divisão entre esses dois modelos é realizada a partir da percepção dos profissionais, usuários e sistemas de atenção a saúde, definido quanto ao curso das patologias e seus tratamentos, se ocorrem de maneira pontual e reativa ou prolongada e contínua, sustentado principalmente na etiopatogenia das doenças e pela forma de enfrentamento dos profissionais de acordo com as mesmas. Existem doenças que embora consideradas transmissíveis, onde se exigiria tratamento meramente episódico, se assemelham mais a doenças crônicas por apresentarem curso longo, requerendo assim tratamento contínuo, por meio de cuidados permanentes (29).

O modelo de atenção às condições agudas é caracterizado por tratar doenças normalmente autolimitadas e de pequeno curso que iniciam de modo repentino,

inferior a 3 meses, simples e de fácil diagnóstico e tratamento, como por exemplo: dengue, gripe e doenças infecciosas de curso curto, apendicite e traumas. Além destas características o modelo também funciona para tratar os eventos agudos decorrentes das condições crônicas agudizadas, que podem ocorrer devido à falha no manejo das mesmas na APS (28,29).

O propósito de se ter um modelo voltado para as condições agudas é que nestes casos específicos, a patologia precisa ser rapidamente identificada e tratada de acordo com a gravidade do caso apresentado e o tempo de atendimento deve ser baseado na classificação de risco do episódio. Estas ações devem ser desenvolvidas dentro das redes de urgência e emergência por profissionais capacitados e experiência profissional para diagnosticar a patologia e realizar a prescrição do tratamento correto, para que após o período de convalescença da doença o indivíduo restabeleça sua saúde por completo (28,29).

Ao contrário das condições agudas, as condições crônicas apresentam curso prolongado, se iniciam e evoluem de maneira lenta, possuem tempo maior que três meses e em algumas situações podem cursar de modo permanente, sem cura. Comumente as doenças crônicas apresentam múltiplas causas e podem ser associadas ao estilo de vida dos indivíduos, fatores ambientais e fisiológicos e hereditariedade. As mesmas são conhecidas por apresentarem maior sintomatologia e por vezes acarretar perda da capacidade funcional do indivíduo (28,29).

Algumas doenças infecciosas de curso prolongado também são consideradas como condições crônicas, neste caso não são apenas, diabetes, doenças cardiovasculares, respiratórias, cânceres e outras conhecidas que se encaixam no perfil desse modelo. Tuberculose, hanseníase, HIV/Aids, entre outras infecciosas persistentes também são assim enquadradas (29).

De acordo com Mendes (29) condições ligadas à maternidade e ao período perinatal; condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida; distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas; doenças metabólicas; doenças bucais; condições de saúde caracterizadas como enfermidades em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos

padrões biomédicos, também fazem parte do modelo voltado para as condições crônicas.

As ações realizadas pela APS diferenciam os modelos de condições agudas e crônicas. Na rede de atenção voltada às condições crônicas a APS se apresenta como ponto de atenção e comunicação das RAS, o centro de regulação dessa rede. Em contrapartida no caso das condições agudas a rede de atenção as urgências e emergências é quem se encontra no centro regulador, pois em casos de eventos agudos que precisam de tratamentos rápidos e pontuais é esta rede quem responde com maior eficiência visto que a APS não desempenha tal função (29).

3.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

No Brasil as RAS foram incorporadas oficialmente ao SUS, pela portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das mesmas com intuito de superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde e melhorar o funcionamento político- institucional do SUS, proporcionando ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes (39,40).

As RAS são organizações poliárquicas, e estruturam-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, onde os pontos de atenção não são diferenciados segundo sua importância, mas sim quanto ao tipo de tecnologia empregada na assistência, em três níveis de complexidade, quais sejam: Atenção Primária, Secundária e Terciária em Saúde. AAPS atua como principal porta de entrada e ordenadora do cuidado ao usuário (41).

Assim, se contrapondo ao modelo fragmentado de atenção à saúde anterior, a relação entre os diversos pontos de atenção que compõe a Rede é horizontal e interdependente. O principal objetivo é ofertar assistência contínua e integral, por meio de arranjos organizativos compostos pelos pontos de atenção que são integrados por meio de sistemas de apoio, logístico e de governança (39,40).

As RAS são constituídas por três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e

imateriais que comunicam esses diferentes nós, composta pela APS que é o centro de comunicação, os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, os sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança e o modelo de atenção à saúde. O serviço prestado à população é organizado a partir de um diagnóstico epidemiológico, que dá base ao planejamento e alocação de recursos, bem como a disponibilização de serviços a nível local (38).

Ter a atenção primária à saúde como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, pode ser um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, pois são eficazes em termos de organização interna e quanto a sua capacidade de enfrentar aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (40).

Um dos grandes desafios para a efetivação das redes de atenção á saúde é romper com a inércia do sistema atual, que trabalha com ações descontinuadas e desintegradas entre os três níveis de assistência. Para romper com essa conjuntura instalada é necessário estimular mecanismos de integração entre os diversos pontos da rede, para que a APS possa trabalhar sob a lógica de ordenadora do cuidado, favorecendo a eficácia das RAS (41).

As RAS devem favorecer respostas rápidas ás demandas sociais e de saúde da população, mas para isso é necessário que o governo federal realize o financiamento adequado para que as ações sejam integradas entre os diversos níveis de atenção (28).

O trabalho em rede implica que cada unidade integrante da mesma entenda que sua ação desarticulada nem sempre atenderá as demandas dos usuários, pressupondo que outros elementos desta auxiliem no cuidado em saúde. Deste modo, a ação em rede não se limita somente a transferência de trabalho ou pacientes, extrapola para a transferência de informações e apoio técnico-pedagógico como uma ferramenta ordenadora do fluxo de atendimento (28).

3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNDO

Em 1920, o Ministério de Saúde do Reino Unido, elaborou o Relatório de Dawson. Esse foi considerado um dos primeiros documentos que abordou o conceito de APS (39,40), nele foi preconizada a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis, como os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino (40). Este relatório foi base para a estruturação do Sistema Nacional de Saúde Britânico no ano de 1948, e influenciou a organização de diversos sistemas de saúde pelo mundo (42,43). No relatório Dawson encontra-se a proposta inspiradora das RAS serem coordenadas pela APS (39).

A província de Quebec em 1970 e 1971 tinha o intuito de exercer cobertura universal de saúde. Para isso eles realizaram uma reforma inovadora neste sistema, onde foram criados os *Centres Locaux des Services Communautaires* (CLSC) na porta de entrada de uma rede de estabelecimentos hierarquizados por regiões. Neles tinham o Conselho de Administração constituído somente por usuários que buscavam privilegiar no atendimento a integralidade da atenção e a dimensão familiar e comunitária dos cuidados (44).

Apesar dos centros terem mostrado viabilidade na prestação de um cuidado integral, aos poucos eles foram assumindo uma posição marginal na rede de serviços, sendo dirigidos para atendimentos de imigrantes, programas de prestação de cuidado em domicílio para idosos ou serviços em regiões distantes. Na década de 80 e no início dos anos 90, num contexto de restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos, foi adotada a descentralização, com a criação de agências regionais responsáveis por realizar fusões de estabelecimentos, fechamento de hospitais e a volta dos CLSC. Ao analisar as reformas em Québec pode-se observar os direitos em saúde sendo garantidos num contexto de controle de gastos, viabilizado pela redução seletiva da oferta com diminuição da atenção hospitalar em favor da reorganização de novas maneiras de prática. Em 2003 a APS se tornou menos intersetorial e participativa com o objetivo de racionalizar a oferta, diminuir custos e facilitar o acesso e a coordenação dos cuidados (44).

Na Inglaterra, em 1948, no momento da criação do sistema nacional de saúde foi aconselhada a organização de um sistema descentralizado e pluralista sob controle municipal (Local Authorities – LA). No entanto o sistema foi estruturado de forma centralizada com três partes independentes: hospitais, serviços locais de saúde pública e serviços locais de assistência médica, odontológica, farmacêutica e de optometria. Os serviços comunitários, a saúde escolar e o saneamento eram pouco integrados ao sistema, mas eram controladas pelas LA (44).

Em 1974 houve uma reforma, onde se criou autoridades regionais, com área e equipes de gestão distrital, porém o controle e o pagamento dos serviços de APS ficaram como responsabilidade de uma estrutura separada. Em 1982 as autoridades de área foram extintas, o que estimulou a descentralização e a gestão distrital por meio das autoridades distritais de saúde (DHA) (44).

Atualmente no Reino Unido, o sistema de saúde dispõe de atendimento personalizado, acesso contínuo a equipe especializada, assistência voltada a todo tipo de patologia, programas de APS e atendimentos coordenados por clínicos gerais. O Sistema Nacional de Saúde Britânico estrutura suas ações sob o princípio da governabilidade clínica. Pode-se entendê-lo como um sistema de gerenciamento de desempenho, que proporciona o cumprimento de objetivos e metas associado a qualidade e segurança de serviços de saúde (43).

A APS na Finlândia surgiu por meio dos centros locais de saúde. No sistema de saúde público a ação de saúde é combinada com medicina curativa básica, a APS e assistência de enfermagem. Eles acreditam que é necessário manter esse conceito e sempre avaliar essa combinação. Nesse país não existem problemas no atendimento, embora exista dificuldade de acesso quando se pensa nas regiões mais distantes, devido a necessidade de deslocamento (44).

Em 1971 Portugal implementou centros de saúde comunitários com médicos da família e médicos de saúde pública, o que levou a um avanço significativo no estado de saúde. Após o término da ditadura em 1974 eles implementaram um sistema de saúde inspirado no sistema inglês. Criaram em 1979 o sistema nacional de saúde e com o tempo, em 2005 iniciaram uma reforma na atenção primária, onde

foi um processo de baixo para cima, com envolvimento voluntário dos profissionais(43).

Na Europa para permitir que os sistemas de saúde cumpram o seu potencial em benefício dos doentes, é necessário investir mais na APS, melhorando recursos humanos, infra- estruturas e principalmente a educação, formação, pesquisa e a busca de continuas melhorias de qualidade (43).

O sistema de saúde na África do Sul é semelhante ao modelo adotado no Brasil. Começaram a APS com atendimento especializado a crianças pequenas e mães grávidas. Com o tempo o programa foi interrompido devido à queda do presidente Mandela, que havia iniciado esse processo. Posteriormente os programas voltaram e foram estendidos a todos sul-africanos (43).

Em 1978, ocorreu a Conferência Internacional sobre APS, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Alma-Ata no Cazaquistão. Nesta conferência foi proposto um acordo que tinha como meta entre os países membros atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, por meio da APS. A Declaração de Alma-Ata foi assinada entre 134 países. Nesta conferência o termo APS foi definido como:

“a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção”. (OMS, 1978) (45).

A APS pode ser interpretada de 3 maneiras: atenção primária seletiva, como o nível primário do sistema de atenção à saúde ou como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde. A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde compreende-a como uma forma única de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema no intuito de satisfazer às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como coordenadora das RAS (39).

Para que a APS funcione como estratégia de organização da RAS, é necessário que a mesma garanta a longitudinalidade do cuidado e que tenha atributos considerados essenciais, como possuir o primeiro contato, integralidade e coordenação. Aliado a estes deverá existir foco na família, orientação comunitária e competência cultural. Neste sentido é necessário que a mesma seja resolutive, exerça comunicação e responsabilização entre os pontos de atenção(39).

Estudos internacionais mostraram que os sistemas de atenção à saúde orientados para APS apresentaram melhores resultados do que os sistemas onde não existe esta orientação. O relatório realizado pela OMS em 2008 comparou evidências da atenção à saúde com base generalista e especialista. Os cuidados ambulatoriais primários (generalista), tiveram a mesma ou melhor probabilidade de identificar doenças graves comuns do que, os que ofereciam cuidados especializados. Foram prescritas menos intervenções invasivas aos pacientes que mantinham o cuidado em atenção com base generalista, e também as intervenções tiveram maior orientação para a prevenção. O tipo de atenção mais generalista deixou os usuários mais satisfeitos, apresentou custos totais mais baixos e o impacto na saúde parecido ao modo especialista (39,40).

3.5 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Segundo Mendes (29), a APS pode ser registrada no Brasil de acordo com oito ciclos cronológicos, sendo o primeiro iniciado em 1924 com os centros de saúde criados na USP, inspirados provavelmente pelo pensamento Dawsoniano e o oitavo denominado APS que garante o acesso universal e igualitário das pessoas aos serviços de saúde e há a consolidação da ESF com a APS como centro de

comunicação das RAS (39).

Os primeiros centros de saúde do Brasil foram criados nos anos de 1920 em São Paulo e eram denominados de centros de saúde escola. Os mesmos fizeram parte da iniciativa de Paula Souza que propôs que estes funcionassem de maneira integral, com ações voltadas para promoção da saúde e educação sanitária em vários pontos do interior do Estado (46).

Mais adiante em 1960 houve a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com a proposta de organizar e operar os serviços de saúde pública e assistência médica. Sua atuação acontecia principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Paralelo a este serviço, na mesma época, aconteceu a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde que tinham suas ações voltadas principalmente para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública (46).

Em 1970 com advento da reforma sanitária os municípios brasileiros começaram a desenvolver a APS de variados modos. Alguns municípios como, Campinas, Niterói, Londrina, Montes Claros, Teresina, São Luís, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinvile deram o passo inicial neste desenvolvimento (46).

Na década de 1980 houve o desenvolvimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) e logo em seguida a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Em 1987, por meio de uma iniciativa do governo do Ceará, houve a criação do PACS, com repercussão positiva na diminuição da mortalidade infantil da região. O mesmo atuava em situações de emergência para o combate da seca local. Finalmente em 1988 foi lançada a nova Constituição Federal e instituído o SUS e a partir deste marco, várias iniciativas de estados e municípios acontecerem em prol do aprimoramento da APS (29,46).

Com a municipalização do SUS em 1990, os municípios ficaram responsáveis pelo aprimoramento estrutural da APS e contavam com apoio do MS por meio de financiamentos e normatizações para realizar esta função. Baseado na experiência positiva com o Programa de Agentes de Saúde no Ceará, em 1991 o MS estendeu o mesmo para todo o Brasil com a denominação de PACS (29,46)

O programa prestava assistência primária seletiva, isso gerava uma grande quantidade de demandas que só poderiam ser respondidas em nível de maior densidade tecnológica, inviabilizando a resolutividade do mesmo. A partir dessa fragilidade o governo do município de Quixadá – Ceará, resolveu agregar ao PACS médicos e enfermeiros generalistas, formando equipes que trabalhavam com comunidades específicas, organizadas por territórios (29,46).

A partir desse modelo em 1994 o MS sugeriu a criação do PSF, baseado nas experiências internas de APS e inspirado em modelos da mesma, propostos no Canadá, Cuba e Europa. O PSF surgiu como proposta de estratégia para organização do SUS, de modo a cumprir seus objetivos, disposto a agir influenciando os determinantes sociais de saúde por meio de ações de promoção, cura e reabilitação da saúde e prevenção de doenças (29,46).

O PSF atuava de maneira territorializada e intersetorial com foco na família, por meio de equipes com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos, técnicos em saúde bucal, ACS e em algumas situações outros profissionais da área da saúde. O ACS no PSF tem a função de criar vínculo com a comunidade e desenvolver um relacionamento mais próximo com a mesma, afim de realizar o diagnóstico situacional fidedigno daquela região adstrita para que as intervenções de saúde aconteçam de maneira mais eficaz (29,46).

Com o passar dos anos o PSF mudou a forma de ver o cuidado em saúde e expandiu seus limites, deixando de ser um programa focal e setorial, para funcionar como reorganizador e fortalecedor da APS de acordo com os princípios do SUS. Neste caso não poderia continuar como um programa e a partir do ano de 1997 foi definido como ESF. A ESF busca romper os modelos fragmentados de assistência e organizar o sistema público de saúde do Brasil funcionando como centro de comunicação das RAS (29,47).

Como descrito anteriormente, em 2006 o MS instituiu a Portaria nº 648, de 28 de março que aprova a PNAB, reafirmada em 2011 e 2017 por meio de revisão e nova publicação da política (10). Em 2011 a revisão da política trouxe a inserção dos médicos generalistas, especialistas em saúde da família ou de família e comunidade

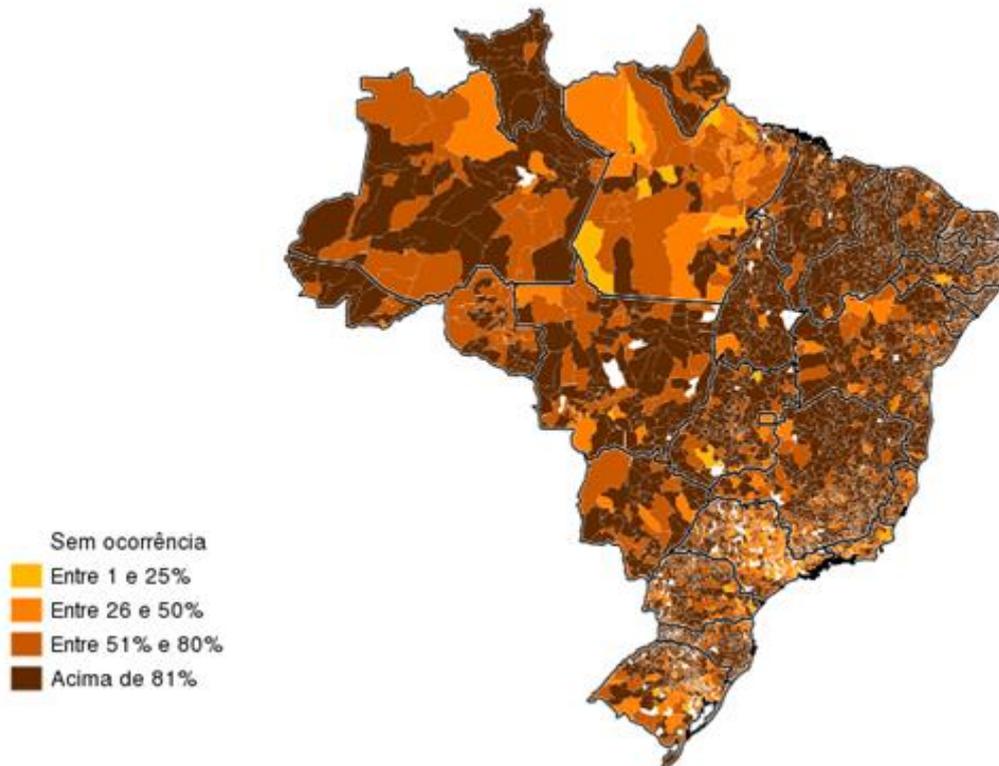
na ESF, para configurar as equipes transitórias, que tem como responsabilidade o cuidado de uma população com 2500 pessoas (47).

A PNAB 2017 em sua formulação destaca mudanças como: O município poderá montar as ESF de acordo com a necessidade local, desde que a partir de equipes que já existem e são financiadas pelo município, respeitando a obrigatoriedade de conter minimamente, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem. Fica sugerida também a inclusão do gerente de atenção básica conforme a necessidade do território e cobertura da APS no local (48).

Nas versões anteriores da PNAB não havia período definido para implantação de equipes depois da publicação do credenciamento em Portaria, de acordo com a nova versão fica definido prazo máximo de quatro meses para que o gestor municipal implante a equipe de saúde. O Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) passa nesta versão a complementar não só equipes de Saúde da Família, mas também equipes de AB tradicionais e tem proposta de se denominar: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). A população adstrita por equipe de Atenção Básica e de Saúde da Família passará de quatro mil pessoas localizadas dentro do seu território para 2.000 a 3.500. Por fim a PNAB 2017 propõe que os Agentes Comunitários de Endemias (ACE) façam parte da equipe de atenção básica, no sentido de ampliar o atendimento a população (48).

Segundo dados do MS o Brasil contou em 2017 com 42.607 equipes de ESF credenciadas pelo MS, estes estão distribuídos em 5.487 municípios, apresentando cobertura nacional de ESF de 63.99%. A cobertura de ESF ainda se encontra heterogênea pelos estados brasileiros, a Figura abaixo demonstra a distribuição das mesmas de acordo com estados brasileiros (Figura 2).

Figura 2 - Distribuição das Equipes da Estratégia Saúde da Família no Brasil no ano de 2017.



Fonte: SAGE/2017

3.6 Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal

O sistema de saúde no DF iniciou em meados de 60 quando foi inaugurada. As diretrizes do sistema de saúde seguiam o plano Bandeira de Mello que tinha como objetivo criar um órgão de administração central para favorecer a descentralização dos serviços de saúde. Nessa época foi criada a Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF) responsável por gerir as ações de saúde no território do DF sendo subordinada a Secretária de Saúde do DF (SES-DF) (49,50).

Uma das ações da FHDF foi a construção de hospitais de alta complexidade distribuídos nas cidades satélites, hoje conhecidas como regiões administrativas, para atender às diversas especialidades. Contudo esse modelo acabou tornando os

serviços de emergências e pronto socorro como porta de entrada para agravos que poderiam ser prontamente resolvidos na atenção básica (50).

Os postos e centros de saúde no final da década de 70 eram insuficientes para a demanda da população, dado o crescente índice demográfico do DF, o que fortalecia ainda mais o modelo hospitalocêntrico. Esses fatores que influenciavam na qualidade ofertadas pelo serviço de saúde, já se mostravam insuficientes, apontando a necessidades de mudanças no modelo de atenção a saúde do DF (51).

Nesse contexto de mudanças foi pensando em um plano de assistência à saúde no DF, que propunham um modelo semelhante ao adotado na Inglaterra, com garantia de acesso universal aos serviços de saúde e aumento da cobertura dos serviços da atenção primária (51).

Quando o plano de assistência à saúde foi implementando no DF, houve avanços importantes nessa aproximação dos serviços e profissionais de saúde a comunidade, contudo os dispositivos disponíveis a época e o financiamento insuficiente acabaram por limitar sua expansão. Isso levou ao retorno da demanda da população aos hospitais e serviços especializados (51).

O movimento da reforma sanitária em meados 1980 provocou inúmeros eventos nacionais e mudanças na organização dos serviços de saúde, o que culminou posteriormente na criação do SUS. Os primeiros passos do SUS foram norteados por meio das normas operacionais básicas (NOB) que definiam as competências de cada esfera de governo entre elas a organização das APS (52).

A ESF, chamada até então de PSF, foi implantada no DF a partir de 1999, seguindo as diretrizes do MS, Gottens (52), destaca três problemas no processo de implantação da ESF à época: a ausência de critério para escolha das regionais que seriam pioneiras; a utilização da estrutura do próprio Centro de Saúde devido a problemas relacionados ao aluguel de casas havendo superposição de funções a essa instituição; as equipes eram compostas por profissionais indicados por gestores e não havia critério para seleção; além de despreparo gerencial frente à resistência dos profissionais a implementação da nova estratégia (52).

A APS no DF está fundamentada na atuação da ESF. As equipes são compostas por um médico de família, um enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal que atendem a população adstrita no território delimitado (53).

No Plano de Saúde do DF (2001-2003) a implantação da ESF foi incluída como metas para o triênio e foi proposto a criação de 134 equipes de ESF, subdivididas entre as regiões de saúde, estimando-se dar cobertura a 70% da população (52).

No relatório anual da SES -DF de 2015 o indicador de “Proporção da população cadastrada pela ESF ” tinha meta programada para 75% de cobertura, atingindo somente 25% do esperado no referido ano. No mesmo período a “Cobertura populacional estimada pelas equipes de APS” foi de 55,22%, sendo a meta de 86%. O documento justifica que o resultado muito aquém do esperado poderia ter relação com o déficit orçamentário enfrentado pela SES-DF naquele período, além de recorrentes greves de servidores (54).

O DF enfrenta hoje uma situação onde o modelo de gestão assistencial vigente não está conseguindo responder adequadamente às demandas relacionadas às necessidades de saúde da população. Este fato pode ser explicado por ainda ser aplicado na região o modelo curativista hospitalocêntrico, voltado predominantemente para a assistência de condições agudas, atuando de forma fragmentada, episódica e reativa, controverso a atual característica epidemiológica vivenciada pela população brasileira há muitos anos (55).

A atual crise do modelo atuante se expressa por meio da superlotação das emergências dos hospitais, na insuficiência de leitos hospitalares, na baixa qualidade do atendimento e por meio da longa lista de espera por consultas de especialidades. Além dos citados, ainda é essencial salientar a baixa cobertura da atenção primária, como demonstrado no quadro 1 (55).

Quadro 1 - Situação da Estratégia Saúde da Família no DF, fevereiro - 2016

REGIÃO	POPULAÇÃO	COB. ESF	Nº eSF	Nº UBS PRÓPRIAS	Nº UBS NÃO PRÓPRIAS
SUDOESTE	779.433	32,2%	67	26	6
OESTE	518.985	27,4%	38	18	4
CENTRO-SUL	443.358	27,9%	33	17	5
SUL	285.147	39,4%	30	14	9
LESTE	229.682	45,7%	28	11	15
NORTE	372.582	42,2%	42	21	13
CENTRO-NORTE	285.644	1,3%	1	8	2
TOTAL	2.914.830	30,7	239	115	54

Fonte: DATASUS & IBGE

Atualmente o DF passa por uma reestruturação da APS. A mudança foi definida a partir do diagnóstico situacional das regiões de saúde onde percebeu-se que a cobertura de ESF no DF era de aproximadamente 30%, sendo deste modo insuficiente para atender as demandas de saúde da população (56).

Visto que 70% dos atendimentos realizados nas unidades de pronto atendimento (UPA's) poderiam ser resolvidos na APS, esta proposta de reestruturação é essencial para aumentar a eficiência e efetividade dos serviços de saúde, diminuir o abarrotamento dos hospitais e aprimorar os serviços de promoção da saúde com foco na prevenção de doenças (56).

Esta reorganização está pautada pela Portaria\SES-DF nº 77 de 14 de fevereiro de 2017 (23) que estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do DF e Portaria\SES-DF nº 78 de 14 de fevereiro de 2017 (24) que regulamenta o artigo 51 da Portaria\SES-DF nº 77 de 14 de fevereiro de 2017.

Com estas legislações espera-se que todas as UBS do DF atuem por meio de equipes da ESF, a fim de promover mudanças que melhorem a cobertura e qualidade de vida das populações. A meta estipulada para este ano de 2018 é de 75% de cobertura para população do DF (57).

4. MÉTODO

Trata-se de um estudo de tendência, realizado em dois momentos, sendo o primeiro por meio de uma revisão integrativa de literatura e o segundo realizado no Hospital Regional do Paranoá (HRPa), localizado na região Leste de saúde do Distrito Federal, com base nas ICSAP que ocorreram no período de 2012 a 2017.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Segundo Mendes (58) a revisão integrativa da literatura consiste na síntese de diversos estudos relevantes publicados. Deste modo favorece conclusões relacionadas a uma área específica de estudo a partir da construção de uma análise ampla de literatura. Essa abordagem favorece a tomada de decisão e auxilia na melhora da prática clínica e da gestão, além de demonstrar lacunas do conhecimento que podem ser preenchidas com a realização de novas pesquisas.

Esse método de pesquisa é muito utilizado na Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como intuito agrupar e sintetizar, de maneira sistemática e organizada os resultados de estudos sobre determinado tema, de modo a favorecer maior conhecimento e aprofundamento sobre o mesmo (59).

A revisão integrativa da literatura foi realizada por meio de seis passos distintos que se complementam (58).

Etapa 1- Identificação do tema e seleção da hipótese ou pergunta de pesquisa:

Esta etapa funciona como norteadora, a questão de pesquisa deve ser bem delimitada de modo que facilite a identificação das palavras-chave que farão parte da busca por estudos para composição da revisão integrativa (60).

Esta revisão norteou-se pela seguinte pergunta de pesquisa: O que vem sendo publicado sobre ICSAP no Brasil?

Etapa 2- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos, amostragem ou busca na literatura:

De acordo com Whitemore (61) esta etapa inicia-se por meio da busca nas

bases de dados com o intuito de selecionar os estudos que comporão a pesquisa. Essa seleção deve ser realizada de maneira rigorosa e devem-se seguir critérios para obtenção de validade interna da revisão.

Os critérios de inclusão e exclusão devem ser descritos de forma criteriosa, afim de evitar omissão no processo de amostragem e colocar em risco a validação da revisão. Neste sentido, deve-se prevalecer a transparência deste procedimento, pois a representatividade da amostra indica profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões do estudo (62).

Neste estudo os critérios de inclusão foram: todos os artigos com textos completos publicados em português, inglês ou espanhol no Brasil entre os anos de 2008 e julho de 2017 que contenham dados exclusivamente brasileiros sobre a ocorrência de ICSAP. 2008 foi escolhido como ano inicial por se tratar do ano em que foi publicada a lista nacional de ICSAP. Foram excluídas da pesquisa, Teses, dissertações, monografias e os estudos duplicados.

A busca dos artigos foi realizada por meio da base de dados, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (SciELO, Lilacs e Medline) e PubMed. Foram realizados cruzamentos entre os seguintes descritores: Atenção primária à saúde, hospitalização e indicador de saúde; atenção primária à saúde, hospitalização e avaliação em saúde; atenção primária à saúde, estudo ecológico e avaliação em saúde; atenção primária à saúde, acesso e indicador de saúde. Os mesmos também foram pesquisados no idioma inglês: Primary health care, hospitalization and health indicator; Primary health care, hospitalization and health assessment; Primary health care, ecological study and health assessment; Primary health care, access and health indicator. E no idioma em Espanhol: Atención Primaria de Salud, Centro de Atención Diurna, Indicadores de Salud; Atención Primaria de Salud, Estudio Ecológico, Evaluación em Salud; Atención Primaria de Salud, Acceso, Indicadores de Salud. Ainda foi inserido como termo livre: ICSAP.

A definição dos descritores foi realizada por meio da busca em artigos previamente selecionados, onde foram pesquisados os descritores mais frequentemente utilizados nesses estudos. Após esta etapa os descritores que

apresentaram maior frequência foram pesquisados no DEcS e no MeSH e depois eleitos para esta pesquisa.

Etapa 3- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, categorização dos estudos:

Esta etapa visa definir quais informações serão extraídas dos estudos selecionados. Em um estudo convencional consiste na fase de coleta de dados. Para esta etapa é necessária a elaboração de um instrumento que permita a extração das informações pertinentes dos estudos de maneira a formar um banco de dados conciso e organizado que possibilite o manejo rápido e fácil às informações (62,63).

Neste estudo foram extraídas as seguintes informações dos estudos selecionados: sujeito do estudo, objetivos, metodologia empregada, resultados e principais conclusões. (ANEXO I).

Etapa 4- Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa:

Para garantir a fidedignidade da revisão deve ocorrer uma avaliação criteriosa dos estudos. Esta etapa equivale à análise de dados. Os estudos selecionados para a revisão devem ser analisados de forma cautelosa buscando explicar os resultados divergentes entre os autores de maneira imparcial, explicando as singularidades que levaram às variações nos resultados encontrados (62,63).

Após a seleção dos artigos, foi realizada a leitura dos resumos dos mesmos e analisados critérios como, relevância das informações e nível de evidência de acordo com Stetler e cols (64) (ANEXO II).

Etapa 5- Interpretação dos resultados:

Esta etapa corresponde a discussão dos resultados. Nesta fase o revisor deve realizar, a partir dos resultados encontrados, uma análise crítica dos estudos. Deve-se evidenciar conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa, assim como, evidenciar lacunas e apontar sugestões para pesquisas futuras (62).

A interpretação dos resultados ocorreu a partir da comparação dos dados obtidos nos estudos e conhecimento teórico, foi realizado o levantamento de conclusões e identificadas lacunas do estudo no sentido de propor sugestões para futuras pesquisas. Os resultados foram apresentados por meio de categorias elencadas de acordo com as variáveis apresentadas nos estudos selecionados de forma a sistematizar a discussão a cerca das mesmas.

Etapa 6- Apresentação da revisão, síntese do conhecimento:

A apresentação da revisão deve subsidiar o leitor a avaliar de maneira crítica os resultados. A mesma deve ser clara e conter informações detalhadas e contextualizadas (65).

A apresentação desta revisão foi realizada por meio de um documento no qual constam todas as etapas anteriores e os principais achados evidenciados na análise dos artigos inclusos.

4.2 SEGUNDA ETAPA: ESTUDO DE TENDÊNCIA

No estudo de tendência objetiva-se pesquisar períodos prolongados de tempo. O mesmo compreende as variações ocorridas em indicadores do processo saúde doença, ou seja, em determinantes das condições de saúde e em fatores de risco ou proteção ao longo do tempo. Este tipo de estudo permite a criação de situações de saúde desejáveis em saúde pública e contribui para formulação de hipóteses sobre a causalidade de várias enfermidades (66).

4.2.1 Cenário do Estudo

A região leste de saúde do DF, onde foi desenvolvido este estudo, compreende as regiões administrativas do Paranoá, Itapoã, Jardim Botânico e São Sebastião. A justificativa para realização do estudo nesta região se dá em função da mesma possuir um sistema local de saúde o qual contempla, dentre outros equipamentos, um hospital geral, além de ser campo de atuação da Universidade de Brasília (UnB) (Figura 3).

Figura 3: Mapa das regiões de saúde do Distrito Federal (DF).



Fonte: GEPLAN e GEMOAS – DIPLAN/ SUPLAN/ SES

Essa região apresenta uma área total de 1.235,65 Km² com uma população de aproximadamente 225.593 habitantes distribuída no território de forma heterogênea.

Em relação ao perfil demográfico, a região possui grande parcela da população (67,24%) em idade produtiva compreendida entre 15 e 59 anos. A mesma apresenta população feminina de 50,73% (n=114.443) e masculina de 49,27% (n=111.150) (53, 67).

Comparada a outras regiões é a segunda com maior índice de analfabetismo em maiores de 15 anos, com valor relativo de 5,10% de analfabetos, perdendo apenas para região oeste que apresenta valor relativo de 6,82%. A região leste está entre as regiões administrativas com maiores taxas de desemprego e entre as regiões com menor renda. A renda per capita média da região é R\$1.591,40 que equivale 2,35 salários mínimos e apenas 15,97% da população possuem plano de saúde (53).

Em relação ao perfil epidemiológico, A taxa de natalidade da região leste em 2014 foi de 19,7% e taxa de mortalidade infantil foi de 13,5% no mesmo período

(53). A região leste apresentou em 2014 percentuais de parto cesáreo e normal variáveis entre as suas regiões administrativas. O Paranoá apresentou percentual de 50,5% de partos cesáreos e 49,5% de partos normais, o Itapoã apresentou 43,1% cesáreos e 56,9% normais, São Sebastião 48,6% cesáreos e 50,9% normais e o Jardim Botânico 74,5% cesáreos e 25,5% normais. De acordo com Plano Diretor de Saúde do DF (53) as regiões administrativas com maior poder socioeconômico apresentam maiores percentuais de cesarianas.

Em relação ao número de óbitos por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na região leste em 2014, as neoplasias apresentaram número de 138 por 100.000 habitantes, diabetes 28 por 100.000 habitantes, Doença Arterial Coronariana 166 por 100.000 habitantes e Doença Renal Crônica 30 por 100.000 habitantes (53).

A cobertura de ESF da região leste é de 41,22% e a cobertura populacional geral da APS é de 29,11%. A região dispõe de 12 unidades de saúde, destas 4 são centros de saúde e 2 são postos de saúde rural, os quais de acordo com a PNAB, são denominados atualmente, Unidades Básicas de Saúde (UBS). Apresenta 22 equipes atuando no território sendo que destas, 15 são ESF que atuam em área urbana e 7 que atuam nas áreas rurais da região. Na região administrativa São Sebastião existe 1 clínica da família que de acordo com a nomenclatura é análoga a uma UBS. (Quadro 2) (53).

Quadro 2: Distribuição dos estabelecimento de saúde da região leste do Distrito Federa por região administrativa no ano de 2017.

	REGIÃO ADMINISTRATIVA				
	São Sebastião	Itapoã	Jardim Botânico	Paranoá	Total
Centro de Saúde	1	1 (7 Equipes ESF)	-	2 (8 equipes ESF)	4
Posto de Saúde Rural	1	-	-	1 (7 equipes ESF)	2
Casa de Parto	1	-	-	-	1

Clínica da Família	1	-	-	-	1
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	1	-	-	-	1
Hospital Regional	-	-	-	1	1
CAPS II	-	-	-	1	1
CAPS ad	-	1	-	-	1
Total de Unidades	5	2	0	5	12

Fonte: CNES em maio de 2017

O HRPA dispõe de 225 leitos distribuídos, conforme descrito no Quadro3.

Quadro 3: Relação de leitos por especialidade do HRPa-DF, no ano de 2017.

ESPECIALIDADE	NÚMERO DE LEITOS
Cirurgia Geral	12 leitos
Ginecologia	30 leitos
Traumato-Ortopedia	52 leitos
Internações Gerais	67 leitos
Saúde Mental	3 leitos
Unidade De Terapia Intensiva	10 leitos
Obstétrica	23 leitos
Pediatria Clínica	28 leitos

Fonte: SES/DF

Além dos leitos o hospital dispõe de um ambulatório de especialidades, que conta com profissionais que atendem as seguintes especialidades: Acupuntura, Cardiologia, Cirurgia geral, Cirurgia ginecológica, Climatério, Dermatologia, Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica, Gastropediatria, Geriatria, Gerontologia, Infanto-puberal, infectologia, mastologia, neurologia, neurologia pediátrica, obesidade pediátrica, odontologia, oftalmologia, oncologia ginecológica, ortopedia, pneumo-pediatria, psicologia, psiquiatria, reumatologia e urologia (53).

4.2.2 Critério de inclusão

- Todas as ICSAP que ocorreram no período entre 2012 e 2017 no Hospital do Paranoá registradas no Serviço de Informação Hospitalar (SIH/SUS)

4.2.3 Variáveis

Sexo: masculino, feminino e ignorado. O item ignorado foi incluso por constar como alternativa na Autorização de Internação Hospitalar (AIH's;)

Faixa etária: foram consideradas as seguintes faixas etárias pré-definidas no SIH\SUS: <1 ano; ≥1 a ≤4 ; ≥5 a ≤14 ; ≥15 a ≤24 ; ≥25 a ≤34 ; ≥34 a ≤44; ≥45 a ≤54 ; ≥ 55 a ≤64 ; e ≥65.

Grupos de diagnósticos: foram considerados os 19 grupos de causas e diagnósticos que constam na lista brasileira de ICSAP (Anexo III).

Custos: foram verificados os valores correspondentes a estas internações por CSAP, registrados no SIH/SUS no período.

Óbitos: foi verificada a quantidade de óbitos decorrentes de ICSAP durante o período estudado.

Foram realizadas as seguintes análises:

1. Internações gerais no período de 2012 a 2017
2. ICSAP gerais no período;
3. ICSAP por ano;
4. ICSAP por grupos de diagnósticos;
5. ICSAP por gastos totais;
6. ICSAP por sexo;

7. ICSAP por faixa etária;
8. ICSAP e óbito geral;
9. ICSAP por óbito e faixa etária
10. ICSAP e óbito por período;
11. ICSAP por óbito e sexo.

4.2.4 Fonte e Coleta dos dados

Foi utilizado como fonte de dados o SIH\SUS que é um sistema criado pelo Ministério da saúde a partir da Portaria n. 896, de 30 de abril de 1990 (68).

Este sistema favorece a avaliação da qualidade da atenção prestada e o conhecimento e construção do perfil de morbimortalidade hospitalar. Possui abrangência em todo Brasil, originado por meio das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), que possibilita a armazenagem dos dados das internações, além de apresentar e processar mensalmente as AIH das instituições públicas de saúde, conveniados e contratados e acompanhar o desempenho dos hospitais em relação às metas estabelecidas nos contratos entre gestor e hospitais (69).

Para elaboração do perfil das ICSAP, os dados foram obtidos a partir da Lista Brasileira de ICSAP, que contém 19 grupos de diagnósticos, com total de 120 categorias da CID-10 (com três dígitos) e subcategorias (com quatro dígitos).

4.2.5 Processamento e análise dos dados

Com relação a identificação das ICSAP no SIH\SUS, foi utilizado um arquivo de definição (DEF) para tabulação por meio da seleção das causas de internações identificadas pelos respectivos códigos, utilizando o Tabwin - versão 3.5- desenvolvido pelo DATASUS do MS.

Para o processamento e a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva como, frequência e variação. Foram elaboradas tabelas e gráficos para organização

e classificação dos resultados.

4.2.6 Aspectos éticos

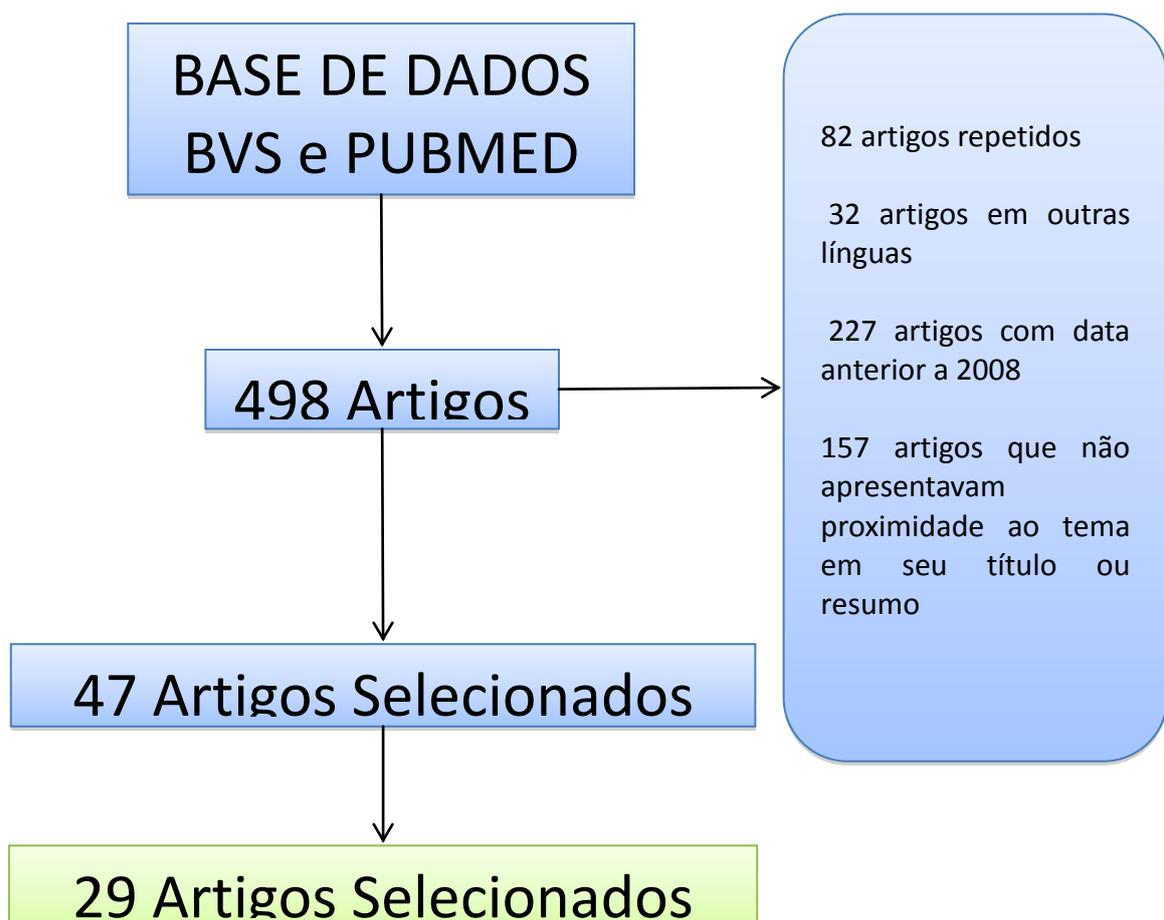
Esta pesquisa obedeceu às normas éticas estabelecidas pela Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe em seu artigo 1º, parágrafo único que pesquisas realizadas a partir de informações de acesso público não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP\CONEP (70).

5. RESULTADOS

5.1 REVISÃO INTEGRATIVA

Após a busca por meio da combinação dos descritores, encontraram-se 545 publicações nas bases de dados da BVS e PUBMED. Destas, foram eliminados 82 artigos repetidos, 32 artigos em outras línguas que não o português, inglês ou espanhol e 227 artigos com data anterior a 2008, além de 157 artigos que não apresentavam proximidade ao tema em seu título ou resumo. Por fim foram selecionados 47 artigos (Figura e Quadro 4).

Figura 4: Fluxograma de Seleção de Artigos nas Bases de Dados



QUADRO 4: Disposição dos artigos conforme fonte de pesquisa, combinação dos descritores e número de estudos obtidos.

BASE DE DADOS	COMBINAÇÃO DOS DESCRITORES	ESTUDOS OBTIDOS	ESTUDOS EXCLUÍDOS	ESTUDOS SELECIONADOS
BVS	“Atenção Primária a Saúde” AND acesso AND “Indicador de Saúde”	122	122	0
BVS	“Atenção Primária a Saúde” AND “Estudo Ecológico” AND “Avaliação em Saúde”	182	178	4
BVS	“Atenção Primária a Saúde” AND Hospitalização AND “Indicador de Saúde”	24	20	4
BVS	“Atenção Primária a Saúde” AND Hospitalização AND “Avaliação em Saúde”	44	38	6
BVS	ICSAP	26	10	16
BVS	“Primary Health Care” AND Access AND “Health Indicator”	4	4	0
BVS	“Primary Health Care” AND “Ecological Study” AND “Health Assessment”	15	15	0
BVS	“Primary Health Care” AND Hospitalization AND “Health Assessment”	36	35	1
BVS	“Primary Health Care” AND hospitalization AND “Health Indicator”	0	0	0
PUBMED	ICSAP	2	0	2

PUBMED	“Primary Health Care” AND Access AND “Health Indicator”	85	73	12
PUBMED	“Primary Health Care” AND “Ecological Study” AND “Health Assessment”	1	0	1
PUBMED	“Primary Health Care” AND Hospitalization AND “Health Assessment”	4	3	1
PUBMED	“Primary Health Care” AND hospitalization AND “Health Indicator”	0	0	0
TOTAL		545	498	47

Em um segundo momento, após leitura dos 47 artigos, 18 artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão. Ao final, foram selecionados 29 artigos para desenvolvimento da revisão integrativa (APÊNDICE A).

5.1.1 Anos das publicações

2016 foi o ano em que houve maior número de publicações sobre ICSAP 24,1 % (n= 7), seguido dos anos de 2013 17,2% (n= 5) e 2014 com 13,7% (n= 4). O ano de 2017 apresentou 3 (10,3 %) publicações até o mês de julho. Entre os anos de 2008 e 2014 foram publicados 14 (48,27%) artigos.

5.1.2 Estratégias metodológicas

A maioria dos estudos selecionados 44,8% (n= 13) utilizaram como estratégia metodológica o estudo ecológico, seguido de estudos descritivos 13,7% (n= 4) e estudos transversais 10,3% (n= 3). Apenas 1 artigo presente nas bases de dados pesquisadas (3,44%) apresentou abordagem puramente qualitativa e 6,8% (n= 2) são revisões sistemáticas. Ressalta-se que 1 dos artigos selecionados refere-se a um marco conceitual para construção da lista nacional de ICSAP (7).

5.1.3 Níveis de Evidência das Publicações

Em relação ao nível de evidência dos estudos, 93,10% (n=27) dos artigos possuem nível de evidência IV e 6,89% (n= 2) possuem nível de evidência I. (Quadro 5).

QUADRO5: Artigos conforme tipo de estudo e nível de evidência segundo Stetler et al.

Tipo do Estudo	Nº Artigos	%	Nível de Evidência
Revisão Sistemática	2	6,90	I
Marco Conceitual	1	3,45	IV
Qualitativo	1	3,45	IV
Quantitativo	25	86,20	IV

5.1.4 Grupos de diagnósticos por ICSAP

Dos 29 artigos 17 discorrem sobre as principais causas de ICSAP. Os mesmos trazem como principais causas, doenças cardiovasculares (insuficiência cardíaca, hipertensão ou angina) 58,64% (n=17), doenças do aparelho respiratório (doenças pulmonares, pneumonias bacterianas ou asma) 55,17% (n=16), doenças cerebrovasculares 31,03% (n=9), do trato genitourinário (infecção no rim e trato urinário e doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos) 34,48% (n=10), gastroenterites 31,03% (n=9) e diabetes mellitus 20,68% (n=6).

Dentre as doenças cardiovasculares, a insuficiência cardíaca destacou-se em 37,04% (n=10) dos estudos, Angina 22,22% (n=6) e a hipertensão arterial 18,52% (n=5). Das doenças do aparelho respiratório as pneumonias bacterianas 33,33% (n=9) obtiveram destaque, seguidas de asma 11,11% (n=3) e doenças pulmonares, com a mesma proporção. No que diz respeito às patologias do aparelho genitourinário as infecções no rim e trato urinário foram as mais frequentes com 33,33% (n=9).

Dos artigos selecionados 17,24% (n=5) evidenciam as patologias menos recorrentes, as quais foram: deficiências nutricionais 80% (n=4), doenças imunizáveis 40% (n=2) e doenças relacionadas ao pré-natal e parto, infecções de ouvido nariz e garganta e anemias, todas apresentando 60% (n=3).

5.1.5 Faixa etária por ICSAP

No que diz respeito às faixas etárias, 51,72% (n=15) dos artigos trazem informações sobre este assunto. 40% (n=6) apontam que idosos maiores de 60 anos são os mais suscetíveis a ICSAP. Os demais artigos não trazem dados concordantes quanto a faixa etária mais suscetível, uma vez que trabalham com diversos recortes de grupos específicos.

Em relação às doenças mais frequentes por faixa etária, 34,48%(n=10) dos artigos tratam sobre o acometimento das mesmas em menores de 5 anos. 90%(n=9) dos artigos revelam que a pneumonia é a que mais acomete este público, seguida pelas gastroenterites infecciosas 80% (n=8) e asma 50% (n=5). De acordo com 20,68%(n=6) dos autores, as infecções de rim e trato urinário são as que mais acometem pessoas de 10 a 39 anos.

Segundo 20,68% (n=6) dos estudos a insuficiência cardíaca é a mais recorrente em pessoas de 40 a 59 anos, seguida de Angina Pectoris, doenças cerebrovasculares e hipertensão arterial com 13,79% (n=4) e por fim diabetes mellitus com 10,34% (n=3).

No que diz respeito aos maiores de 60 anos 20,68% (n=6) dos artigos tratam sobre as principais doenças que acometem esse público. Nestes refere-se que os mesmos são mais propensos a internar por insuficiência cardíaca 17,23% (n=5), doenças cerebrovasculares 10,34% (n=3), pneumonia 6,89% (n=2) e Angina 6,89% (n=2).

5.1.6 Sexo por ICSAP

Oito artigos trazem informações referentes ao sexo mais exposto às ICSAP. 62,5% (n=5) destes referem ser o sexo feminino e 37,5% (n=3) o sexo masculino.

5.1.7 Aspectos que interferem para ocorrência de ICSAP

De acordo com 4 (13,79%) dos 29 artigos selecionados para esta revisão, características sociodemográficas e econômicas da população (renda per capita, saneamento básico e escolaridade), diferentes padrões de utilização dos serviços de saúde, situação epidemiológica, falta de rede de proteção social, dificuldades de acesso, recursos insuficientes, incapacidade organizativa no gerenciamento de processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso a atenção hospitalar e baixa coordenação da APS funcionam como fatores determinantes para o uso inadequado dos serviços de saúde.

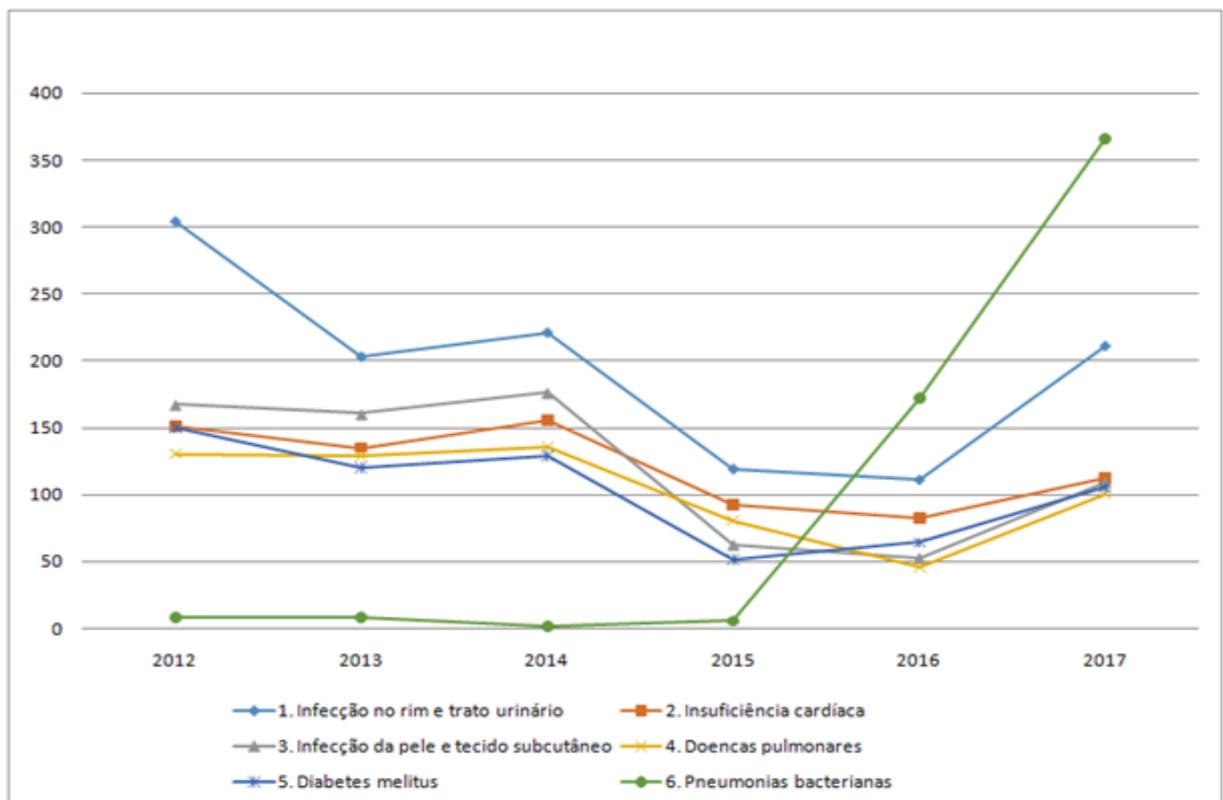
Sobre a relação entre os números de ICSAP e o acesso a APS 14 artigos (48,27%) relatam relação direta entre estas variáveis. Quanto maior o acesso aos serviços de APS menores são os números de ICSAP. Apenas 2 artigos (6,89%) não conseguiram estabelecer a mesma relação e refere que o aumento do acesso não impactou no número de internações por essas condições. Um dos artigos demonstrou que o aumento do acesso aos serviços de APS impactou de maneira reversa, aumentando o número de ICSAP.

5.2 ESTUDO DE TENDÊNCIA

No período entre 2012 a 2017 ocorreram no HRPa 53.639 internações hospitalares, sendo que destas 7.593 (14,15%) foram por ICSAP. O número mais elevado de ICSAP foi no ano de 2012 o qual apresentou 1620 (21,33%) internações por esta condição, tendo como principal causa de internação as infecções de rim e trato urinário com 304 (18,76%) internações.

É importante ressaltar que os anos de 2015 e 2016 apresentaram decréscimo com 697(9,17%) e 869 (11,44%) internações por ICSAP respectivamente, porém no ano de 2017 houve um crescimento nos casos de ICSAP no hospital, elevando seu número para 1585 (20,87%), apresentando a pneumonia bacteriana (366 casos) como a patologia mais frequente (Figura 5).

Figura 5: Frequência de ICSAP Registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.



Fonte: SIH\SUS

As infecções do rim e trato urinário foram as que mais apresentaram ocorrência no período com 15,40% (n=1169), seguido de insuficiência cardíaca com 9,59% (n=728), infecções da pele e tecido subcutâneo 9,56% (n=726), doenças pulmonares 8,22% (n=624) e diabetes mellitus 8,15% (n=619). As patologias menos frequentes foram: úlcera gastrointestinal 0,86% (n=65), anemia 1,25% (n=95), infecções do ouvido nariz e garganta 1,40% (n=106) e doença inflamatória dos órgãos pélvicos 2,15% (n=163) (Tabela 1).

Tabela 1: Frequência de ICSAP registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Internações	%
1. Infecção no rim e trato urinário	1169	15,40
2. Insuficiência cardíaca	728	9,59
3. Infecção da pele e tecido subcutâneo	726	9,56
4. Doenças pulmonares	624	8,22
5. Diabetes melitus	619	8,15
6. Pneumonias bacterianas	560	7,38
7. Gastroenterites Infeciosas e complicações	538	7,09
8. Asma	488	6,43
9. Doenças cerebrovasculares	450	5,93
10. Epilepsias	316	4,16
11. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	299	3,94
12. Hipertensão	191	2,52
13. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	184	2,42
14. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	163	2,15
15. Deficiências nutricionais	141	1,86
16. Angina	131	1,73
17. Infecções de ouvido, nariz e garganta	106	1,40
18. Anemia	95	1,25
19. Úlcera gastrointestinal	65	0,86
Total	7593	100

Fonte: SIH\SUS

Observa-se que dos 19 grupos de diagnósticos por ICSAP, 12 apresentaram redução em 2017, evidenciando principalmente a hipertensão, com redução de 81,58%, doenças cerebrovasculares 47,06% de redução e epilepsias que reduziu 38,82% quando comparado a 2012. Os sete demais grupos apresentaram aumento destacando-se: Pneumonia bacteriana com aumento de 44,75% em relação a 2012, úlcera gastrintestinal com aumento de 350% e doenças relacionadas ao pré-natal e parto que aumentaram 335%. Quando calculada a variação geral, foi obtida uma redução de 2,2% no total de ICSAP.

Quando comparado a variação da ocorrência de ICSAP em 2015 com o ano de 2014, observa-se que houve um decréscimo de 1489 ocorrências de ICSAP para 697, representando uma redução de 113,63%. Os anos de 2016 e 2017 foram registrados aumentos sucessivos, de 172 casos de 2015 para 2016 com aumento de 19,79% e de 716 casos de 2016 para 2017 com aumento de 45% (Tabela 2).

Tabela 2: Frequência de ICSAP por ano registrado no SIH/SUS, por grupo diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Variação % 2012 - 2017	TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1. Infecção no rim e trato urinário	304	18,77	203	15,23	221	14,84	119	17,07	111	12,77	211	13,31	-30,59	1169
2. Insuficiência cardíaca	151	9,32	135	10,13	156	10,48	92	13,20	82	9,44	112	7,07	-25,83	728
3. Infecção da pele e tecido subcutâneo	167	10,31	160	12,00	176	11,82	62	8,90	52	5,98	109	6,88	-34,73	726
4. Doenças pulmonares	131	8,09	129	9,68	136	9,13	81	11,62	46	5,29	101	6,37	-22,90	624
5. Diabetes melitus	150	9,26	120	9,00	129	8,66	51	7,32	64	7,36	105	6,62	-30,00	619
6. Pneumonias bacterianas	8	0,49	8	0,60	1	0,07	5	0,72	172	19,79	366	23,09	4475,00	560
7. Gastroenterites Infeciosas e complicações	153	9,44	93	6,98	108	7,25	42	6,03	46	5,29	96	6,06	-37,25	538
8. Asma	110	6,79	94	7,05	86	5,78	54	7,75	48	5,52	96	6,06	-12,73	488
9. Doenças cerebrovasculares	119	7,35	85	6,38	101	6,78	42	6,03	40	4,60	63	3,97	-47,06	450
10. Epilepsias	85	5,25	54	4,05	62	4,16	26	3,73	37	4,26	52	3,28	-38,82	316
11. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	17	1,05	54	4,05	91	6,11	25	3,59	38	4,37	74	4,67	335,29	299
12. Hipertensão	76	4,69	40	3,00	41	2,75	11	1,58	9	1,04	14	0,88	-81,58	191
13. Doenças preveníveis p/imunização e cond. Sensíveis	17	1,05	34	2,55	43	2,89	19	2,73	39	4,49	32	2,02	88,24	184
14. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	38	2,35	31	2,33	30	2,01	12	1,72	16	1,84	36	2,27	-5,26	163
15. Deficiências nutricionais	22	1,36	25	1,88	26	1,75	19	2,73	20	2,30	29	1,83	31,82	141
16. Angina	20	1,23	27	2,03	40	2,69	11	1,58	11	1,27	22	1,39	10,00	131
17. Infecções de ouvido, nariz e garganta	27	1,67	15	1,13	14	0,94	4	0,57	15	1,73	31	1,96	14,81	106
18. Anemia	21	1,30	21	1,58	20	1,34	8	1,15	7	0,81	18	1,14	-14,29	95
19. Úlcera gastrointestinal	4	0,25	5	0,38	8	0,54	14	2,01	16	1,84	18	1,14	350,00	65
Total	1620	21,3	1333	17,5	1489	19,6	697	9,2	869	11,4	1585	20,9	-2,2	7593

Fonte: SIH/SUS

É possível perceber que e as patologias mais onerosas no período foram: Insuficiência cardíaca, com 20,26% do valor total de gastos, Pneumonias bacterianas com 13,98%, doenças cerebrovasculares com 9,02% e infecção da pele e tecido subcutâneo com 8,76% dos gastos totais. Esses quatro grupos de diagnósticos representam juntos 52,01% da receita gasta com ICSAP (Tabela 3).

Tabela 3: Gastos totais com ICSAP registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

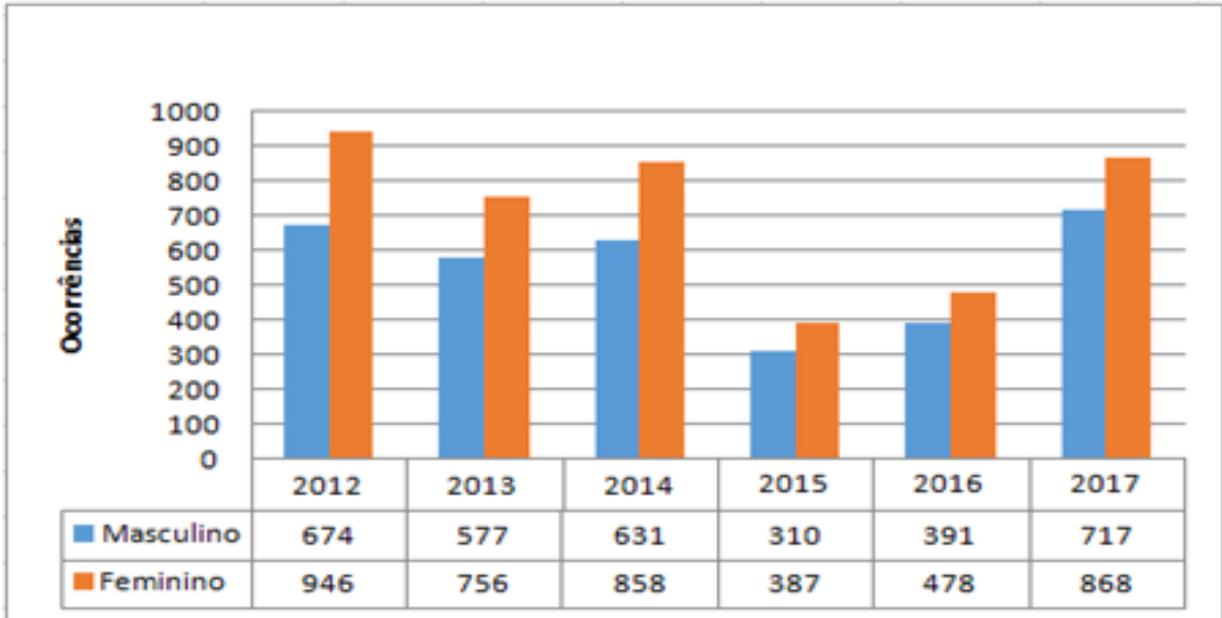
Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Valor Total (R\$)	%
1. Insuficiência cardíaca	R\$ 843.351,49	20,26
2. Pneumonias bacterianas	R\$ 581.964,20	13,98
3. Doenças cerebrovasculares	R\$ 375.523,47	9,02
4. Infecção da pele e tecido subcutâneo	R\$ 364.506,93	8,76
5. Diabetes melitus	R\$ 353.412,57	8,49
6. Infecção no rim e trato urinário	R\$ 344.033,32	8,26
7. Asma	R\$ 251.552,54	6,04
8. Doenças pulmonares	R\$ 221.456,00	5,32
9. Deficiências nutricionais	R\$ 184.839,16	4,44
10. Gastroenterites Infecciosas e complicações	R\$ 170.874,16	4,10
11. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	R\$ 104.687,23	2,51
12. Epilepsias	R\$ 78.277,11	1,88
13. Hipertensão	R\$ 48.251,37	1,16
14. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	R\$ 47.697,31	1,15
15. Angina	R\$ 42.148,13	1,01
16. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	R\$ 40.267,61	0,97
17. Anemia	R\$ 38.168,88	0,92
18. Úlcera gastrointestinal	R\$ 37.426,09	0,90
19. Infecções de ouvido, nariz e garganta	R\$ 34.543,93	0,83
Total	R\$ 4.162.981,50	100

Fonte: SIHSUS

Em todos os anos estudados a maior frequência de internações por ICSAP foi do sexo feminino, as quais apresentaram frequências similares, com média de 56,34% entre os anos de 2012 e 2017. O sexo masculino também apresentou constância em sua frequência, exibindo média de 43,66%. É possível observar que houve uma redução nas ICSAP em ambos os sexos de 2,16%, no comparativo entre

2012 e 2017, mas quando analisando separadamente houve um aumento de 6,38% para o sexo masculino e redução de 8,25% para o feminino (Figura 6).

Figura 6: Frequência de internações hospitalares por ICSAP registradas no SIH/SUS. HRPa-DF, 2012 a 2017.



Fonte: SIH\SUS

Pode-se notar que as mulheres apresentaram uma frequência maior de internações por infecções do rim e trato urinário 20,78% (n=892), quando comparado aos homens 8,39% (n=277). A patologia mais frequente no sexo masculino, durante o período estudado foram as infecções da pele e tecido subcutâneo com 12,88% (n=425). Nas mulheres esta patologia aparece em quinto lugar com 7,1% (n=301). Em ambos os sexos a insuficiência cardíaca encontrou-se em segundo lugar apresentando frequência de 10,45% (n=345) para os homens e 8,92% (n=383) para mulheres (Tabela 4).

Tabela 4: Frequência de ICSAP registradas no SIH/SUS, por sexo. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Masculino		Feminino		Total
	N°	%	N°	%	
1. Infecção no rim e trato urinário	277	8,39	892	20,78	1169
2. Insuficiência cardíaca	345	10,45	383	8,92	728
3. Infecção da pele e tecido subcutâneo	425	12,88	301	7,01	726
4. Doenças pulmonares	320	9,70	304	7,08	624
5. Diabetes melitus	282	8,55	337	7,85	619
6. Pneumonias bacterianas	279	8,45	281	6,55	560
7. Gastroenterites Infecciosas e complicações	271	8,21	267	6,22	538
8. Asma	259	7,85	229	5,33	488
9. Doenças cerebrovasculares	219	6,64	231	5,38	450
10. Epilepsias	197	5,97	119	2,77	316
11. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	299	6,96	299
12. Hipertensão	76	2,30	115	2,68	191
13. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	90	2,73	94	2,19	184
14. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	0	0,00	163	3,80	163
15. Deficiências nutricionais	69	2,09	72	1,68	141
16. Angina	56	1,70	75	1,75	131
17. Infecções de ouvido, nariz e garganta	56	1,70	50	1,16	106
18. Anemia	39	1,18	56	1,30	95
19. Úlcera gastrointestinal	40	1,21	25	0,58	65
Total	3300	100	4293	100	7593

Fonte: SIH/SUS

De acordo com os dados do SIH/SUS, as internações em menores de 5 anos corresponderam a 23,75% (n=1804) do total de ICSAP e idosos com 65 anos ou mais 20,25% (n=1538). Em relação às faixas etárias, aquelas que mais internaram por CSAP no HRPa foram, as crianças < 1 ano e os idosos com 65 anos ou mais, em ambos os casos houve oscilações no número de internações entre os anos. sendo que o ano de 2014 foi o mais internou crianças nesta faixa etária com 21,42% (n=211). Já em relação aos idosos de 65 anos ou mais, em 2012 e 2017 apresentaram a maior frequência, 21,29% (n=329) do total de internações nos anos na mesma faixa etária. De modo geral as faixas etárias apresentaram uma redução de internação de 2,16%, contudo as faixas etárias <1 ano, entre 1- 4 anos e 5-14 anos, apresentaram um crescimento nas internações de 13,02%, 56,94% e 26,28%

respectivamente, no comparativo entre 2012 e 2017 em relação às demais faixas etárias (Tabela 5).

Tabela 5: Frequência de Internações hospitalares registradas no SIH/SUS, por faixa etária selecionadas. HRPa-DF de 2012 a 2017.

Faixa Etária Selecionada	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Variação % 2012-2017	TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
<1a	169	10,43	168	12,60	211	14,17	98	14,06	148	17,03	191	12,05	13,02	985
1-4a	144	8,89	114	8,55	140	9,40	70	10,04	125	14,38	226	14,26	56,94	819
5-14a	137	8,46	148	11,10	138	9,27	49	7,03	119	13,69	173	10,91	26,28	764
15-24a	217	13,40	136	10,20	147	9,87	59	8,46	67	7,71	145	9,15	-33,18	771
25-34a	170	10,49	136	10,20	130	8,73	55	7,89	53	6,10	109	6,88	-35,88	653
35-44a	150	9,26	119	8,93	128	8,60	69	9,90	68	7,83	132	8,33	-12	666
45-54a	124	7,65	138	10,35	153	10,28	88	12,63	64	7,36	135	8,52	8,87	702
55-64a	180	11,11	118	8,85	141	9,47	52	7,46	59	6,79	145	9,15	-19,44	695
65a+	329	20,31	256	19,20	301	20,21	157	22,53	166	19,10	329	20,76	0	1538
Total	1620	100	1333	100	1489	100	697	100	869	100	1585	100	-2,16	7593

Fonte: SIH/SUS

Nota-se, que como citado acima, os extremos de idades (<1 ano e idosos com 65 anos ou mais) sofrem internações mais recorrentes por essas condições. As principais patologias que acometem as crianças <1 ano são em primeiro lugar: doenças pulmonares com (n=280), segundo lugar: as infecções do rim e trato urinário (n=162) e terceiro lugar: as pneumonias bacterianas (n=102) (Tabela 6).

Nos idosos com 65 anos ou mais os maiores números giraram em torno das seguintes patologias: insuficiência cardíaca (n=394), doenças cerebrovasculares (n=231) e diabetes mellitus (n=180) em todo período estudado (Tabela 6).

Quando cruzado os dados de sexo e faixas etárias relacionadas aos grupos de diagnóstico por ICSAP notou-se que as mulheres com idade entre 15 e 44 anos foram comumente as mais acometidas pelas infecções do rim e trato urinário, apresentado frequência média de 63,90% no período do estudo. As mulheres com idade compreendida entre 15 e 24 anos são as que mais sofrem com doenças relacionadas ao parto e pré-natal, apresentando 59,87% dos casos quando

comparado às outras faixas etárias. As mulheres entre 15 e 54 anos, de acordo com os dados coletados, estão mais propensas a internar por doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, com média de 67,48% em relação as outras faixas de idade.

Quando comparados sexo feminino e masculino relacionado a faixa etária de 65 anos ou mais nota-se que as mulheres apresentaram mais internações 10,72% por insuficiência cardíaca e doenças cerebrovasculares que os homens. O sexo feminino também apresentou maior número de internações por diabetes mellitus, 31,11%.

Tabela 6: Frequência de ICSAP por faixa etária, registradas no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Doenças	Faixa etária									Total
	<1a	1-4a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a	65a+	
1. Infecção no rim e trato urinário	162	79	51	299	194	144	54	47	139	1169
2. Insuficiência cardíaca	7	1	3	6	22	42	102	151	394	728
3. Infecção da pele e tecido subcutâneo	34	118	137	70	80	90	84	47	66	726
4. Doenças pulmonares	280	85	38	3	5	13	23	44	133	624
5. Diabetes mellitus	2	2	73	27	24	72	113	126	180	619
6. Pneumonias bacterianas	102	148	77	9	20	23	25	37	119	560
7. Gastroenterites infecciosas e complicações	93	132	85	47	31	34	30	24	62	538
8. Asma	78	166	163	9	5	8	15	14	30	488
9. Doenças cerebrovasculares	1	0	3	3	18	37	71	86	231	450
10. Epilepsias	25	52	57	28	31	49	44	12	18	316
Total	784	783	687	501	430	512	561	588	1372	6218

Fonte: SIH/SUS

No período houve 1.292 óbitos no HRPa, destes 22,7% (n=263) foram por ICSAP. Já em relação ao total de ICSAP essa porcentagem apresenta-se como 3,5% de óbitos. A insuficiência cardíaca é a patologia que mais apresentou óbitos no tempo estudado 36,50% (n=96), seguido por pneumonias bacterianas 17,87% (n=47) e doenças cerebrovasculares 17,11% (n=45). Essas três patologias abarcam 71,48% dos óbitos por ICSAP (Tabela 7).

Tabela 7: Frequência de óbitos por ICSAP registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Óbitos	
	Nº	%
1. Insuficiência cardíaca	96	36,50
2. Pneumonias bacterianas	47	17,87
3. Doenças cerebrovasculares	45	17,11
4. Deficiências nutricionais	18	6,84
5. Diabetes melitus	13	4,94
6. Gastroenterites Infeciosas e complicações	8	3,04
7. Doenças pulmonares	8	3,04
8. Infecção no rim e trato urinário	6	2,28
9. Úlcera gastrointestinal	5	1,90
10. Asma	4	1,52
11. Hipertensão	4	1,52
12. Anemia	2	0,76
13. Epilepsias	2	0,76
14. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2	0,76
15. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	1	0,38
16. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	0,38
17. Angina	1	0,38
18. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	0	0,00
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00
Total	263	100

Fonte: SIH/SUS

A faixa etária dos idosos com 65 anos ou mais é a que apresenta a maior quantidade de óbitos (n=170) entre 2012 e 2017, seguida pelas faixas etárias de 55 a 64 anos (n=32) e 45 a 54 anos (n=31). As idades de 5 a 14 anos e 15 a 24 anos apresentaram apenas 1 óbito cada no período estudado, sendo a primeira por úlcera gastrointestinal e a última por pneumonia bacteriana (Tabela 8).

Tabela 8: Frequência de óbitos por ICSAP por faixa etária, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Faixas Etárias							Total	
	<1a	5-14a	15-24a	25-34a	35-44a	45-54a	55-64a		≥65a
1. Insuficiência cardíaca	1	0	0	1	4	7	13	70	96
2. Pneumonias bacterianas	0	0	1	3	1	7	2	33	47
3. Doenças cerebrovasculares	1	0	0	2	4	6	5	27	45
4. Deficiências nutricionais	0	0	0	0	0	3	6	9	18
5. Diabetes melitus	0	0	0	0	1	2	2	8	13
6. Gastroenterites Infeciosas e complicações	1	0	0	0	0	0	0	7	8
7. Doenças pulmonares	1	0	0	0	0	2	1	4	8
8. Infecção no rim e trato urinário	0	0	0	0	0	0	1	5	6
9. Úlcera gastrointestinal	0	1	0	0	3	1	0	0	5
10. Asma	0	0	0	0	0	1	1	2	4
11. Hipertensão	0	0	0	0	0	0	1	3	4
12. Anemia	0	0	0	1	0	0	0	1	2
13. Epilepsias	0	0	0	1	0	1	0	0	2
14. Infecção da pele e tecido subcutâneo	0	0	0	1	0	1	0	0	2
15. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	0	0	0	0	1	0	0	0	1
16. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0	0	0	1	0	0	0	1
17. Angina	0	0	0	0	0	0	0	1	1
18. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	1	1	9	15	31	32	170	263

Fonte: SIH/SUS

Torna-se perceptível que o ano onde mais houve óbitos foi o de 2017 com 78 óbitos por ICSAP, tendo como a principal as pneumonias bacterianas, apresentando 44,9% (n=35) do total de óbitos no ano. O ano de 2012 aparece em segundo lugar com um total de 46 óbitos, sendo a insuficiência cardíaca, 32,6% (n=15), a maior responsável pelos óbitos deste ano (Tabela 9).

É válido ressaltar que algumas doenças apresentaram variação nos óbitos entre os anos de 2012 e 2017 como: insuficiência cardíaca que apresentou redução de 6,67% em sua ocorrência, as doenças cerebrovasculares redução de 9,09%, deficiências nutricionais e diabetes mellitus 25%, doenças pulmonares 50% e asma, anemia, infecção da pele e tecido subcutâneo e angina apresentaram 100% de

redução na comparação entre os anos (Tabela 9).

Tabela 9: Frequência de óbitos por ICSAP de acordo com os anos, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	2012		2013		2014		2015		2016		2017		Variação % 2012 - 2017	TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
1. Insuficiência cardíaca	15	32,6	18	52,9	19	52,8	12	54,5	18	38,3	14	17,9	-6,67	96
2. Pneumonias bacterianas	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	23,4	35	44,9	3400,00	47
3. Doenças cerebrovasculares	11	23,9	8	23,5	5	13,9	4	18,2	7	14,9	10	12,8	-9,09	45
4. Deficiências nutricionais	4	8,7	2	5,9	4	11,1	3	13,6	2	4,3	3	3,8	-25,00	18
5. Diabetes melitus	4	8,7	2	5,9	3	8,3	1	4,5	0	0,0	3	3,8	-25,00	13
6. Gastroenterites infecciosas e complicações	3	6,5	0	0,0	1	2,8	0	0,0	1	2,1	3	3,8	0,00	8
7. Doenças pulmonares	2	4,3	2	5,9	1	2,8	1	4,5	1	2,1	1	1,3	-50,00	8
8. Infecção no rim e trato urinário	1	2,2	0	0,0	2	5,6	0	0,0	1	2,1	2	2,6	100,00	6
9. Úlcera gastrointestinal	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	4,3	3	3,8	-	5
10. Asma	2	4,3	0	0,0	0	0,0	1	4,5	1	2,1	0	0,0	-100,00	4
11. Hipertensão	0	0,0	1	2,9	0	0,0	0	0,0	1	2,1	2	2,6	-	4
12. Anemia	1	2,2	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-100,00	2
13. Epilepsias	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	1	1,3	-	2
14. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1	2,2	0	0,0	1	2,8	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-100,00	2
15. Doenças preveníveis p/immunização e cond. Sensíveis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,3	-	1
16. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,1	0	0,0	-	1
17. Angina	1	2,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-100,00	1
18. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	0
Total	46	17,5	34	12,9	36	13,7	22	8,4	47	17,9	78	29,6	69,6	263

Fonte: SIH/SUS

Ressalta-se que neste tempo houve mais óbitos de homens (n=137) que mulheres (n=126). É possível observar na tabela que as mulheres apresentaram quantidade de óbitos superior ao dos homens nas seguintes patologias: insuficiência cardíaca 40,48% (n=51), pneumonias bacterianas 20,63% (n=26), gastroenterites infecciosas e complicações 4,76% (n=6) e asma 2,38% (n=3). Pode ser destacado ainda que apenas homens morreram de úlcera gastrointestinal 3,65% (n=5), hipertensão 2,92% (n=4), anemia 1,46% (n=2), infecção da pele e tecido subcutâneo 1,46% (n=2), doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis 0,73% (n=1), infecções de ouvido, nariz e garganta 0,73% (n=1) e Angina 0,73% (n=1) (Tabela 10).

Tabela 10: Frequência de óbitos por ICSAP por sexo, registrados no SIH/SUS, por grupos de diagnóstico. HRPa-DF, 2012 a 2017.

Grupos de Diagnósticos Sensíveis à Atenção Primária	Masculino		Feminino		Total
	Nº	%	Nº	%	
1. Insuficiência cardíaca	45	32,85	51	40,48	96
2. Pneumonias bacterianas	21	15,33	26	20,63	47
3. Doenças cerebrovasculares	25	18,25	20	15,87	45
4. Deficiências nutricionais	10	7,30	8	6,35	18
5. Diabetes melitus	8	5,84	5	3,97	13
6. Gastroenterites Infeciosas e complicações	2	1,46	6	4,76	8
7. Doenças pulmonares	4	2,92	4	3,17	8
8. Infecção no rim e trato urinário	4	2,92	2	1,59	6
9. Úlcera gastrointestinal	5	3,65	0	0,00	5
10. Asma	1	0,73	3	2,38	4
11. Hipertensão	4	2,92	0	0,00	4
12. Anemia	2	1,46	0	0,00	2
13. Epilepsias	1	0,73	1	0,79	2
14. Infecção da pele e tecido subcutâneo	2	1,46	0	0,00	2
15. Doenças prev. p/ imunização e cond. Sensíveis	1	0,73	0	0,00	1
16. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	0,73	0	0,00	1
17. Angina	1	0,73	0	0,00	1
18. Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	0	0,00	0
Total	137	100	126	100	263

Fonte: SIH/SUS

6. DISCUSSÃO

Esta discussão será subsidiada pelo marco teórico adotado para este estudo, assim como pelos resultados obtidos nos estudos por meio da revisão integrativa e estudo de tendência realizados.

O indicador ICSAP funciona de maneira estratégica como forma de subsidiar o planejamento e a gestão dos serviços de saúde. De acordo com estudos, baixos índices de ICSAP relacionam-se diretamente com uma assistência primária efetiva (3,5,17). Mendonça e Albuquerque (71) destacam que deficiências na cobertura e no acesso da população aos serviços de saúde e a baixa resolutividade deste serviço, promovem taxas aumentadas para este tipo de internação.

Fatores como situação socioeconômica, perfil sociodemográfico e níveis de escolaridade de uma determinada população influenciam diretamente a prevalência de determinadas doenças (72,73,74). Nesse sentido, as DCNT tem se tornado um importante problema de saúde pública, correspondendo a 70% das causas de mortes, acometendo principalmente a população mais vulnerável e com menores condições socioeconômicas (75).

Dentre os 19 grupos de diagnósticos por ICSAP identificados neste estudo, cinco deles, Insuficiência Cardíaca (IC), Diabetes Mellitus (DM), asma, angina e Hipertensão Arterial (HAS) são abordadas no plano de ações estratégicas para o enfrentamento de DCNT, o qual define ações necessárias para reduzir a incidência das mesmas entre o período de 2011 e 2022. Esse fato demonstra a importância das políticas públicas voltadas à redução dos fatores de riscos para as DCNT, repercutindo diretamente no controle das ICSAP (74).

Para Ferreira, Borges, Santos e Foster (76), no período entre 2008 e 2010, 71,6% dos recursos financeiros de São José do Rio Preto-SP, foram destinados às doenças do aparelho cardiocirculatório, com destaque para a insuficiência cardíaca. Neste estudo a IC aparece como principal causa de óbitos por ICSAP e a doença que mais onerou ao HRPa no período entre 2012 e 2017.

A APS tem uma função fundamental na constituição da rede de atenção as pessoas com doenças crônicas, pois sua cobertura populacional vai permitir a

aplicabilidade de ações preventivas e de promoção da saúde, reduzindo assim os indicadores de DCNT(48). No DF estas são as principais causas de morte, responsáveis por mais de 55% dos óbitos. Neste sentido, no dia 10 de abril de 2017, o DF abriu uma consulta pública após a definição de ações estratégicas para o enfrentamento das mesmas com validade até o ano de 2022. O objetivo da consulta foi a obtenção de um plano de ações sólidas, de qualidade, efetivo e exequível com o intuito de ampliar o debate sobre o tema, visto a relevância pública do mesmo (34).

Quanto aos grupos de diagnósticos por ICSAP, os estudos da revisão integrativa apontam as infecções do rim e trato urinário como sendo de grande relevância (1,71,72,77). Outros autores destacaram como causas mais frequentes as doenças do aparelho circulatório e aparelho respiratório (1,5,7,72,77,78). Essas informações corroboram com os achados deste estudo, que traz as infecções do rim e trato urinário como as de maior frequência no período estudado, seguida das doenças do aparelho circulatório, infecção da pele e tecido subcutâneo e respiratório.

Ressalta-se que a pneumonia bacteriana foi a mais frequente em 2017 nesta pesquisa. Os estudos selecionados para a revisão integrativa, Alfradique et al; Mendonça e Albuquerque; Torres e Ciosak; e Rehem, Santos, Egly e Ciosak (7,71,79,80) ressaltam que das doenças do aparelho respiratório essa também foi a que apresentou maior frequência nos anos estudados.

Nesta pesquisa essa patologia foi mais frequente nas faixas etárias de 1 a 4 anos e nos > 65 anos. No ano de 2017 a cobertura vacinal da pneumocócica 10 foi de 93,39% no DF (81), comprovando assim, que mesmo com cobertura vacinal próxima do desejável para crianças, ainda houve aumento dos casos de pneumonia bacteriana em 2017. Neste sentido, de acordo com Silva et al (82), os idosos mesmo tendo como forma de prevenção da pneumonia a vacina pneumocócica 23, os mesmos apresentam resistência para vacinar-se devido a insegurança com o método de prevenção.

Além das já citadas anteriormente as gastroenterites também são causas que

apresentam frequência relevante nas pesquisas encontradas para revisão integrativa. Para este estudo essa patologia apresentou sétima posição (7,71,78,79). Na região leste de saúde, local de realização deste estudo, 81,09% da população possui acesso ao esgotamento sanitário e 94,57% ao abastecimento geral de água. O consumo de água contaminada decorrente da falha no saneamento básico da região pode contribuir para as internações por gastroenterites encontradas no estudo (53).

Neste estudo as deficiências nutricionais apareceram como uma das doenças que mais levaram a óbito no período entre 2012 e 2017, este achado levanta uma grande preocupação tendo em vista que o MS investe na Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a qual tem como uma de suas diretrizes a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas a alimentação e nutrição. Nesse sentido a APS é um dos pilares para orientar a alimentação correta como forma de promoção de saúde, por meio de estratégias de informação, campanhas e educação alimentar na comunidade. (83)

Esta pesquisa evidenciou maior número de ICSAP no sexo feminino, corroborando com os resultados de Sousa, Rehem e Santos; Rehem et al; Cardoso et al, Torrese Ciosak; e Ferreira, Borges, Santos e Foster (1,5,73,76,79) que também encontraram as mulheres como as mais internadas por essa condição. Este resultado diverge dos estudos de Botelho e Portela, Muraro et al e Dourado et al (78,84,85) que revelam predominância masculina para esse tipo de internação.

O estudo de Dourado et al (85) realizado no período entre 1999 e 2007, nas cinco regiões brasileiras incluindo o DF, refere que as admissões foram 27% maiores para homens quando comparado às mulheres que internam por CSAP. Contudo, os autores ressaltam que este resultado é um apanhado geral de todas as regiões, não refletindo uma ou outra individualmente.

Estudo realizado por Torrese Ciosak (79), em Pedreira-SP, no ano de 2008 apresentou frequência de ICSAP de 54,1% para o sexo feminino. Um estudo realizado na região de Guarapuava-PR em 2013 (86) aponta que 49,42% das ICSAP ocorrem em mulheres. Este número expressa que, de acordo com a pesquisa, não

há grande diferença entre o número de internações por CSAP entre homens e mulheres. Essa diferença nos achados pode ter relação com o perfil da população do local analisado e a predominância do sexo na região do estudo.

Este estudo evidenciou que a doença que mais acomete as mulheres são as infecções do rim e trato urinário. Este dado pode ser justificado por dois motivos, o primeiro relacionado a anatomia do aparelho genitourinário feminino que a predispõe as infecções do trato urinário e o segundo pode estar relacionado ao fator cultural de maior procura da mulher ao serviço de saúde.

Em relação às faixas etárias, o estudo realizado por Sousa, Rehem, Santos e Santos (1), utilizou as mesmas faixas etárias que este estudo em sua pesquisa (≥ 1 a ≤ 4 , de ≥ 5 a ≤ 24 , de ≥ 55 a ≤ 64 e ≥ 65 anos). Seus achados corroboram com os deste estudo que demonstra os extremos de idade como mais susceptíveis a internarem por CSAP. O estudo de Magalhães e Morais Neto (87), utilizam as faixas etárias de 0 a 9 anos, de 10 a 39 anos, de 40a 59 anos e 60 anos ou mais, ressaltando maior número de internações nos menores de 9 anos e nos maiores de 60 anos. Este fato demonstra que mesmo com abordagens metodológicas distintas para faixas etárias os lactentes, crianças e idosos são os mais expostos as ICSAP.

De acordo com Botelho e Portela (78) crianças < 5 anos estão mais propensas a desenvolverem doenças infecciosas, enquanto os idosos estão mais expostos a doenças crônicas. Essa pesquisa evidenciou os mesmos resultados que os autores acima. As crianças < 1 ano foram mais comumente acometidas por doenças pulmonares; e crianças de 1 a 4 anos por asma, pneumonias bacterianas e gastroenterites, respectivamente. Este último resultado vai ao encontro dos resultados de Torres e Ciosak (79) e Botelho e Portela (78), que destacam as mesmas patologias como as mais frequentes nesta faixa etária. De acordo com este estudo, no período entre 2012 e 2017, os idosos com 65 anos ou mais internaram principalmente por IC, doenças cerebrovasculares, e DM. Estes achados corroboram com os de Sousa, Rehem, Santos e Santos; Botelho e Portela; Torres e Ciosak; Melo e Egrý; e Bós e Kimura (1,78,79,88,89), onde os mesmos ressaltam, IC, doenças cerebrovasculares, HAS, doenças pulmonares e DM como as de maior frequência

para ICSAP nesta faixa de idade.

No que diz respeito às taxas de ICSAP, Alfradique et al (7) em 2006, ano que ainda não havia sido implantada a lista brasileira de ICSAP, encontrou taxa nacional de 28,5 % de internações por essa condição desconsiderando os partos.

Os estudos que contemplaram a revisão integrativa apresentaram variações na frequência de ICSAP. Torres e Ciosak e Sousa (79), Rehem, Santos e Santos (1) encontraram em seus estudos frequência de 15,9% de ICSAP no município de Pedreira-SP e Ceilândia-DF. Mendonça e Albuquerque (71), apontaram frequência maior, 20% em período semelhante, 2008 a 2012, em Pernambuco. No caso deste estudo, foi verificado uma frequência de 14,15%. É importante ressaltar que não existe um quantitativo padrão aceitável para a ocorrência desses eventos, no entanto alguns estudos apontam que quanto maiores são as frequências de ICSAP, menor é a efetividade do serviço de ESF prestado na região. As diferenças encontradas em períodos semelhantes podem ter ocorrido devido à variações de acesso aos serviços de saúde por parte das mesmas.

Essa pesquisa evidenciou que 23,25% do total de ICSAP ocorreram em crianças <5 no HRPa no período estudado. Este resultado apresenta-se bastante elevado quando comparado ao encontrado no estudo de Carneiro et al (90) que apresentou porcentagem de 10,59% de internações por ICSAP para esta faixa etária. O estudo de Ferrer e Grisi (91) envolviam além dessa faixa etária, os adolescentes e talvez por esse motivo apresentou frequência superior às expostas até agora, com 65,2% de internações por CSAP. É importante salientar que o MS possui políticas públicas específicas voltadas para a população de 0 a 5 anos de idade. Este fato pode ampliar o acesso e a qualidade do cuidado prestado a esta população, enquanto o serviço oferecido a crianças maiores e adolescentes podem apresentar-se deficientes, ou mesmo pouco atrativo para promover a adesão deste público aos serviços de saúde(92).

Neste sentido, cabe destacar a pesquisa realizada por Caldar et al (93), com crianças Yanomani. Na mesma é evidenciado que 93% das internações dessas crianças acontecem por ICSAP. Os autores ressaltam que esse número tão elevado

pode ser explicado pela falta de acesso desta população aos serviços de saúde e a baixa qualidade da ESF na região. Vale ressaltar que o número de internação por CSAP é significativamente menor em crianças não indígenas na mesma região.

Em relação as ICSAP nos idosos com 65 anos ou mais, este estudo apresentou frequência mais baixa (20,25%), do que aquela encontrada em outros estudos. Muraro et al (84) em Caxias do Sul, entre os anos de 2000 e 2007, encontrou uma de frequência de 27,3% de ICSAP, indo ao encontro de estudo realizado por Torres(79)no município de Pedreira-SP em 2008, que teve como resultado, 28,3% de internações por ICSAP.

Ainda em relação a este aspecto, pesquisa realizada em Porto Alegre no ano de 2013(89), apresentou frequência expressiva de ICSAP em idosos, 52,4%. Porém, uma ressalva se faz necessária, o estudo de Bós e Kimura (89)foi realizado em população muito idosa (> de 80 anos) e desta forma as chances de internação por esse grupo aumentam significativamente.

Estudos enfatizam que a reorganização dos modelos de atenção a saúde com ênfase na ESF contribui ativamente para redução nas taxas de ICSAP (70,74,77,85,93).Esta informação concorda com os achados da pesquisa de Torres(79) que trazem significância na relação ICSAP e ESF. Botelho e Portela (78) constatou em seu estudo que a implementação da ESF, ajudou na reorganização e na qualificação dos serviços de saúde em Itaboraí, porém este fato não influenciou para redução das taxas de ICSAP.

Quanto às condições crônicas, implantação de medidas de APS, por meio da ESF, tem grande repercussão nas ICSAP, principalmente aquelas que sofrem influência da hipertensão arterial. Cardoso et al (73) em seu estudo apontou que a implantação da ESF apresentou relação direta com a redução das taxas de ICSAP. Em seu estudo mais de 70% das ICSAP identificadas aconteceu em municípios com menor cobertura de ESF e maior densidade populacional.

De acordo com Campos e Theme-Filha (20) existem disparidades na expansão da ESF no Brasil, o que reflete o modelo de atenção, predominantemente

hospitalocêntrico. Em 2009 a cobertura da estratégia no nordeste foi de 72%, região norte de 49,9% seguida de, centro-oeste com 49,5%, sul 49,3% e sudeste 37,7%, ocupando posição de região com menor cobertura. Isto mostra claramente a necessidade de investimento para mudança do modelo de atenção vigente, para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde da população.

O indicador ICSAP, obtido por meio do SIH/SUS constitui uma importante ferramenta capaz de demonstrar o desempenho do sistema de saúde por meio de dados secundários que permitem, além de outros aspectos, realizar comparações entre as regiões do Brasil. Cardoso et al (73) evidenciam ainda que os dados fornecidos por ICSAP podem auxiliar gestores na tomada de decisões voltadas para melhorias nos programas e serviços de saúde.

A integralidade e longitudinalidade na assistência, aumento do acesso aos serviços com investimentos para ampliação estrutural da APS, assim como coordenação efetiva e a criação de vínculo entre os serviços e a população podem diminuir a ocorrência de ICSAP (76). De acordo com estudo realizado (48) o SUS possui grande repercussão na situação de saúde das populações e neste sentido a ampliação da ESF na região estudada impactou de maneira pertinente na saúde da sociedade local (6). Esta reflexão apontada pelo estudo concorda com Moura et al (77) que refere que a ampliação da ESF aumentou o acesso à APS, porém os achados da autora indicam que essa melhora no acesso levou também ao aumento dos casos de internação devido a maiores chances de identificação desses casos, contrastando com o estudo de Cardoso et al (73) onde a baixa cobertura da ESF parece não ter gerado grande impacto na ocorrência destas internações.

Em relação ao processo de gestão, segundo pesquisa realizada em São José do Rio Preto-SP, a regionalização aproxima os gestores da realidade da sociedade local e neste sentido permite o planejamento mais eficaz das ações de saúde. Conhecer as principais causas de ICSAP de determinada região de saúde permite discussões acerca das mesmas e aperfeiçoamento da gestão no âmbito do SUS e desta forma auxilia no planejamento em saúde (76).

Este estudo trouxe informações sobre o que vem sendo publicado no Brasil

sobre ICSAP, com suas principais causas e fatores associados para a ocorrência das mesmas, além do perfil destas internações em uma dada instituição no DF. O mesmo tem como intuito contribuir como linha de base para o atual processo de reversão do modelo de APS no DF, que desde sua implementação vem trazendo importantes avanços para a organização da rede de atenção, como a ampliação do número de ESF, as quais passaram de 277 para 549, com consequente elevação da cobertura da ESF. Em janeiro de 2017, esta cobertura era de apenas, 34%, passando para 69,1% em fevereiro de 2018. Além do aumento do número de equipes e cobertura, houve ampliação do horário de funcionamento das UBS, as quais passaram a funcionar de segunda a sexta das 8h às 19 h e sábado de 8h as 12 h (94)

Entretanto, não se pode ignorar as limitações para realização do mesmo, dentre as quais, pode-se citar, os problemas já conhecidos dos sistemas de informação, com subnotificações e/ou erros de preenchimento; o fato do SIH/SUS não conter as ICSAP que ocorreram fora do SUS referentes à saúde suplementar; e a dissociação dos dados de ICSAP com outros dados epidemiológicos, podendo dificultar assim a análise e cruzamento entre eles (1,72,95,96). Vale ressaltar que a revisão integrativa realizada, teve como objetivo verificar a produção existente sobre ICSAP apenas no Brasil. Para estudos futuros sugere-se que seja realizada a ampliação da pesquisa, para o cenário internacional, o que poderá trazer subsídios importantes para a discussão deste indicador no contexto atual do DF.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS desempenha importante função na organização das RAS e uma de suas atribuições é coordenar o cuidado garantindo o acesso da população aos serviços de saúde, por meio de um atendimento qualificado, baseado na promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças.

Desta forma a APS precisa ser continuamente monitorada e avaliada. O ICSAP é um dos instrumentos capazes de realizar esta avaliação, de modo a verificar de maneira indireta, o acesso e a efetividade destes serviços, conforme foi demonstrado pelas diversas pesquisas.

Entretanto, a potência deste indicador não se restringe, apenas, a avaliar a APS, e sim, a organização do sistema local de saúde, pois a APS, só poderá realizar o seu papel, impedindo ou reduzindo estas internações, se o modelo de atenção, for capaz de garantir o funcionamento dos outros níveis de atenção. Por outro lado, o uso deste indicador evidencia, ainda, questões relacionadas à transição demográfica e epidemiológica; e a determinação social do processo saúde doença.

Pode-se identificar neste estudo que a principal causa de ICSAP no HRPa no período entre 2012 e 2017 foram as infecções do rim e trato urinário seguida de IC, infecção da pele e tecido subcutâneo e doenças pulmonares. A IC apresentou-se como a segunda principal causa de ICSAP em ambos os sexos, além de ser a patologia que mais levou a óbitos e onerou ao HRPa no período estudado.

Neste sentido, ressalta-se a importância de investimentos voltados a APS, para garantir melhor acesso da população aos serviços de saúde, assim como na solidificação de políticas públicas, voltadas às DCNT e prevenção e detecção precoce de doenças como gastroenterites, deficiências nutricionais, pneumonias bacterianas e infecções do rim e trato urinário.

A atual reorientação da APS no DF poderá oportunizar melhor cobertura dos serviços de saúde por meio das equipes de ESF. Acredita-se que este estudo poderá auxiliar como linha de base neste processo de conversão e na avaliação do acesso e da qualidade do serviço prestado na região leste de saúde, embora possivelmente as ICASP, não se restrinjam apenas aos usuários daquela localidade, apontando fragilidades e possibilidades de melhora nos processos que levam a sua

ocorrência. Poderá contribuir ainda, para subsidiar as discussões entre gestores e demais profissionais da rede, considerando a mudança do modelo assistencial, vivenciado atualmente no DF. Por fim poderá servir de linha de base para futuras comparações mediante a realização de novos estudos.

Por fim, pretende-se dar devolutiva, dos resultados deste estudo, para os interessados na Secretaria de saúde do DF e para os profissionais de saúde da Região Leste.

REFERÊNCIAS

1. Sousa, N. P. de; Rehem, T.C.M.S.B. Santos, W. S., & Santos, C. E. dos. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. *RevBrasEnferm.* 2016. 69 (1), 118–125.
2. Dias-da-Costa, J.S., Büttgenbender, D.C., Hoefel, A. L., & Souza, L. L. de. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2010. 2(26), 358–364.
3. Pereira, F.J.R.; silva, Silva C.C., Andrade ELN. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde debate.* 2014. vol.38, pp.331-342.
4. Pereira, F.J.R.; silva, Silva C.C., Andrade ELN. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. *Saúde debate.* 2015. 39(107): 1008-1017.
5. Rehem, T. C. M. S. B et al. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. esc. enferm.* 2013. *USP.* vol.47, n.4, pp.884-890.
6. Elias, E. & Magajewski, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *RevBras de Epidemiologia.* 2008. 11(4), 633–647.
7. Alfradique, M.E. Bonolo, P.D.F. Dourado, I. Lima-Costa, M.F. Macinko, J. Mendonça, C.S. Turci, M.A. 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). *Cadernos de Saúde Pública.* 2009, 25(6), 1337–1349.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 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).

11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
13. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.
14. Junqueira R.M.P. Duarte E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev. Saúde Pública*. 2012. 46(5): 761-768.
15. Castro, A. L. B. de, Andrade, C. L. T. de, Machado, C. V., & Lima, L. D. de. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2015. 31(11), 2353–2366.
16. Nedel FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: uma revisão sistemática da literatura. *Epidemiol&Serv Saúde*. 2010
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 70, 18 abr. 2008. Seção 1
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria n. 221, 17 abril 2008. *Diário Oficial da União*. 2007
19. Fernandes, V. B. L., Caldeira, A. P., Faria, A. A. de, & Rodrigues Neto, J. F. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*. 2009. 43(6), 928–936.
20. Campos A.Z. de, 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*. 2012. 28(5): 845-855.
21. Costa, J. S. D. da, Pattussi, M. P., Morimoto, T., Arruda, J. S. de, Bratkowski, G. R.,

- Sopelsa, M., Marques, M. C. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016. 21(4), 1289–1296.
22. Nedel F.B., Facchini L.A, Martín-Mateo M., Vieira L.A.Z, Thumé E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*. 2008. 42(6): 1041-1052.
23. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N°. 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. 2017
24. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria N°. 78, de 14 de fevereiro de 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017. 2017
25. Brito F, Carvalho JAM, Baeninger R, Turra CM, Queiroz BL. A transição demográfica e as políticas públicas no Brasil: crescimento demográfico, transição da estrutura etária e migrações internacionais; 2007 .
26. Vasconcelos Ana Maria Nogales, Gomes Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2012. 21(4): 539-548.
27. Rigotti, José Irineu Rangel. Transição demográfica. *Educação e Realidade*. 2014. Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 467-490,
28. Mendes, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde.* / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6
29. Mendes, Eugênio Vilaça. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família* . Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. (livro)
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *CONASS Debate – A crise contemporânea dos modelos de atenção à saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS, 2014. 171 p. – (CONASS Debate, 3)
31. Elisabeth Carmen Duarte; Sandhi Maria Barreto. *Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema.* *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2012. v.21 n.4
32. Pedro Reginaldo Prata. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.8 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 1992
33. José Duarte de Araújo. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv.*

Saúde. 2012. v.21 n.4

34. Carmen Fontes Teixeira. Transição epidemiológica, modelo de atenção à saúde e previdência social no Brasil: problematizando tendências e opções políticas. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004. vol.9 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec.
35. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda Jaime J, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Pan-americana*. 1991; 111 (6): 485-496
36. Joyce Mendes de Andrade Schramm; Andreia Ferreira de Oliveira; Lúri da Costa Leite; et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004. vol. 9 no.4
37. Paim, J.S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: Giovanella, L. et al. (Orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-74.
38. Paim JS e Almeida-Filho N (orgs.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1 ed. – Rio de Janeiro: MedBook.
39. Mendes, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. *A Construção Social Da Atenção Primária À Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015
40. Brasil. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.
41. Mendes, Eugênio Vilaça. *Redes de atenção à saúde*, 2015
42. Lavras Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc*. 2011. 20(4): 867-874.
43. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: Expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE, 13 a 15 de Dezembro 2007/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2008
44. Conill, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. 7-16.
45. Organização Mundial Da Saúde. Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, Rússia. Brasília,

UNICEF, 1979

46. Lavras Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saud e soc.* [Internet]. 2011 Dec [cited 2018 Mar 26]; 20(4): 867-874.
47. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Marta Inês Machado Verdi [et al] - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
49. Silva E. A Saga da Fundação Hospitalar no Distrito Federal e a medicina da poeira e da lama. Brasília: Copacabana, 2000.
50. Kaniak C.E.A. Plano geral da rede médico-hospitalar para o Distrito Federal de Henrique Bandeira de Mello. *Revista de Saúde do Distrito Federal, Brasília.* 1999. v. 10, p. 52-53,
51. Governo do Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Diretor de Regionalização. Brasília, DF, 2005
52. Göttems LBD. Análise da política de atenção primária à saúde desenvolvida no Distrito Federal: a articulação entre o contexto político, os problemas, as alternativas e os atores na formação da política de saúde (1979 a 2009) [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
53. Brasil. Conselho de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2016 - 2019 Parte II. 2016;
54. Distrito Federal (Brasil). Secretaria de Estado de Saúde. Relatório Anual de Gestão 2015 / Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde, 2016. 185 p23.
55. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal [Internet]. Brasília -DF. [Citado em 31 de julho de 2017]. Disponível em: http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/brasilia_saudavel_documento_referencial.pdf

56. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília -DF. [Citado em 21 de junho de 2017]. Disponível em: <http://brasiliaaudavel.saude.df.gov.br/>
57. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Governo fortalece a atenção primária à saúde [Internet]. Brasília -DF. [Citado em 31 de julho de 2017]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2017/02/15/governo-fortalece-a-atencao-primaria-a-saude/>
58. Mendes Karina Dal Sasso, Silveira Renata Cristina de Campos Pereira, Galvão Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. 2008. 17(4): 758-764
59. Polit DF, Beck CT. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.457-94.
60. Broome ME. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafelz KA, editors. Concept development in nursing: foundations, techniques and applications. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p.231-50.)
61. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. Nurs Res. 2005 Jan-Feb; 54(1):56-62.)
62. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health 1987 Mar; 10(1):1-11.
63. Beyea SC, Nicoll LH. Writing an integrative review. AORN J. 1998 Apr; 67(4):877-80.
64. Stetler CB, Morsi DRS, Roughton SL, Corrigan B, Fitzgerald J, Gojuliano K, et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. ApplNurs Res. 1998; 11 (4): 195-206.
65. Souza M.T, Silva M.D., Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 May 28] ; 8(1): 102-106.
66. França Júnior I. Monteiro CA. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. Saúde Pública 2000;34(6 Supl):5-7
67. Brasil. Distrito Federal. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Distrito Federal – PDAD/DF- 2013. Brasília, 2014.
68. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS n ° 896, 29 de junho de 1990. Determinou que o INAMPS implantasse o Sistema de Informação Hospitalar

– SIH/SUS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília/DF, 2 de julho de 1990, seção 1.

69. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares. Brasília; 2010

70. Conselho Nacional de Saúde. (2016). Resolução nº 510/2016. Recuperado em 31 de outubro de 2017

71. Mendonça S de S, Albuquerque EC de. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012 . Epidemiol Serv Saúde. 2014; 23(3):259–67

72. Rodrigues-Bastos RM, Bustamante-Teixeira MT, Firmino RUR, Ribeiro LC, Campos EMS. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. Ver Assoc Med Bras [Internet]. 2013; 59(2):120–7

73. Cardoso CS, Pádua CM, Valentin RF, Rodrigues-Júnior AA, Guimarães DA, Carvalho SF, et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. Rev Panam Salud Publica. 2013; 34(4):227–34.

74. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.)

75. Maltal DC et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:4s

76. Ferreira JBB, Borges MJG, Santos LL dos, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol e Serviços Saúde. 2014; 23(1):45–56.

77. Moura BLA, Cunha RC Da, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Ver Bras Saúde Matern Infant. 2010; 10(Supl. 1):s83–91

78. Botelho JF, Portela MC. Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011. Cad Saúde Publica [Internet]. 2017; 33(3):1–13

79. Torres RL, Rehem TCMSB, Egry EY, Ciosak SI. O panorama das internações por

condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2011; 45(spe2):1661–6.

80. Rehem TCMSB, Santos WS, Egry EY, Ciosak SI. Quais Aspectos Contribuem Para a Ocorrência De Internações Por Condições Sensíveis À Atenção Primária? *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29:138–47

81. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Sub secretaria de vigilância a saúde. Boletim epidemiológico. Cobertura vacinal- 1º bimestre 2018. Ano 1, nº 01.

82. Silva ABL S et al. Óbitos de idosos por pneumonia no brasil (2012-2016). Congresso internacional de envelhecimento humano. 2017

83. Brasil. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p

84. Muraro CF, Gigante LP, Nedel FB, Carvalho TGML, Domenech SC, Gevaerd M da S. Estratégia Saúde da Família e as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos idosos. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2013; 37(1):20–33

85. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). *Med Care*. 2011 Jun;49 (6):577–84.

86. Pitilin É de B, Gutubir D, Molena-Fernandes CA, Pelloso SM, Gutubir D. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. *Cien Saude Colet*. 2015; 20(2):441–8

87. Magalhães ALA, Morais Neto OL de. Desigualdades intraurbanas de taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária na região central do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2017; 22(6):2049–62.

88. Melo MD, Egry EY. Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo. *Rev da Esc Enferm* 2014; 48 (SpecialIssue):129–36.

89. Bós ÂJG, Kimura AY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. *Rev da AMRIGS, Porto Alegre*. 2015; 59(2):106–11

90. Carneiro VB, Bastos M do SCB, Oliveira P de TR, Alvarenga EC, Bastos M do SCB, Alvarenga EC, et al. Avaliação da mortalidade e internações por condição sensível à atenção primária em menores de 5 anos, antes e durante o programa mais médicos, no Marajó-Pará-Brasil. *Saúde em Redes*. 2016; 2(4):360–71

91. Ferrer APS, Grisi SJFE. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. *Rev Assoc Med Bras*. 2016.

Sep;62(6):513–23

92. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

93. Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY, Marrero L, Orellana JDY. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2016; 21(5):1597–606

94. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Estratégia Saúde da Família atinge 69,1% de cobertura no DF [Internet]. Brasília -DF. [Citado em 22 de maio de 2018]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/>

95. Amorim DNP, Chiarello MD, Vianna LG, Moraes CF, Vilaça KHC. Internações por condições sensíveis à atenção primária de idosos no Brasil, 2003 a 2012. Rev enferm UFPE.

96. Ceccon RF, Viecili PRN, Meneghel SN, Viecili PRN. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. Rev Bras Epidemiol. 2014; 17 (4):968–77.

APÊNDICE A – Distribuição dos estudos selecionados para revisão integrativa entre os anos de 2008 a 2017.

Autores	Publicação	Título	Periódico
Alfradique et al	2008	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)	Cadernos de Saúde Pública
Elias e Magajewski	2008	A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004	Revista Brasileira de Epidemiologia
Moura et al	2009	Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Torres, Rehem e Egry	2010	O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo	Revista da Escola de Enfermagem da USP
Nedel et al	2010	Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura	Epidemiologia e Serviços de Saúde
Campos e Theme-Filha	2011	Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009	Caderno de Saúde Pública
Dourado et al	2011	Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil).	Medical Care
Gibson, Segale McDermott	2012	A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care resourcing.	BMC healthservicesresearch
Melo e Egry	2013	Social determinants of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Guarulhos, São Paulo	Revista da Escola de Enfermagem USP
Muraro et al	2013	Estratégia Saúde da Família e as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	Revista Baiana de Saúde Pública

		nos idosos	
Rehem et al	2013	Hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in a Brazilian metropolis	Revista da Escola de Enfermagem USP
Cardoso et al	2013	Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde	Revista Panamericana Saúde Pública
Rodrigues-Bastos et al	2014	Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil	Revista da Associação Médica Brasileira
Pereira, Silva e Andrade	2014	Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras	Saúde em Debate
Ceccon, Vecili e Meneghel	2014	Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study	Revista Brasileira de Epidemiologia
Ferreira, Borges, Santos e Foster	2014	Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010	Epidemiologia e Serviços de Saúde
Mendonça e Albuquerque	2014	Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012	Epidemiologia e Serviços de Saúde
Torres e Ciosak	2015	Overview of hospitalizations by ambulatory care sensitive conditions in the municipality of Cotia, Brazil	Revista da Escola de Enfermagem USP
Bós e Kimura	2015	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul	Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul (AMRIGS)
Pitilin et al	2016	Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres	Ciência & Saúde Coletiva
Ferrer e Grisi	2016	Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions	Revista da Associação Médica Brasileira
Sousa, Rehem e Santos	2016	Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal	Revista Brasileira de Enfermagem
Caldart et al	2016	Fatores associados à pneumonia em crianças	Ciência & Saúde

		Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil	Coletiva
Rehem, Santos, Egry e Ciosak	2016	Quais Aspectos Contribuem Para a Ocorrência De Internações Por Condições Sensíveis À Atenção Primária?	Revista Brasileira de Promoção da Saúde
Carneiro et al	2016	Avaliação da mortalidade e internações por Condição Sensível à Atenção Primária em menores de 5 anos, antes e durante o Programa Mais Médicos, no Marajó-Pará-Brasil	Revista Saúde em Redes
Santos, Oliveira e Caldeira	2016	Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil
Brasil e Costa	2017	Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011	Epidemiologia e Serviços de Saúde
Botelho e Portela	2017	Risco de interpretação falaciosa das internações por condições sensíveis à atenção primária em contextos locais, Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, 2006-2011	Cadernos de Saúde Pública
Amorim et al	2017	Interactions Through Conditions Sensitive To Primary Attention of Elderly Persons in Brazil, 2003 To 2012.	Revista de Enfermagem UFPE

Anexo I – Instrumento para coleta de informações a serem extraídas dos estudos selecionados para revisão integrativa

Título	
Periódico	Ano
Tipo de estudo	Nível de evidência
Objetivos	
Métodos	
Resultados	
Conclusões	

Anexo II – Quadro de nível de força de evidência científica, proposto Stetler e cols

Nível de força de evidência	Fontes de evidência
Nível I	Evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados
Nível II	Evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental
Nível III	Evidências de estudos quase-experimentais
Nível IV	Evidências de estudos descritivos (não-experimentais), abordagem qualitativa ou estudo de caso
Nível V	Evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência
Nível VI	Evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Anexo III – 19 Grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a CID – 10

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. Diabetes <i>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.