

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ- UFPI  
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA EVELY FERREIRA DE SOUSA

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

PICOS- PIAUÍ

2018

MARIA EVELY FERREIRA DE SOUSA

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira

PICOS- PIAUÍ

2018

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí**  
**Biblioteca José Albano de Macêdo**

**S725a** Sousa, Maria Evely Ferreira de

Análise das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária / Maria Evely Ferreira de Sousa. – 2018.

CD-ROM : il.; 4 ¾ pol. (61 f.)

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí., Picos- PI, 2018.

Orientador (A): Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3 Saúde pública. I. Título.

**CDD 610.736 2**

MARIA EVELY FERREIRA DE SOUSA

**ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES  
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca examinadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Data da aprovação 21 / 06 / 2018

**BANCA EXAMINADORA**

*Francisco Gilberto Fernandes Pereira*

Prof. Me. Francisco Gilberto Fernandes Pereira  
Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros  
Presidente da banca

*Eduardo Carvalho De Souza*

Enf. Me. Eduardo Carvalho De Souza  
1º Examinador (a)

*Gigliolla de Moura Macêdo*

Enf. Esp. Gigliolla de Moura Macêdo  
2º Examinador (a)

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** por ser o meu guia, por ter me dado forças para seguir em frente, mesmo em momentos difíceis, e por ser a minha fortaleza onde sempre tive a certeza que poderia repousar.

Agradeço a minha família que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, me orientado, e torcendo pelo meu sucesso.

Aos meus pais **Lúcia e José** pelos ensinamentos, por estarem sempre ao meu lado, me incentivando a continuar buscando os meus objetivos e a realizar os meus sonhos.

A minha amada irmã **Emily** pelo apoio e incentivo, e interesse em meu bem-estar e pelo desejo de que se concretizem os meus sonhos.

Agradeço a todos os professores que colaboraram com a minha formação.

Agradeço de forma especial ao meu orientador, Professor **Gilberto Pereira** pela dedicação e paciência nas orientações, pelas oportunidades de aprendizado e qualificação acadêmica que me proporcionou.

Agradeço também de forma especial, o professor **Eduardo Carvalho** por toda à ajuda durante minha formação e pela amizade.

Agradeço ao meus grandes amigos, **Andreia Pacheco, Francisco Araújo, Karina Bonfim, Mariana Rodrigues, Tatiane Veloso, Thaís Moura e Vitória Araújo**, por todo o apoio, a ajuda, incentivo e por todos os momentos incríveis que passamos juntos durante essa jornada. Amo vocês!

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte dessa minha jornada.

Muito obrigada a todos!

## RESUMO

No intuito de operacionalizar a organização dos níveis de atenção dentro do sistema de saúde, são mensurados indicadores da qualidade dos atendimentos e do acesso dos usuários, de modo a garantir os princípios da equidade e da integralidade. Neste sentido, o Ministério da Saúde elencou as condições sensíveis à atenção primária como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária tem como função diminuir o risco de internações hospitalares, ou seja, por meio desse indicador se avalia a eficiência da atenção primária. Objetivou-se com este estudo analisar as Internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no município de Picos Piauí - PI. Para tanto, se executou um estudo ecológico com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2018, por meio de dados secundários das internações originados das Autorizações de Internação Hospitalar, contidos no Sistema de Informação Hospitalar do Departamento de Informática do SUS. A amostra foi composta por todos os registros de internações ocorridas no referente município, nas quais o diagnóstico principal tenha sido uma condição sensível à atenção primária, nos anos de 2008 e 2015. Os dados foram tratados estatisticamente por meio da análise de tendência. Os resultados permitiram identificar um decréscimo na taxa geral de ICSAP no município ( $r^2= 0,9783$ ;  $p<0,001$ ). Os diagnósticos que apresentaram taxas crescentes foram diabetes mellitus ( $r^2= 0,8897$ ;  $p= 0,005$ ), cistite ( $r^2= 0,9117$ ;  $p= 0,047$ ) e sífilis congênita ( $r^2= 0,9832$ ;  $p= 0,015$ ), que variaram segundo o sexo, sendo para o sexo feminino as crescentes a cistite ( $r^2= 0,940$ ;  $p= 0,018$ ), diabetes mellitus ( $r^2= 0,8889$ ;  $p= 0,024$ ), sífilis congênita ( $r^2= 0,9758$ ;  $p= 0,021$ ), hipertensão essencial ( $r^2= 0,9936$ ;  $p= 0,018$ ), e as decrescentes a úlcera gástrica e duodenal ( $r^2= 0,7572$ ;  $p= 0,033$ ), asma ( $r^2= 0,9814$ ;  $p= 0,006$ ) e insuficiência cardíaca ( $r^2= 0,9625$ ;  $p= 0,002$ ), já no masculino foram as crescentes bronquite aguda e bronquiolite aguda ( $r^2= 0,9678$ ;  $p= 0,039$ ), diabetes mellitus ( $r^2= 0,8545$ ;  $p= 0,003$ ) e as decrescentes foram hipertensão essencial ( $r^2= 0,9504$ ;  $p= 0,025$ ) e asma ( $r^2= 0,8893$ ;  $p= 0,010$ ). Em relação aos gastos totais realizados com as ICSAP no município de Picos durante o período estudado, ocorreu uma oscilação de gastos em valores reais considerando todas as doenças com média de R\$ 13.166.698,98 para os sete anos. Conclui-se que a tendência para ICSAP no município de Picos é variável quanto ao diagnóstico e sexo, e que o atendimento a essas condições onera as despesas da atenção hospitalar demonstrado fragilidades na resolutividade da Atenção Primária local.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Hospitalização; Saúde pública.

## ABSTRACT

In order to operationalize the organization of the levels of care within the health system, indicators of the quality of care and access of the users are measured, so as to guarantee the principles of equity and integrality. In this sense, the Ministry of Health listed the conditions sensitive to primary care as a set of health problems for which the effective action of primary care has the function of reducing the risk of hospital admissions, that is, through this indicator is evaluated the efficiency of primary care. The objective of this study was to analyze hospital admissions for Primary Care Sensitive Conditions (ICSAP) in the city of Picos Piauí - PI. Therefore, an ecological study with a quantitative approach was performed. The data collection was performed from January to February of 2018, by means of secondary data from the hospitalizations originated from the Hospital Inpatient Authorizations, contained in the Hospital Information System of the Department of Information Technology of the SUS. The sample consisted of all records of hospitalizations that occurred in the municipal district, in which the main diagnosis was a condition sensitive to primary care, in the years 2008 and 2015. The data were treated statistically through trend analysis. The results allowed to identify a decrease in the general rate of ICSAP in the municipality ( $r^2 = 0.9783$ ,  $p < 0.001$ ). The diagnoses that presented increasing rates were diabetes mellitus ( $r^2 = 0.8889$ ,  $p = 0.005$ ), cystitis ( $r^2 = 0.9117$ ,  $p = 0.047$ ) and congenital syphilis ( $r^2 = 0.9832$ ;  $p = 0.015$ ), which varied ( $r^2 = 0.9758$ ,  $p = 0.021$ ), congenital syphilis ( $r^2 = 0.9758$ ,  $p = 0.021$ ), diabetes mellitus ( $r^2 = 0.8888$ ,  $p = 0.024$ ) ( $r^2 = 0.9914$ ,  $p = 0.006$ ), and heart failure ( $r^2 = 0.7572$ ,  $p = 0.033$ ), as well as decreasing gastric and duodenal ulcers ( $r^2 = 0.9625$ ,  $p = 0.002$ ), whereas in the males, acute bronchitis and acute bronchiolitis ( $r^2 = 0.9678$ ,  $p = 0.039$ ), diabetes mellitus ( $r^2 = 0.8545$ ,  $p = 0.003$ ) and were essential hypertension ( $r^2 = 0.9504$ ,  $p = 0.025$ ) and asthma ( $r^2 = 0.88893$ ,  $p = 0.010$ ). In relation to the total expenditures made with the ICSAP in the municipality of Picos during the studied period, there was an oscillation of expenses in real values considering all diseases with an average of R \$ 13,166,698.98 for the seven years. It is concluded that the trend for ICSAP in the municipality of Picos is variable regarding diagnosis and sex, and that the attendance to these conditions costs hospital care demonstrated weaknesses in the resolution of Primary Primary Care.

**Palavras-chave:** Primary health care; Hospitalization; Public health.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1	Distribuição das taxas de internação por condições sensíveis a atenção primária, segundo doença. 2008-2015.	<b>25</b>
Tabela 2	Distribuição das taxas de internação por condições sensíveis a atenção primária, segundo sexo masculino. 2008-2015.	<b>26</b>
Tabela 3	Distribuição das taxas de internação por condições sensíveis a atenção básica, segundo sexo feminino. 2008-2015.	<b>27</b>
Tabela 4	Custos das internação por condições sensíveis a atenção primária, segundo doença. 2008-2015.	<b>29</b>



## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACSC	<i>Ambulatory Care Sensitive Conditions</i>
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMP	Hospital de Médio Porte
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência
NOB	Norma Operacional Básica
PAB	Piso de Atenção Básica
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
2.1	Geral	13
2.2	Específicos	13
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>14</b>
3.1	Processo de Consolidação do SUS	14
3.2	Atenção Primária à Saúde no Brasil	16
3.3	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	18
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>21</b>
4.1	Tipo de estudo	21
4.2	Período e local do estudo	21
4.3	Grupo analisado	22
4.4	Coleta de dados	23
4.5	Análises dos dados	23
4.6	Aspectos éticos	24
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b>	<b>31</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>35</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>36</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>40</b>
	<b>ANEXO A- Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária</b>	<b>41</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde seu surgimento passa por constantes transformações, marcadas por muitos avanços, mas com muitos obstáculos a serem superados, como por exemplo, a qualidade dos serviços e da assistência prestada à população. Sua organização é constituída por níveis de complexidade: atenção primária, secundária, terciária e, atualmente, o quaternária. Em relação à Atenção Primária, trata-se de um nível que deve ser preferencialmente a porta de entrada para o atendimento à população, contribuindo assim para a diminuição das superlotações nos hospitais, e, além disso, refere-se a uma modalidade assistencial potencialmente capaz de melhorar os indicadores de saúde da sociedade (DIAZ, 2016).

Quanto aos demais níveis, são realizados procedimentos mais complexos: no secundário os procedimentos são mais voltados para ações de recuperação da saúde, como tratamentos de doenças agudas e crônicas; no terciário são executados manobras mais invasivas e de maior risco à vida, tais como condutas para manutenção dos sinais vitais e suporte básico à vida; e no quaternário, são realizadas intervenções mais complexas, como transplante de tecidos e órgãos, além de ações de reabilitação e redução de danos (SOUSA, 2017).

No intuito de operacionalizar a organização destes níveis dentro do sistema de saúde, são mensurados indicadores da qualidade dos atendimentos e do acesso dos usuários, de modo a garantir os princípios da equidade e da integralidade. No entanto, devido às dificuldades geográficas, de recursos humanos, de orçamento e de infraestrutura do próprio sistema, alguns níveis acabam recebendo demandas que não lhe são peculiares, destacando-se neste contexto a translocação de problemas que poderiam ser resolvidos na atenção primária, mas que se estendem para os demais níveis (SAMOTO, 2013).

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) elencou as condições sensíveis à atenção primária como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária tem como função diminuir o risco de internações hospitalares. Essas ações, como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de doenças agudas, o controle e acompanhamento de doenças crônicas, devem ter como resultados a redução das internações hospitalares por esses problemas (REHEM, 2014; SANTOS; GONÇALVES; CHARLES, 2016).

O termo Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) originou-se nos Estados Unidos nos anos noventa, sendo utilizado como indicador de efetividade, e ao longo dos anos têm se ampliado como um indicador indireto da qualidade da

atenção prestada, correlacionando acesso, cobertura, qualidade e o desempenho da atenção primária (DIAZ, 2016).

Com isso em 2008, como resultado de um trabalho de validação desempenhado por diversos especialistas em Saúde Coletiva do Brasil, o Ministério da Saúde lançou a Lista Brasileira de ICSAP, que engloba 19 grupos de diagnósticos médicos considerados sensíveis à atenção primária e classificados segundo a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (COSTA; PINTO JÚNIOR; SILVA, 2017).

Estudos mostram que altas taxas de ICSAP em uma população, ou subgrupo desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, tornando o acompanhamento deste indicador uma importante maneira de avaliação da efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL; COSTA, 2016; SANTOS; GONÇALVES; CHARLES, 2016).

O Estado do Piauí, localizado no Nordeste do Brasil, passou por relevante evolução quantitativa da ESF durante a década de 2000, apresentando a maior cobertura populacional estimada do país. Atualmente, o Piauí conta com 1.330 equipes da ESF, cobrindo mais de 3 milhões de piauienses em serviços de Atenção Primária à Saúde (BARRETO; NERY; COSTA, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Avelino et al. (2015) ressaltam que a ESF tem como objetivo atender integralmente às necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde. Diante disto questiona-se: Qual o perfil epidemiológico das internações por causas sensíveis a atenção primária no município de Picos-PI?

Uma parcela significativa de internações hospitalares são decorrentes de condições diagnosticadas e listadas como sensíveis às ações de atenção primária, e que além disso tratam-se de internações evitáveis. O estudo justifica-se por ser inovador no cenário de sua realização, de grande importância para a saúde pública, bem como possibilitará a identificação e conhecimento das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde em Picos, e implicará também em conhecer indiretamente a efetividade da atenção primária no município.

Este estudo torna-se relevante para uma possível contribuição na redução do total de gastos dos custos hospitalares, uma vez que ao serem analisados esses indicadores, será possível planejar estratégias que potencializem a redução dessas internações e/ ou a diminuição da taxa de ocupação dos leitos hospitalares, e também para o auxílio aos gestores na verificação de áreas críticas do município, que após a verificação serão passíveis de intervenção

contribuindo para a melhor eficiência do sistema de saúde pública e para o atendimento eficaz aos pacientes.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

- Analisar as internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no município de Picos Piauí - PI.

### 2.2 Específicos

- Identificar as causas das internações por condições sensíveis à atenção primária com tendência crescente e/ou decrescente no município;
- Verificar a tendência de internações por condições sensíveis à atenção primária em relação a variável sexo;
- Avaliar os custos das internações por condições sensíveis à atenção primária.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A construção do sistema de saúde brasileiro representa, ao longo da história, um importante capítulo na concepção da saúde como um direito, destacando-se o SUS. Diante disso, a Atenção Primária à Saúde (APS), na qual é considerada o eixo estrutural do SUS, tornou-se fundamental na evolução dos sistemas. Neste nível de atenção também foram desenvolvidos indicadores importantes para verificação, de maneira indireta, da efetividade e a resolubilidade da assistência prestada, melhorando os indicadores de qualidade da assistência como por exemplo, o de ICSAP.

A fim de estabelecer uma melhor compreensão sobre a temática em estudo, será apresentada a seguir uma revisão de literatura incluindo o Processo de Consolidação do SUS, a Atenção Primária a Saúde no Brasil e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

#### 3.1 Processo de Consolidação do SUS

A implantação do SUS é considerada o maior movimento de inclusão social já ocorrido no Brasil e representou, em termos constitucionais, uma afirmação política de compromisso do Estado brasileiro para com os direitos dos seus cidadãos à saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Nesta conjuntura, em 1986 ocorreu um grande marco da saúde no Brasil, a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), que contou com a presença popular de mais de 4000 pessoas, sendo 1000 delegados com direito a voz e a voto, podendo esta, ser considerada o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira. Essa conferência abordou temas de grande importância como: a necessidade de ampliação do conceito de saúde e de um novo Sistema Nacional de Saúde, a separação de “Saúde” da “Previdência” e a orientação da política de financiamento para o setor saúde (SOUZA; COSTA, 2010).

Como uma necessidade imediata e de transformação progressiva para o SUS, no ano de 1987 foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que trouxe as diretrizes que adiante fundamentou o SUS, como, a universalização, equidade, descentralização das ações de saúde, implementação de distritos sanitários (FREIRE, 2016).

Na Constituição Federal de 1988 cabe salientar a consagração da saúde como *“direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante “políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e*

*igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*”, estabelecendo de forma transparente a universalidade da abrangência do SUS (SOUZA; COSTA, 2010; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Diante dos acontecimentos, na década de 1990 iniciou-se a implantação do SUS, após a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990), sendo definido como: “*o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público*” (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Com o SUS, se fortaleceu a necessidade de mudança no modelo de atenção, em que nos anos 2000, para assegurar a universalidade da assistência, a APS dá os primeiros passos. Porém, nesse primeiro contexto na então designada nacionalmente de Atenção Básica (AB) prevalece a concepção de uma atuação a partir de um conjunto de ações limitadas e seletivas, muitas vezes focadas, somente, no controle de doenças mais prevalentes na população. Posteriormente, já sendo utilizada a terminologia Atenção Primária (AP) como sinônimo de AB, a APS passou a representar o primeiro contato da assistência sanitária, responsável pelo conjunto de serviços voltados para as principais demandas assistências dos indivíduos, tornando-se o eixo estrutural do SUS (SILVA; CASOTI; CHAVES, 2013; MELO, 2014).

Em relação a sua organização e a oferta de serviços a atenção primária começou sendo impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, no sentido de propor o acesso universal, coordenar e garantir a cobertura para outros níveis de complexidade do cuidado, além de implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doenças (FREIRE, 2016).

O SUS enfrenta diversos desafios, sobretudo por precisar de mais recursos e da otimização do uso do dinheiro público. Atualmente, é investido o dobro de recursos na doença (internações, cirurgias, transplantes) do que nas ações básicas de saúde (vacinas e consultas) que previnem a doença, e os problemas mais frequentes são: a falta de médicos, a demora para atendimento em postos, centros de saúde ou hospitais e a demora para conseguir uma consulta com especialistas (ALMEIDA, 2013).

Enfim, o SUS apresenta como eixo principal e estrutural a APS, sendo a porta de entrada para o atendimento à população, atuando na promoção e proteção da saúde, mostrando a sua importância dentro da saúde pública, na qual deve ser considerada como atenção prioritária, pois orienta todo o sistema de saúde (DIAZ, 2016).



### 3.2 Atenção Primária à Saúde no Brasil

A APS no Brasil passou a ser desenvolvida como prioridade a partir do revigoramento da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais que resultaram na criação do SUS e com ele novos princípios e diretrizes que guiaram a APS no país, tais como: a Universalidade, Equidade, Integralidade e Controle Social (MELO, 2014).

No entanto, a evolução da atenção primária no sistema de saúde brasileiro antecede a Conferência de Alma-Ata (Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde de Alma Ata), como na década de 1920, os modelos dos centros de saúde da Universidade de São Paulo, e na década de 40, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Ambos formulavam ações preventivas e curativas, na época dirigidas às doenças infecciosas e materno- infantis. Nos anos 70, a crise econômica e da assistência médica previdenciária provocou reformas, com ampliação da assistência médica por meio de atividades de extensão a grupos populacionais sem acesso a cuidados médicos e de outros serviços sociais (MENDONÇA, 2016).

Com objetivo de aumento da cobertura assistencial, essas várias mudanças respondiam a concepção da atenção seletiva, nas quais resultaram no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e posteriormente nas Ações Integradas de Saúde (AIS), tornando-se responsáveis pela expansão no número de unidades de saúde do país, em 1992 (MENDONÇA, 2016).

Em 1993, foi implementado o Programa de Saúde da Família (PSF), podendo ser considerado a principal transformação da APS, no qual possuía recursos escassos, inicialmente repassados a 13 municípios brasileiros, posteriormente expandindo-se para os municípios do então Mapa da Fome, o que, no contexto político- institucional e acadêmico era criticado como mais um programa vertical e APS seletiva, no qual posteriormente foi atualizado a nomenclatura PSF para ESF (DIAZ, 2016).

Em 1996, Norma Operacional Básica (NOB) instituiu um novo modelo de financiamento da APS brasileira, o Piso de Atenção Básica (PAB) que só passou a ser operacionalizado em fevereiro de 1998, substituiu a modalidade anterior de pagamento por procedimento, e pela primeira vez no país, recursos federais são repassados, de forma *per capita*, a todos os municípios brasileiros. Em 2001, foi instituída a Norma Operacional da Assistência (NOAS), na qual regulamentou o PAB, acelerando a expansão da ESF (TOSO, 2011).

Foram criados também, incentivos especiais dentro da atenção primária para atendimento a populações historicamente negligenciadas, como quilombolas, assentamentos

agrários, populações indígenas e todos os municípios do país com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Criado em 2001, o Programa de Consolidação e Expansão da Saúde da Família (PROESF), teve o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios com população acima de 100 mil habitantes (MENDONÇA, 2016).

Avelino, et al. (2015) ressaltam que a ESF tem como objetivo atender integralmente às necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, interferindo nos padrões de produção de saúde e doença e, conseqüentemente, melhorando os indicadores de saúde.

Neste processo histórico, num movimento de revitalização dos cuidados primários e reorientação da discussão em torno da APS, em 2006 o MS elaborou e aprovou, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que reforçou a ESF como estratégia para reorganização do modelo de atenção e programa no qual visa: possibilitar a integração e promover a organização das atividades em um território definido, com a perspectiva de trabalhar na vigilância à saúde, sendo compreendida como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (DIAZ, 2016).

Em 2012 a PNAB foi reformulada, onde afirmou que Atenção Primária à Saúde [ou Atenção Básica] pode ser definida como: *“Um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”*. Estas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se a porta de entrada para o atendimento à população (BRASIL, 2012b).

Partindo dos processos históricos e dos conceitos básicos da APS no Brasil, o MS passou a recomendar o uso da APS para o processo de avaliação da mesma, com a finalidade de acompanhar a qualidade, o acesso e o funcionamento das redes de atenção pertencentes ao sistema de saúde. Sendo recomendado como indicador para monitoramento e/ou avaliação a lista de ICSAP (MELO, 2014).

Altas taxas de ICSAP indicam aos gestores problemas de acesso ao sistema de saúde, apontando campos a serem melhorados, possibilita ainda avaliar quais medidas, programas, ações ou sistemas de APS melhoram a condição de saúde da população assistida, diagnosticando áreas críticas. Dessa forma possibilita o desenvolvimento de intervenções baseadas em evidências, voltadas ao atendimento das demandas e necessidades de saúde da população (TORRES, 2014).

### 3.3 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

O termo *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) surgiu nos Estados Unidos na década de 1990, desenvolvido por Billings et al. (1993), como um indicador da efetividade da APS, facilitando assim, a eliminação das barreiras de acesso aos serviços de saúde, reduzindo as hospitalizações evitáveis. Sendo traduzido para o português como Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e então definida como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária tem como função diminuir o risco de internações hospitalares (SANTOS; GONÇALVES; CHARLES, 2016; COSTA, PINTO JÚNIOR; SILVA, 2017).

Em 2008, o Brasil coordenado pelo Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e em parceria com instituições de ensino superior nacionais e internacionais, e guiado pela grande procura por listas de ICSAP minimamente padronizadas que permitisse a comparação da qualidade e do acesso à APS entre os diversos sistemas de saúde de municípios, regiões e países, reuniram-se para trabalhar na elaboração do Projeto ICSAP ou “Lista Brasileira de ICSAP”. No entanto, o município de Curitiba e os Estados de Minas Gerais e Ceará já possuíam listas próprias, no intuito de acompanhar o desempenho da ESF (MENDONÇA, 2016).

Para construção da lista brasileira, foram utilizados critérios elaborados a partir das listas já existentes em algumas secretarias de Estado da Saúde, de revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e da reunião de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema (BRASIL, 2008).

Os critérios adotados para seleção das condições sensíveis foram: existência de evidência científica demonstrando ser a causa sensível à APS; ser uma condição de fácil diagnóstico; ser um problema de saúde importante no contexto do país, ou seja, não ser um evento raro; ser uma condição para a qual a APS teria capacidade de resolver os problemas e/ou prevenir complicações que levem à hospitalização; necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; e por fim, os códigos de diagnósticos não devem ser influenciados por incentivos financeiros e/ou de desembolso (BRASIL, 2008).

Assim, fez parte dessa lista um conjunto de diagnósticos, para o qual, segundo o consenso estabelecido, uma assistência primária a saúde efetiva reduziria o número de internações, isto é, as atividades próprias da AP, tais como: a prevenção de doenças; o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno de patologias agudas; e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista foi encaminhada para avaliação da Sociedade

Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e colocada em consulta pública em 21 de setembro de 2007 pelo departamento de Atenção Básica do MS (BRASIL, 2007).

Segundo Fontenelle (2011), o marco conceitual deste indicador foi a adaptação realizado por Alfradique et al.(2009) para o Brasil, onde descreve as diferentes vias pelas quais uma pessoa pode ter acesso aos diferentes componentes do sistema de saúde, respeitando ou não o papel de primeiro contato da APS. Após a sua consolidação a lista foi submetida a uma consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e a uma consulta pública, sendo enfim publicada na forma da Portaria SAS no 211, de 17 de abril de 2008.

A partir dos resultados da consulta pública e de outras proposições apresentadas, foi elaborada a versão final da Lista Brasileira de ICSAP, definindo grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID- 10) (REHEM, 2011).

No Brasil, a publicação da portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, estruturada em grupos de causas de internação e diagnósticos: doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças pulmonares, hipertensão, angina, diabetes mellitus, infecção no rim e trato urinário, entre outros (BRASIL, 2008).

A análise dessas internações vem sendo empregada não apenas como indicador do acesso e da qualidade da APS, mas também para avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional, tornando-se um instrumento de gestão do cuidado na atenção primária, desde que adaptado a cada realidade, periodicamente revisto e atualizado (FERREIRA et al., 2014).

Avelino et al., (2015) afirmam que altas taxas de hospitalização por essas condições em uma população podem ser resultados da dificuldade de acesso ao serviço de saúde, da falta de atenção oportuna e efetiva aos problemas de saúde, baixa vinculação aos serviços de atenção primária, busca espontânea por serviços especializados ou de urgência, característica do indivíduo que procura os serviços de saúde, ou mesmo a baixa resolubilidade e efetividade das ações dos mesmos. O aumento do número de hospitalizações sinaliza alerta, que pode acionar mecanismos de análise e de busca de explicações para a sua ocorrência.

Estudos realizados no Brasil indicam a redução das internações por doenças evitáveis entre residentes de municípios do estado de Minas Gerais, Ceará e Paraná, sendo utilizadas como estratégias de monitoramento do desempenho da ESF. Essas investigações

ainda são incipientes e contam com algumas limitações para interpretação das tendências dessas internações, como uso de diferentes listas para as doenças evitáveis, dificultando a comparação de resultados e ausência de informações que permitam examinar as tendências dessas internações em relação às outras causas de hospitalizações (AVELINO et al., 2015; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

Acredita-se que essas hospitalizações desnecessárias refletem falhas do sistema de saúde em dispor acesso de qualidade à Atenção Primária, já que o conjunto de doenças responsáveis por tais internações deveria ser detectado precocemente. Ações ofertadas em tempo oportuno e de forma resolutiva no primeiro nível de atenção do sistema de saúde podem diminuir a gravidade das doenças, evitando o aparecimento de complicações e a necessidade de internação (COSTA; PINTO JÚNIOR; SILVA, 2017).

Melo (2014) em um estudo ecológico para descrição das taxas das ICSAP em Guarulhos, São Paulo de 2008 a 2012, observou uma trajetória crescente com aumento de 20%. Dentre as causas das hospitalizações à asma foi a principal causa, seguida de doença pulmonar e pneumonia bacteriana. As doenças relacionadas ao pré-natal e parto foram o motivo principal de ICSAP para as mulheres da faixa etária 15 à 24 anos de idade.

Brasil e Costa (2016) avaliaram a tendência das taxas de ICSAP no município de Florianópolis no período de 2001 a 2011, e identificaram 29.761 ICSAP, nas quais as taxas variaram de 830,2 em 2005 para 513,7 por 100 mil habitantes em 2011, correspondendo a uma diminuição de 38,1%. Onde os grupos de agravos em saúde com taxas mais expressivas de internações por ICSAP foram: Diabetes Mellitus (DM), Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e, principalmente, pneumonias.

Em São José do Rio Preto- SP no período de 2008 a 2010, as ICSAP em maiores de 40 anos de idade representaram mais de 60% das hospitalizações (FERREIRA, 2014). No Piauí em 2010, na população de menores de 5 anos, 60% das hospitalizações foram classificadas como ICSAP (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). Em Cotia, São Paulo, no período de 2008 à 2012, as ICSAP representaram 16,61% das internações (TORRES, 2014).

Diante do exposto, considera-se que o processo de trabalho da APS tem relação com a ocorrência das ICSAP, compreendendo que este processo é resultado, principalmente, da forma como se organizam os serviços de saúde, da formação e atuação dos profissionais de saúde na APS, os quais podem tornar possível uma redução nessas taxas de hospitalizações.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa classificada com o delineamento de estudo ecológico, o qual é defendido por Rouquayrol e Silva (2013) como aquele em que sua unidade de análise é representada por grupos, e baseia-se na descrição e/ou comparação de indicadores relacionados com a exposição a que uma população foi submetida. Neste caso, analisou-se por meio de uma tendência temporal o fenômeno das ICSAP em um grupo populacional específico.

A abordagem é do tipo quantitativa, que na concepção de Acevedo e Nohara (2013) estabelece relações explicativas por meio da apresentação de variáveis numéricas e aplicação de testes estatísticos entre estas.

### 4.2 Período e local de estudo

O estudo foi realizado no período de agosto de 2017 a junho de 2018. O município de interesse para a análise dos dados foi a cidade de Picos situada a região centro-sul do Piauí, no Nordeste brasileiro, que segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) possui uma estimativa populacional de 76.928 habitantes e uma área territorial de 577,304 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017). É, ainda, um importante polo comercial do estado, sendo cortada pelas BR 316, 407 e 230.

A atenção primária de Picos tem como órgão gestor a Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O município conta com 36 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que são 25 situadas na zona urbana e 11 na rural. No que se refere à atenção hospitalar o município conta com um Hospital Regional, Hospital de Médio Porte (HMP), que atende as demandas emergenciais de baixa complexidade pelo SUS. O mesmo é administrado pela Fundação Piauiense de Serviços Hospitalares (FEPISERH) e atende a uma demanda de 42 municípios da região de Picos.

### 4.3 Grupo analisado

A população foi composta por todos os registros de internações ocorridas no referente município, nas quais o diagnóstico principal registrado no Sistema de Internação Hospitalar SIH/SUS tenha sido uma condição sensível à atenção primária, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (quadro 1), entre os anos de 2008 e 2015.

Quadro 01- Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

<b>Diagnóstico CID 10</b>	<b>Códigos Selecionados</b>
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. Gastrointestinais 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 mellitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35.

Fonte: portaria 221, de 17 de abril de 2008, do Ministério da Saúde.

Assim, a amostra foi composta pela totalidade da população, visto que por ser um estudo ecológico, em que os registros estão disponíveis na íntegra, analisar os dados em sua totalidade conferiu maior robustez às inferências.

#### 4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2018 por meio de dados secundários das internações originados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), contidos no banco informativo do SIH, disponíveis de modo *online* no *site* do Departamento de Informática do SUS (DataSUS) entre os anos de 2008 a 2015, tendo em vista que na ocasião do acesso apenas estes anos estavam disponíveis. O referido sistema disponibiliza informações pertencentes a todas as hospitalizações realizadas no Brasil, nos últimos anos. Propiciando, ainda, o conhecimento e/ou levantamento do perfil de morbidade, mortalidade hospitalar e dos custos das internações.

A busca dos dados a serem inseridos na pesquisa foi orientada pelo seguinte fluxo:

1 Acesso à plataforma do DATASUS utilizando o endereço eletrônico:  
<http://datasus.saude.gov.br/>;

2. Na aba “acesso à informação” foram escolhidos os seguintes comandos: “informações de saúde (TABNET)” → “epidemiológicas e morbidades”;

3. Na tela seguinte optou-se por “morbidade hospitalar do SUS (SIH/SUS)” → “geral, por local de internação a partir de 2008” → no mapa do lado direito da tela foi escolhido o estado do Piauí;

4. Prosseguindo, foram selecionados para linha “município”, para coluna “ano de processamento”, conteúdo “internações”, ano “jan/2008 à dez/2015”, município “Picos”, e lista morb CID-10 “doença”;

Assim, os dados foram obtidos pela pesquisadora responsável, mediante a utilização da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária como instrumento de coleta de dados (ANEXO A).

#### 4.5 Análise dos dados

A partir das informações previamente expostas, os dados foram alocados em uma planilha do *Microsoft Excel* e, após isso, suas taxas foram calculadas utilizando como numerador o valor bruto das internações e o denominador a população do período escolhido.



Todos os dados foram normalizados para 10.000 habitantes devido a população da cidade ser inferior a 100.000 moradores.

A análise de tendência foi realizada utilizando o modelo de regressão polinomial considerando a taxa de interações por condições sensíveis à atenção básica como variável dependente (Y) e os anos como variável independente (X). Foram construídos diagramas de dispersão entre a taxa de internação e os anos, a fim de identificar a função que expressasse a relação entre eles, e com isso, escolher a ordem do polinômio para a análise, e o modelo de regressão polinomial.

No *software*, é possível indicar as ordens dos polinômios que podem variar de 2 a 6. A melhor delas foi escolhida de acordo com o ajuste ao modelo de acordo com a medida de precisão do coeficiente de determinação ( $r^2$ ). Quando mais de um polinômio poderia ser escolhida, aquele de menor número de graus foi escolhido a fim de trazer mais simplicidade aos modelos. Por fim, a tendência foi considerada significativa quando o modelo estimado obteve  $p < 0,05$ .

Os cálculos das taxas de internações contendo as series temporais, foram elaborados em planilhas do *Microsoft Excel*, e para as análises de tendência foi utilizado o IBM (*Statistics*) versão 20.0. Os resultados foram dispostos em tabelas, e posteriormente discutidos com base na literatura acerca da temática.

#### 4.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa não envolveu qualquer tipo de intervenção (direta ou indireta) com seres humanos. Foram utilizados elementos secundários, disponíveis em bancos de dados públicos via *online*, por isso não necessitou submissão à plataforma Brasil. No entanto, reafirma-se o compromisso ético de manipular os dados de acordo com sua originalidade, sem realizar alterações que atendessem às necessidades do pesquisador.

## 5 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se as ICSAP ocorridas no município de Picos-PI no período de 2008 a 2015, registradas no DATASUS. Foi descrita, primeiramente, a distribuição das ICSAP por causas e por sexo, e em seguida os custos das internações.

A Tabela 1 mostra a distribuição das ICSAP em Picos, de modo geral e segundo a doença, mostrando no período estudado que houve um decréscimo nas taxas por 10000 habitantes (67.38 a 51.99), comprovados mediante o coeficiente de determinação ( $r^2 = 0,9783$ ) e regressão linear ( $<0,001$ ).

As principais causas de ICSAP foram dos grupos diabetes mellitus ( $r^2 = 0,8897$ ;  $p = 0,005$ ), infecção no rim e trato urinário (cistite) ( $r^2 = 0,9117$ ;  $p = 0,047$ ) e doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto (Sífilis Congênita) ( $r^2 = 0,9832$ ;  $p = 0,015$ ) permanecendo crescentes durante o período. Alguns grupos como de infecções de ouvido, nariz e garganta (Otite Média e Outr Transt Ouvido Médio Após Mast) ( $r^2 = 0,9838$ ;  $p = 0,0048$ ), asma ( $r^2 = 0,9551$ ;  $p = 0,007$ ), hipertensão (hipertensão essencial) ( $r^2 = 0,9826$ ;  $p = 0,017$ ), insuficiência cardíaca ( $r^2 = 0,9849$ ;  $p = 0,011$ ) apresentaram uma proporção decrescente na maior parte do tempo. Os demais grupos permaneceram estáveis durante o tempo estudado, apresentando menor frequência de internação.

Tabela 1: Distribuição das taxas de internação por condições sensíveis a atenção primária, segundo doença. 2008-2015.

Doença	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	$r^2^*$	$p^*$
Geral	67,38	67,09	65,37	61,76	60,37	56,72	57,88	51,99	<b>0,9783</b>	<b>&lt;0,001</b>
Coqueluche	0	0	0	0	0	0	0,13	0	0,9463	0,310
Hepatite Aguda B	0,27	0,41	0,13	0,13	0,39	0,92	0,65	0,26	0,9813	0,322
Febre Reumática	0,27	0,54	0,13	0,26	0,13	0,13	0,39	0,26	0,5345	0,626
Malária	0	0	0	0	0,13	0,13	0,13	0	0,9223	0,201
Anemia por Deficiência de Ferro	0,41	0,54	0,27	0,66	0,79	0,52	0,26	0,13	0,8258	0,427
Otite média e outr transt ouvido médio após mast	2,48	2,19	2,58	2,26	1,85	1,44	1,31	0	0,9838	0,004
Faringite Aguda e Amigdalite Aguda	0	0,68	0	0	0	0	0	0	0,6689	0,310
Pneumonia	49,94	64,09	40,18	51,89	36,16	59,70	75,87	67,80	0,7817	0,229
Asma	175,77	241,30	195,33	189,41	146,39	143,60	126,45	93,80	0,9551	0,007



<b>Amigdalite Aguda</b>											
<b>Pneumonia</b>	59,48	66,23	46,49	58,67	39,73	62,47	85,35	76,67	0,8346	0,230	
<b>Asma</b>	169,63	231,24	176,39	189,86	139,88	141,73	126,24	97,48	0,8893	0,010	
<b>Bronquite aguda e bronquiolite aguda</b>	3,41	9,90	7,88	9,41	11,31	15,41	11,80	10,95	0,9678	0,039	
<b>Enfisema e Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</b>	12,52	20,94	8,73	10,79	3,86	7,70	8,50	8,21	0,7108	0,119	
<b>Hipertensão essencial</b>	33,87	44,71	48,46	40,13	41,66	30,27	14,54	9,31	0,9504	0,025	
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	64,89	72,45	60,30	75,83	71,46	57,24	41,99	50,93	0,9849	0,072	
<b>Diabetes Mellitus</b>	17,93	18,11	26,48	22,69	25,93	30,27	26,89	36,14	0,8545	0,003	
<b>Cistite</b>	25,61	33,11	44,80	32,93	36,41	39,90	39,79	34,50	0,7137	0,302	
<b>Úlcera gástrica e duodenal</b>	1,13	1,41	1,40	1,38	2,20	1,65	0,27	0,54	0,9701	0,328	
<b>Sífilis Congênita</b>	0	0	0	0	0	212,76	0	322,58	0,9758	0,073	

\* $r^2$  - coeficiente de determinação, \*p - refere-se ao qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 3 estão apresentadas as taxas de ICSAP relacionadas ao sexo feminino, no qual as causas que mostraram-se crescentes durante o período estudado foram: diabetes mellitus ( $r^2 = 0,8889$ ;  $p = 0,024$ ), cistite ( $r^2 = 0,9401$ ;  $p = 0,018$ ), Sífilis Congênita ( $r^2 = 0,9758$ ;  $p = 0,021$ ) e hipertensão essencial ( $r^2 = 0,9936$ ;  $p = 0,018$ ). Em algumas causas como insuficiência cardíaca ( $r^2 = 0,9625$ ;  $p = 0,002$ ) asma ( $r^2 = 0,9814$ ;  $p = 0,006$ ) e Úlcera gástrica e duodenal ( $r^2 = 0,7572$ ;  $p = 0,033$ ), houve um decréscimo nas taxas. E nas demais causas mantiveram-se estáveis.

Tabela 3: Distribuição das taxas de internação por condições sensíveis a atenção básica, segundo sexo feminino. 2008-2015.

<b>Doença</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b><math>r^2</math>*</b>	<b>p*</b>
<b>Coqueluche</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	N/A
<b>Hepatite Aguda B</b>	0,52	0,26	0,25	0	0,50	0,25	1,00	0	0,7641	0,919
<b>Febre Reumática</b>	0,79	0,78	0,51	0	0,75	0,50	1,25	0,49	0,6518	0,848
<b>Malária</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	N/A	N/A
<b>Anemia por Deficiência de Ferro</b>	0,26	0,52	0,25	0,76	1,01	0,25	0,25	0	0,689	0,527

<b>Otite média e outr transt ouvido médio após mast</b>	2,89	1,30	4,15	2,29	2,02	1,25	1,25	0	0,6869	0,060
<b>Faringite Aguda e Amigdalite Aguda</b>	0	0,52	0	0	0	0	0	0	0,6689	0,309
<b>Pneumonia</b>	40,31	61,19	33,76	45,07	32,67	57,17	67,24	59,74	0,7449	0,223
<b>Asma</b>	178,66	247,14	209,84	186,90	151,47	145,31	126,70	90,48	0,9814	0,006
<b>Bronquite aguda e bronquiolite aguda</b>	5,79	8,63	5,97	16,04	17,73	18,63	13,29	10,49	0,9042	0,161
<b>Enfisema e Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</b>	13,96	17,52	8,31	9,93	2,78	6,04	5,01	8,49	0,8062	0,055
<b>Hipertensão essencial</b>	41,37	70,35	65,18	59,33	43,31	30,97	10,78	12,74	0,9936	0,018
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	63,76	54,39	53,76	55,00	53,69	49,61	38,13	39,49	0,9625	0,002
<b>Diabetes Mellitus</b>	23,71	32,95	37,39	39,21	36,72	45,33	37,38	42,24	0,8889	0,024
<b>Cistite</b>	25,56	45,50	54,53	51,43	51,41	69,76	59,96	59,49	0,9401	0,018
<b>Salpingite e ooforite</b>	2,10	2,61	4,41	3,56	4,30	1,76	3,76	2,74	0,6597	0,842
<b>Doença inflamatória do colo do útero</b>	0	0	0	0	0	0,25	0	0,24	0,78	0,095
<b>Outras doenças inflamatórias em órgãos pélvicos femininos</b>	5,27	4,96	5,97	7,38	6,58	5,03	1,75	4,49	0,974	0,277
<b>Úlcera gástrica e duodenal</b>	0,52	0,26	0,51	0,25	0,50	0,25	0	0	0,7572	0,033
<b>Sífilis Congênita</b>	0	81,96	80	50,25	93,89	66,66	183,48	373,83	0,9758	0,021

---

\*r<sup>2</sup> - coeficiente de determinação, \*p - refere-se ao qui-quadrado de Pearson.

A Tabela 4 mostra os gastos referentes as ICSAP nos anos de 2008 a 2015, segundo a doença, no município estudado, as quais somam um valor de R\$ 13.166.698,98, sendo 2009 o ano de maior gasto totalizando um custo de R\$ 1.988.211,38. Durante este período as causas que totalizaram um custo mais elevado foram asma com R\$ 4.707.965,40, a insuficiência cardíaca R\$ 2.424.397,87, a cistite com R\$ 2.188.969,46 e a pneumonia R\$ 2.096.397,27. As causas que atingiram menores gastos para o sistema, foram Doença inflamatória do colo do útero com R\$ 342,84, malária R\$ 725,58, coqueluche 873,91 e a Faringite Aguda e Amigdalite Aguda com 1527,1.

Tabela 4: Custos das internação por condições sensíveis a atenção primária, segundo doença. 2008-2015.

ISCAP	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTAL
<b>Coqueluche</b>	0	0	0	0	0	0	873,91	0	<b>873,91</b>
<b>Hepatite Aguda B</b>	0	681,33	227,11	203,11	1.261,30	1.219,69	1.118,90	444,17	<b>5.155,61</b>
<b>Febre Reumática</b>	403,1	832,81	187,44	406,88	243,19	187,44	610,32	428,83	<b>3.300,01</b>
<b>Malária</b>	0	0	0	0	229,21	229,21	267,16	0	<b>725,58</b>
<b>Anemia por Deficiência de Ferro</b>	684,23	725,55	475,7	1.217,25	1.476,50	991,4	467,7	257,85	<b>6296,18</b>
<b>Otite média e outr transt ouvido médio após mast</b>	7.302,29	10.061,38	11.600,37	11.744,18	9.138,97	6.832,44	7.800,83	0	<b>64.480,46</b>
<b>Faringite Aguda e Amigdalite Aguda</b>	0	1527,1	0	0	0	0	0	0	<b>1527,1</b>
<b>Pneumonia</b>	219.044,09	297.518,19	186.690,62	245.117,48	173.582,86	285.210,29	361.965,23	327.268,51	<b>2.096.397,27</b>
<b>Asma</b>	575.069,30	853.328,80	699.211,92	702.380,95	529.931,27	535.277,22	471.182,21	341.583,73	<b>4.707.965,40</b>
<b>Bronquite aguda e bronquiolite aguda</b>	7.393,23	14.266,70	10.681,26	20.145,72	22.661,66	26.331,20	19.780,33	18.602,18	<b>139.862,28</b>
<b>Enfisema e Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas</b>	46.611,78	73.070,15	32.352,27	42.529,15	12.926,39	27.561,20	26.944,07	34.045,33	<b>296.040,34</b>
<b>Hipertensão essencial</b>	50.842,29	82.105,46	85.706,45	72.389,14	64.624,82	44.098,14	18.231,31	16.420,34	<b>434.417,95</b>
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	307.310,67	334.744,39	303.074,92	362.125,15	344.544,51	295.983,82	223.065,30	253.549,11	<b>2.424.397,87</b>
<b>Diabetes Mellitus sem complicações específicas</b>	48.011,45	72.809,21	87.824,35	92.836,29	96.585,42	111.814,09	95.248,60	114.196,74	<b>719.326,15</b>
<b>Cistite</b>	216.175,70	237.198,74	279.825,04	298.219,08	359.000,54	288.546,64	259.469,28	250.534,44	<b>2.188.969,46</b>

<b>Salpingite e ooforite</b>	1.944,70	3.087,22	3.500,57	3.201,92	4.195,58	1.790,75	3.871,81	2.372,96	<b>23.965,51</b>
<b>Doença inflamatória do colo do útero</b>	0	0	0	0	0	175,42	0	167,42	<b>342,84</b>
<b>Outras doenças inflamatórias em órgãos pélvicos femininos</b>	4.496,08	3.380,81	5.615,87	5.252,52	7.062,07	4.221,80	2.324,21	4.586,72	<b>36.940,08</b>
<b>Úlcera gástrica e duodenal</b>	2.910,13	2.534,77	2.922,23	2.233,89	1.955,06	1.824,58	186,06	1.605,15	<b>16.171,87</b>
<b>Sífilis Congênita</b>	0	338,77	258,77	258,77	517,54	1.035,08	517,54	2.646,16	<b>5.572,63</b>
<b>TOTAL</b>	1488199,04	1988211,38	1710154,89	1860261,5	1629936,89	1633330,4	1495938,77	1368709,64	<b>13.166.698,98</b>

---

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as ICSAP no município de Picos, e procurou identificar as principais causas das hospitalizações, verificar a tendência em relação a variável sexo e avaliou os custos dessas internações. Tratando-se, portanto, de uma pesquisa importante, tendo em vista que não há registro da realização de estudos anteriores à respeito desta temática no território escolhido.

Ao analisar as causas das ICSAP segundo o sexo, o feminino mostrou-se o mais representativo quanto à frequência de internações mantendo semelhança com estudos realizados em outras regiões, como Ferreira et. al (2014) e Sousa et. al (2016). Observou-se que as quatro doenças que apresentaram crescentes entre as mulheres foram hipertensão essencial, diabetes mellitus, cistite e sífilis congênita. No entanto, nas pesquisas de Melo (2014) e Avelino et al (2015) o sexo masculino prevaleceu nas internações.

Um estudo de Barreto Nery e Costa (2012) apresentou resultados semelhantes com a presente pesquisa, o qual sinalizou uma diminuição das ICSAP em diferentes regiões do Brasil, ressaltando que no estado do Piauí, ao analisar o grupo etário menor de cinco anos, destacaram-se as gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas e asma. Apesar de verificar a redução no período de tempo estudado (2000-2010), a pesquisa destacou que podem ser consideradas altas para a população analisada e que essa frequência mostrou que apesar da ampliação do acesso, a manutenção das taxas ainda são consideradas elevadas devido a potenciais barreiras de acesso e limitações à resolutividade dos serviços de atenção primária à saúde no estado (BARRETO; NERY; COSTA, 2012).

Brasil e Costa (2016) realizaram um estudo em Florianópolis entre 2001 a 2011, e encontraram resultados que mostram um decréscimo nas taxas de ICSAP. Como explicação apontam que este comportamento pode estar associado ao fato de a gestão municipal ter priorizado a ESF como eixo norteador da assistência à saúde em Florianópolis, destacando-se que o percentual de cobertura populacional da ESF esteve sempre acima de 50,0% a partir do ano de 2005. As principais causas de ICSAP no período estudado foram pneumonias, doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e diabetes Mellitus (DM), configurando-se portanto maior frequência de doenças crônicas.

Nos resultados encontrados na pesquisa de Souza e Costa (2011) realizada nos municípios-sede das coordenadorias regionais de saúde do Rio Grande do Sul de 1995 a 2007, houve decréscimo nas taxas de ICSAP, sendo portanto um dado positivo, e podendo ser consequência da complexidade das ações empregadas com as mudanças geradas pelos



programas de saúde e modelos de gestão adotados no Estado. Outras ações que podem ter contribuído para essa queda nas taxas foram a diminuição da oferta de leitos pelo Sistema Único de Saúde ou a migração de pacientes para outras cidades em função de doenças e da necessidade de tratamento mais constante em centros especializados.

A efetividade das ações preventivas e de promoção da saúde executadas a nível de APS são relevantes para redução das ICSAP o que pode ser ratificado no estudo de Campos e Theme-Filha (2012) no estado do Mato Grosso do Sul, em que a diminuição desse indicador apontou o aumento da cobertura da ESF no município durante o período estudado como a principal contribuição para esse resultado.

Já no estudo de Santos, Oliveira e Caldeira (2016) realizado em Minas Gerais, de 1999 a 2007, para a população de 0 a 19 anos, houve também, um aumento importante da cobertura de ESF, no entanto, não apresentou correlação significativa como o comportamento das ICSAP infantis. Sugerindo assim, a interferência de outras variáveis no contexto do processo de hospitalização infantil e a necessidade de políticas públicas para melhoria da porta de entrada no âmbito da saúde para crianças e adolescentes, além de fortalecimento da atenção primária.

Gonçalves et al. (2016) afirmaram que a redução das ICSAP teve influência do Programa Mais Médico, pois o programa previu investimentos para a qualificação da estrutura, melhoria das condições de atuação dos profissionais e funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

No entanto, outros estudos apresentaram resultados contrários aos desta pesquisa, como é o caso dos estudos de Ferreira et al. (2014), em São José do Rio Preto-SP de 2008 a 2010, e Sousa et al. (2016) em regiões do Distrito Federal levando-se em consideração apenas as ICSAP registradas no período de 2008 a 2012, as quais apresentaram um crescimento nas taxas de ICSAP. Desta forma aponta-se para a necessidade de um olhar mais atento à gestão de sua rede de atenção primária, no sentido de adequá-la às necessidades da população definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde regional. Um olhar que também deve se dirigir ao melhor uso dos recursos disponíveis nessa regional de saúde e ao dimensionamento de seus vazios assistenciais, para que os investimentos sejam mais eficientes.

Rehem e Egry (2011) ao analisar a relação entre as internações sensíveis à atenção primária e a cobertura da estratégia de saúde da família, comprovaram que existe uma relação direta, pois no período estudado houve um aumento da cobertura da ESF e redução das internações por CSAP no estado de São Paulo. E assim, entende-se que utilizar essas taxas de

ICSAP como indicador de qualidade e/ou efetividade do nível primário de atenção à saúde, é uma forma capaz de avaliar resultado, efeito ou impacto da atenção oferecida à população.

Vale ressaltar, que o uso da proporção das ICSAP como um indicador de qualidade da atenção primária não está isento de limitações. Deve-se ponderar a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar, a morbidade e prevalência da patologia, os fatores relacionados à hospitalização que estão fora do âmbito da atenção primária e os critérios para considerar uma patologia “sensível” ou não, que podem ser tão subjetivos quanto baseados em evidências científicas (DIAZ, 2016).

Diante disso, cabe salientar que o Piauí possui alta cobertura populacional em relação à ESF. De 2008 a 2015, apresentou um aumento de cobertura de 96,49% para 99,42%. No município de Picos, neste mesmo período, constatou-se cobertura de 100% da população em relação ESF, o que de certo modo pode estar relacionado com a redução das taxas gerais de ICSAP.

No entanto, mesmo com 100% de cobertura populacional de ESF as taxas de internações por Diabetes Mellitus e Sífilis Congênita de Picos permaneceram crescente, evidenciando a necessidade de desenvolver ações de controle dessa doença, pois essas taxas indicam uma possível falha na implementação do HiperDia e na assistência ao pré-natal, pois são causas nas quais a prevenção e tratamento são necessariamente realizado na atenção primária.

Em relação aos gastos totais realizados com as ICSAP, no município de Picos durante o período estudado, ocorreu uma oscilação do valor gasto, no entanto permaneceram gastos elevados, somando um valor de R\$ 13.166.698,98, sendo 2009 o ano de maior gasto e 2015 o de menor gasto. Frente a esses resultados, compreende-se que a diminuição do gasto com ICSAP poderia favorecer a capacidade de investimento da região de saúde.

Sousa e Peixoto (2017) enfatizam que a redução dos gastos com ICSAP pode ser decorrente da consolidação da atenção primária, dado o aumento da cobertura da ESF no país.

Acerca dos gastos com ICSAP, resultados encontrados por Dias-da-Costa et al. (2010) ao avaliarem as taxas de hospitalizações evitáveis em associação com a qualidade da atenção primária à saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, mostram que os valores pagos por essas internações acompanharam a queda de percentuais e taxas de ICSAP dos anos de 1997 a 2003.

As hospitalizações demandam gastos elevados ao sistema de saúde e internações decorrentes de causas que poderiam ter sido evitadas, além de sobrecarregar desnecessariamente o sistema, atingem de forma perversa os que mais necessitam. Costa, Pinto

Junior e Silva (2017), em seu estudo ressaltam que além do impacto financeiro, é preciso considerar os prejuízos psicológicos e sociais à crianças menores de 5 anos, submetidas ao sofrimento de uma internação hospitalar por terem sido privadas da assistência adequada no âmbito da atenção primária à saúde.

Para muitos autores, a economia dos gastos dispensados com essas internações evitáveis é uma real possibilidade de reverter e dirigir tais recursos para aumentar a efetividade da própria APS. Investigações futuras precisam ser realizadas para entender o aumento real desses valores, visto que a expansão da ESF e os recursos disponíveis na atenção primária são suficientes para tratar essa doença sem que haja a necessidade de internação hospitalar (COSTA; PINTO JUNIOR; SILVA, 2017, SOUZA; PEIXOTO, 2017).

Diante do exposto, enfatiza-se que a prevenção e o controle dessas doenças têm relação direta com o desempenho dos serviços de atenção primária. A magnitude da ocorrência desse tipo de internação, aponta para a necessidade de um olhar mais atento à gestão de sua rede de atenção primária, no sentido de adequá-la às necessidades da população definidas a partir do diagnóstico da situação de saúde regional. Um olhar que também deve se dirigir ao melhor uso dos recursos disponíveis nessa rede regional de saúde e ao dimensionamento de seus vazios assistenciais, para que os investimentos sejam mais eficientes (FERREIRA, et al., 2014).

A realização de melhorias na APS, com investimentos estruturais e em suas características essenciais, sejam, a facilidade de acesso, a integralidade da atenção, a coordenação efetiva da atenção, a consideração do contexto familiar e o estabelecimento de vínculos entre os serviços e a população, são ações que podem altamente contribuir na diminuição da ocorrência das ICSAP no município (FERREIRA et al., 2014).

E quanto ao papel da enfermagem na redução das ICSAP, é considerado de suma importância, pois o trabalho na APS inclui uma assistência interdisciplinar e em equipe para a integralidade das ações, nas quais priorizem o cuidado para a promoção da saúde e prevenção e controle de riscos e agravos de patologias que integram a Lista Brasileira de ICSAP.

## 7 CONCLUSÃO

Esta pesquisa permitiu conhecer e analisar a taxa de ICSAP, as principais causas dessas internações, as tendências por sexo e os custos das hospitalizações no município de Picos-PI.

Os resultados recém apresentados evidenciaram um decréscimo nas taxas de ICSAP no município em estudo nos anos de 2008 à 2015. Os diagnósticos que apresentaram tendência crescente foram: diabetes mellitus, cistite e sífilis congênita que variaram segundo o sexo. Os diagnósticos que mostraram tendência crescente segundo a variável sexo foram: no feminino diabetes, cistite, Sífilis Congênita e hipertensão essencial; e no masculino: bronquite aguda e bronquiolite aguda e diabetes mellitus. Os gastos mostraram-se elevados e oscilações importantes em valores reais durante o período

É importante destacar que por estar baseado em dados secundários, este estudo esteve sujeito a algumas limitações referentes aos registros nos bancos de dados. Além disso, apesar de o SIH/SUS apresentar-se como grande base de dados, nele são registradas apenas as internações realizadas no âmbito do SUS, as quais, embora majoritárias, expressam apenas parte da realidade nacional.

Dessa forma, os resultados poderão auxiliar os gestores na implementação de ações que objetivem maior resolubilidade da atenção primária, com consequente redução de gastos em procedimentos de média e alta complexidade e maior efetividade no gerenciamento dos serviços de saúde. Além disso, o uso das ICSAP como indicador possui grande potencial para contribuir com a discussão da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, entre eles, universalidade, integralidade e equidade.

Recomenda-se aos gestores municipais e de saúde uma atenção para o impacto que as despesas com ICSAP estão causando para o município. E que esse investimento poderia ser utilizado na atenção primária, enriquecendo a assistência e facilitando o acesso da população aos serviços e, conseqüentemente, melhorado os indicadores municipais de saúde.

Ressalta-se ainda o importante papel do enfermeiro tanto na construção e elaboração de bases nacionais, quanto no cuidado prestado na atenção primária. O enfermeiro e os demais membros da equipe de enfermagem desempenham um papel fundamental na redução das internações por condições sensíveis, pois é na atenção primária que priorizar-se as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e controle de doenças que integram a Lista Brasileira de ICSAP.

## REFERÊNCIAS

ACEVEDO, C. R.; NOHARA, J. J. **Com fazer monografias: TCC, dissertações e teses.** Atlas, 4 ed. São Paulo, 2013.

ALFRADIQUE, M.E. et al. Ambulatory care sensitive hospitalizations: elaboration of Brazilian list as a tool for measuring health system performance (Project ICSAP-- Brazil). **Cad Saude Publica**, v. 20, n.6, p:1337–49. Jun, 2009

AVELINO, C. C. V. et al. Qualidade da atenção primária à saúde: uma análise segundo as internações evitáveis em um município de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1285-1293. Abril, 2015.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil., **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

BILLINGS J, et. al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*; n.12, p:162-73,1993.

BRASIL, V.P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina – estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n.1, p.75-84, jan-mar, 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução CNS n.º 466, de 12 de dezembro de 2012** (dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos). Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Consulta pública n. 04, 20 de setembro de 2007. Norma técnica sobre lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção básica. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria n.º 221, de 17 de abril de 2008. Publica em forma de anexo a lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária. **Diário Oficial da União**, Poder executivo. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PANB). Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, mai., p.845- 855, 2012.

COSTA, L.Q.; PINTO JÚNIOR, E. P.; SILVA, M. G. C. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 26, n. 1, p.51-60, jan-mar, 2017.

DIAS-DA-COSTA, J. S. et al. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 358-364, 2010.

DIAZ, B. G. M. R. **Internações de crianças e de adolescentes por condições sensíveis à atenção primária em saúde, na rede pública de porto alegre/rs, no período de 2012 a 2014.** Trabalho de Conclusão de Especialização em Saúde Pública – Faculdade de Medicina – da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

FERREIRA, J. B. B., et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 23, n. 1, p.45-56, jan-mar, 2014.

FONTELLES, M. J. et. Al. **Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa.** Trabalho realizado no Núcleo de Bioestatística Aplicado à pesquisa da Universidade da Amazônia – UNAMA. 2009.

FONTENELLE, L. F. **Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: revisão sistemática da literatura.** Dissertação de mestrado- Programa de Pós- Graduação em Saúde na Comunidade. Ribeirão Preto, 2011.

FREIRE, A. A. **Avaliação do conhecimento sobre vigilância epidemiológica na estratégia saúde da família.** Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2016.

GONÇALVES, R.F. et al. Programa Mais Médicos no Nordeste: avaliação das internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.9, p:2815-2824, 2016.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em:<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=220800>>. Acesso em: 18 set. 2017.

MELO, M. D. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: Um olhar da enfermagem em saúde coletiva.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

MENDONÇA, C. S. **Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária e Qualidade da Saúde da Família em Belo Horizonte/Brasil.** Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. Em: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Elaborado por Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC e Carvalho JI (org.) **Editora FIOCRUZ**, 2012.

PICOS. Secretaria Municipal de Saúde, 2017.

PREZOTTO, K.H; CHAVES, M.M.N; MATHIAS, T.A.F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p:44-53, 2015.

REHEM, T. C. M. S. B.; CIOSAK, E. Y. E. S. I. Internações Sensíveis à Atenção Primária: Percepção dos Usuários. **Atas CIAIQ. Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, 2014.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo – SP, 2011.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. MedBoo, 7 ed. Rio de Janeiro, 2013.

SAMOTO, A. K. **Avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Básica, segundo modelo de atenção, na Região de Saúde do Rio Pardo-SP**. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 2013.

SANTOS, L. M.; GONÇALVES, M. A.; CHARLES, C. As despesas Municipais em Saúde Impactam as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)? Uma Análise em Municípios de Minas Gerais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS**, v. 5, n. 1, P. 62-75. Janeiro/Junho, 2016.

SANTOS, L. A; OLIVEIRA, V. B; CALDEIRA, A. P. Internações por condições sensíveis à atenção primária entre crianças e adolescentes em Minas Gerais, 1999-2007. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.16, n.2, p: 179-188, abr. / jun., 2016.

SILVA, L. A.; CASSOTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.1, p.221-232, 2013.

SOUSA, N.P, et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.69, n.1, p:118-25, jan-fev, 2016.

SOUSA, P. H. C. **Níveis de Atenção à Saúde no Brasil**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/fisioterapia/niveis-de-atencao-a-saude-no-brasil/33011>>. Acesso em: 20 set. 2017.

SOUZA, Q. K; PEIXOTO, S. VIANA. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.26, n.2, p:285-294, abr-jun 2017.

SOUZA, L. L.; COSTA, J. S. D. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, 2011.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.3, p.509-517, 2010.

TOSO, B. R. G. O. **Resolutividade do cuidado à saúde das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por causas sensíveis a atenção básica**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2011.

**TORRES, R. L. Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia:** Aspectos organizacionais e sociodemográficos. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.



**ANEXO**

## ANEXO A- Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária

Grupo	Diagnósticos	CID 10
<b>1</b>	<b>Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis</b>	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	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
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariase	B77
<b>2</b>	<b>Gastroenterites infecciosas e complicações</b>	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
<b>3</b>	<b>Anemia</b>	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
<b>4</b>	<b>Deficiências Nutricionais</b>	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
<b>5</b>	<b>Infecções de ouvido, nariz e garganta</b>	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
<b>6</b>	<b>Pneumonias bacterianas</b>	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1

(Continuação)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
<b>7</b>	<b>Asma</b>	
7,1	Asma	J45, J46
<b>8</b>	<b>Doenças pulmonares</b>	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
<b>9</b>	<b>Hipertensão</b>	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
<b>10</b>	<b>Angina</b>	
10,1	Angina pectoris	I20
<b>11</b>	<b>Insuficiência Cardíaca</b>	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
<b>12</b>	<b>Doenças Cerebrovasculares</b>	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
<b>13</b>	<b>Diabetes melitus</b>	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	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
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
<b>14</b>	<b>Epilepsias</b>	
14,1	Epilepsias	G40, G41
<b>15</b>	<b>Infecção no Rim e Trato Urinário</b>	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
<b>16</b>	<b>Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>	
16,1	Erisipela	A48
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08

(Continuação)

<b>Grupo</b>	<b>Diagnósticos</b>	<b>CID 10</b>
<b>17</b>	<b>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
<b>18</b>	<b>Úlcera gastrointestinal</b>	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
<b>19</b>	<b>Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</b>	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: PORTARIA Nº 221/SAS, DE 17 DE ABRIL DE 2008



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA  
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"**

**Identificação do Tipo de Documento**

- ( ) Tese  
 ( ) Dissertação  
 (X) Monografia  
 ( ) Artigo

Eu, Maria Evelyn Severina de Sousa  
 autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de  
 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,  
 gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação  
Análise das internações hospitalares por condições  
sensíveis à atenção primária  
 de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título  
 de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 06 de agosto de 2018.

Maria Evelyn Severina de Sousa  
 Assinatura

\_\_\_\_\_  
 Assinatura