

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANÁLISE PRELIMINAR DE HOSPITALIZAÇÕES POR CAUSAS
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
MINEIRO**

MARÍLIA MARTINS COSTA MAIA

UBERABA - MG

2013

MARÍLIA MARTINS COSTA MAIA

**ANÁLISE PRELIMINAR DE HOSPITALIZAÇÕES POR CAUSAS
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria José Cabral Grillo.

UBERABA - MG

2013

MARÍLIA MARTINS COSTA MAIA

**ANÁLISE PRELIMINAR DE HOSPITALIZAÇÕES POR CAUSAS
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE EM UM MUNICÍPIO
MINEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria José Cabral Grillo.

BANCA EXAMINADORA

Maria Jose Cabral Grillo (orientadora) - UFMG

Edison José Correa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de julho de 2013.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Maria José Cabral Grillo, pela ajuda e incentivo para realização desta pesquisa;

Aos colegas de curso, Bruno Dornellas e Maria Tereza Neri, pela companhia, dúvidas e respostas partilhadas durante o curso.

A minha colega Helenice, pelos anos partilhados no trabalho na Equipe de Saúde da Família, motivação e ensinamentos ofertados.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pela saúde e por ter dado força nos momentos de dificuldades enfrentados.

A meu pais, pela educação e incentivo a sempre buscar mais conhecimentos.

Ao meu companheiro Fabricio, por compreender momentos de ausências e por ser companhia fiel nas viagens para o polo.

Não poderia me esquecer do meu anjo Mateus, que soube se comportar bem na barriga da mamãe e nos seus primeiros meses para que o trabalho pudesse ser concluído.

RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é a principal configuração da atenção primária no Brasil e tem capacidade de resolver aproximadamente 80 a 85% dos problemas de saúde da população. As internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), que são problemas de saúde atendidos por ações típicas da atenção primária, se tornou um importante indicador de qualidade desta atenção. Por isso, o objetivo deste trabalho foi descrever o quadro das internações hospitalares por algumas causas sensíveis às ações que devem ser desenvolvidas na atenção primária no município de Paracatu-MG nos anos de 2008 a 2011. O município tem uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 44%. Foram consideradas as hospitalizações por doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e por *Diabetes Mellitus*. Foi realizado um estudo exploratório descritivo utilizando as base de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar e do Sistema de Informação da Atenção Básica. Também foi realizada uma breve revisão bibliográfica para fundamentação teórica do tema. Para a análise dos dados foi utilizada a lista de CSAP estabelecidas na Portaria nº 221 do Ministério da Saúde. Em relação ao aparelho respiratório foram encontradas internações por doenças obstrutivas crônicas e por tuberculose. Quanto às condições que envolvem o aparelho circulatório, houve uma queda considerável no número de internações por hipertensão arterial essencial e Infarto Agudo do Miocárdio de 2008 para 2011; mas, ainda é significativa a ocorrência de Insuficiência Cardíaca Congestiva e de Acidentes Vasculares Cerebrais. Em relação à *Diabetes Mellitus*, que tem programa específico a ser desenvolvido na atenção básica, o estudo apontou um aumento de, aproximadamente, 50% em 2011. Resultados positivos, como a diminuição dos casos de internações por hipertensão arterial essencial, demonstra fortalecimento gradual da rede de atendimento, com indício de que ações de promoção da saúde estão sendo implementadas com êxito. Contudo, precisam ser intensificadas, com indicação do aumento da cobertura da estratégia no município.

Descritores: Internação hospitalar, Atenção primária à saúde, Saúde da família, Avaliação em saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the main setting of primary care in Brazil and has the ability to solve approximately 80-85% of the health problems of the population. Hospital admissions for Primary Care Sensitive Conditions (PCSC), which are attended by health problems typical actions of primary care has become an important indicator of the quality of this attention. Therefore, the aim of this study was to describe the framework of hospitalizations for some causes sensitive to actions that should be undertaken in primary care in Paracatu-MG in the years 2008-2011. The municipality has a coverage of the Family Health Strategy of 44%. Were considered hospitalizations for respiratory diseases, cardiovascular diseases and diabetes mellitus. We conducted a descriptive exploratory study using the database side of the Hospital Information System and Information System for Primary Care. We also performed a brief literature review to theoretical theme. For data analysis we used the list of PCSC established by Ordinance No. 221 of the Ministry of Health. In relation to the respiratory tract were found admissions for chronic obstructive diseases and tuberculosis. The conditions involving the circulatory system, there was a considerable drop in the number of hospitalizations for essential hypertension and Acute Myocardial Infarction from 2008 to 2011, but there is still significant occurrence of Congestive Heart Failure and Stroke. Regarding Diabetes Mellitus, which has a specific program to be developed in primary care, the study showed an increase of approximately 50% in 2011. Positive results, such as reduction of cases of hospitalization for essential hypertension, shows gradual strengthening of the service network, with evidence that health promotion activities are being implemented successfully. However, need to be intensified, indicating the increased coverage strategy in the municipality.

Keywords: Hospitalization, Primary Health Care, Family Health, Health evaluation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. JUSTIFICATIVA.....	12
3. CARACTERIZANDO O CENÁRIO.....	13
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5. OBJETIVO GERAL.....	18
6. TIPO DE ESTUDO E MÉTODO.....	19
7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	20
7.1 Internações e cobertura pela estratégia saúde da família.....	20
7.2 Internações por condições sensíveis à atenção primária.....	23
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERENCIAS.....	32
ANEXO A.....	36

1. INTRODUÇÃO

Um modelo assistencial se caracteriza pela forma como são organizados os serviços de saúde e os recursos disponíveis (políticos, materiais, financeiros, humanos) e tem como base teorias, conceitos e explicações científicas (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; FARIA *et al.* 2010).

A predominância de um modelo numa época é determinada pelo conceito de saúde e doença e pelo conceito de determinantes de saúde daquela época. Dito de uma forma mais simples, “modelo assistencial” consiste na configuração dos sistemas de saúde, organizações e suas formas de interagir, que se mostram diferentes ao longo da história, nas diversas localidades onde se encontram inseridos (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007; FARIA *et al.* 2010).

É fato a ênfase no aspecto curativo na história do modelo assistencial de saúde brasileiro, pois se investiu pesado em recursos para construção e manutenção de hospitais e contratação de médicos para atendimento curativo. Gonçalves (1977) *apud* Faria *et al* (2010:29), após análise de dados do IBGE e do cadastro de hospitais dos Ministério da Saúde afirmou “que o número de hospitais brasileiros aumentou em 145% no período que vai de 1962 a 1971, o que representou a vertiginosa quantidade de 1.262 novos hospitais em uma década”.

Pires (2008), também falando sobre o aspecto curativo que permeia a história do modelo assistencial e do sistema de saúde brasileiro, comenta a dicotomia entre as práticas de saúde pública de responsabilidade dos serviços públicos e as práticas assistenciais desenvolvidas pelos hospitais. No contexto de sua análise, ela afirma que essa situação gera um processo fragmentado que

[...] integra a rotina de trabalho de muitos profissionais e serviços, povoando ainda o imaginário popular de que a resolução dos seus problemas de saúde e a cura de suas patologias está relacionada à disponibilidade de atendimento hospitalar, consultas médicas, exames laboratoriais e medicamentos para todos que deles necessitarem (PIRES, 2008, p.:40).

Para Couttolenc (2010, p.:4) o sistema de saúde brasileiro é ineficiente e perdulário e

pelo menos 30% das internações nos sistemas público e privado não deveriam existir (...) Esses 30% são pacientes que deveriam ser tratados em ambulatórios ou por programas de atenção básica a um custo obviamente menor.

O mesmo autor ainda afirma que a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro tem sido os prontos-socorros e que os hospitais respondem por “70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações. Além disso, empregam 56% dos profissionais da saúde” (COUTTOLENC, 2010, p.:4).

As suas colocações são fundamentais para uma análise sobre a organização e resolutividade da atenção básica, pois a rede básica de atenção à saúde, onde a atenção primária é desenvolvida, deveria ser a porta de entrada, o contato inicial do usuário no serviço de saúde (SAITO, 2008); segundo Starfield (2002) essa rede forma a base que determina o trabalho de todos os outros níveis de atenção.

Sendo assim, os dados apresentados por Couttolenc (2010) evidenciam o tamanho do desafio que os gestores e os profissionais de saúde têm pela frente. Para ele,

[...] dada a natureza “hospitalocêntrica” do sistema de saúde e a ênfase no atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, o Brasil parece despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que requerem atenção coordenada entre vários prestadores de serviços de saúde (COUTTOLENC, 2010, p.:4).

Outro dado apresentado por Couttolenc (2010), que ajuda a perceber o significado e as consequências de um modelo de atenção, é que os gastos com hospitais públicos e privados no Brasil chegam a 70% do total de recursos alocados para a saúde. Ele compara esse dado com outros países, da Europa e na América do Norte, onde os gastos são de 40% a 50%.

Isso significa dizer que, apesar do alto investimento, o modelo centrado no aspecto curativo é incapaz de dar conta dos problemas de saúde da população e o Programa Saúde da Família veio como estratégia de mudança desse modelo assistencial ao ser direcionado, prioritariamente, para implementar as ações básicas de saúde para a família em seu espaço social.

Portanto, no Brasil, a opção foi implementar a atenção primária por meio de uma equipe básica responsável por um território sanitário ou área adscrita,

multiprofissional, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. A equipe é composta minimamente por enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, responsáveis por no máximo 4000 habitantes, sendo recomendada uma média de 3000 habitantes (BRASIL, 2006a).

Um forte argumento é de que a atenção primária em saúde, que pressupõe ações individuais e coletivas e deve abranger ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, pode ser resolutive em 80% a 85% dos problemas de saúde da população (REHEM; EGRY, 2011; FIGUEIREDO, 2010).

Simão, Albuquerque e Erdmann (2007), citando documento da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), afirmam que há evidências de que os sistemas de saúde baseados em Atenção Primária de Saúde resolvem grande parte das condições sensíveis aos cuidados ambulatoriais, beneficiando outros níveis desse sistema.

Para Nedel *et al.* (2010, p.:62), as internações por condições sensíveis à atenção primária são

[...] problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção e cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização, como pneumonias bacterianas, complicações da diabete e da hipertensão, asma, entre outros. Tais hospitalizações servem de instrumento para a avaliação e monitoramento da efetividade desse nível do sistema de saúde.

No Brasil, as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são consideradas um importante indicador de qualidade da atenção desenvolvida no nível básico (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; FERNANDES *et al.* 2009) e o Ministério da Saúde lançou, em abril de 2008, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, com dezenove grupos de causas (BRASIL, 2008).

Portanto, a avaliação das internações por CSAP passaram a ser utilizadas na avaliação da efetividade do modelo de atenção proposto e para a estratégia adotada, ou seja, a Estratégia Saúde da Família.

2. JUSTIFICATIVA

O município de Paracatu, que faz parte da região noroeste do Estado de Minas Gerais, possui 84.718 habitantes (IBGE, 2011) e conta, em sua rede de atenção à saúde, com serviço de Hemodiálise e Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para atenção à adultos enquanto sua cobertura de Equipes de Saúde da Família ainda está em 44%. Esse percentual de cobertura pela Estratégia Saúde da Família indica que o município segue a tendência de investimentos em que a atenção primária ainda não é uma prioridade.

Contudo, a gestão municipal está atenta a este cenário e, como ainda não tem análise das informações sobre internações motivadas por condições sensíveis à atenção primária, ela demandou este estudo. A expectativa é de que seus resultados possam ser de grande valia para a gestão do município, pois a análise das internações evitáveis é uma forma de caracterizar a qualidade da atenção primária do município, funcionando com balizador da atenção prestada a população. Pode contribuir, também, com subsídios para que sejam traçadas estratégias específicas para diminuir as internações por causas sensíveis a atenção básica.

Para os profissionais que atuam na rede de serviços de saúde pode vir a ser um importante estímulo para a reflexão sobre o cotidiano; pode mostrar que a análise de dados com os quais lidam no dia a dia pode demonstrar a necessidade de fortalecimento de algumas ações e mudanças na forma de executar outras.

A discussão dos resultados com os usuários poderá contribuir com a construção de conhecimentos sobre promoção da saúde e prevenção das principais causas de internações.

3. CARACTERIZANDO O CENÁRIO

O município de Paracatu está localizado na região Noroeste do Estado de Minas Gerais, distante a 500 km de Belo Horizonte e faz divisa, ao Norte, com o município de Unaí, ao Sul, com dois municípios, ou seja, Vazante e Guarda-Mor, ao Leste com João Pinheiro e Lagoa Grande, todos em Minas Gerais. Contudo, ao Oeste seu limite é com o município de Cristalina, do estado de Goiás. Tem uma área de 8.229,6 km² e o censo de 2010 identificou 84.718 habitantes. O município possui muitos rios, ribeirões e córregos e seu bioma é o cerrado. O principal rio é o Paracatu, que dá nome à cidade e significa, em tupi-guarani, "Rio Bom" (IBGE, s/d).

No contexto das Entradas e Bandeiras, nasceu o Arraial de São Luiz e Sant'Anna das Minas de Paracatu, no meio do século XVII, com ouro aluvial abundante. Em 1798 recebeu o *status* de Vila de Paracatu do Príncipe. No ano seguinte, foi instalada a Câmara Municipal, dando nova dinâmica e estrutura política ao antigo arraial. (IBGE, s/d).

A partir de meados da década de 70, a atividade agropecuária e mineral, associada as mais modernas tecnologias mundiais, reinscrevem o nome de Paracatu no cenário nacional. A exploração mineral tecnificada e a agropecuária em fases empresariais são hoje eixos econômicos sólidos que colocam Paracatu como grande produtor de ouro, zinco, grãos, leite e derivados.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Na Conferência de Alma-Ata, ocorrida em 1978 no Cazaquistão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o seu programa Saúde para todos no ano 2000, baseado no conceito de cuidados primários em saúde, já abordado por americanos e ingleses no começo do século XX (FARIA *et al.*, 2010:26). O Programa tinha como base uma nova filosofia que implicaria em uma reorientação dos serviços de saúde. A ênfase era na prevenção das doenças e na promoção da saúde e pressupunha

[...] a participação comunitária, a intersectorialidade para a abordagem dos determinantes sociais das doenças, a atuação em equipes multidisciplinares e incorporando toda uma racionalidade no uso e dispensação de serviços de saúde que revaloriza o conjunto de profissionais que trabalham na atenção primária (FARIA, *et al.*, 2010, p.:26).

Os autores ainda afirmam que, nas três últimas décadas, todos os movimentos de reforma dos sistemas de saúde no Ocidente buscam reorientação dos modelos e reorganização dos serviços de saúde, alterando a forma de inserção do segmento hospitalar, buscando a redução ou racionalização dos custos com serviços terciários, através de investimento na atenção básica (FARIA, *et al.*, 2010). No Brasil, isto se deu por meio do movimento denominado Reforma Sanitária Brasileira.

Neste contexto foi implantado, em 1994, o Programa Saúde da Família, após experiências similares desenvolvidas em países como Canadá, Cuba e Inglaterra. Foram decisivos para a opção brasileira os resultados positivos obtidos pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que iniciou suas atividades de forma experimental no final dos anos 80, no Ceará, tornando-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991 (FARIA, *et al.*, 2010). Sua implantação foi importante para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, em contraposição ao modelo assistencial hospitalocêntrico e medicalizado que era hegemônico até a década de 80.

De acordo com Faria *et al.* (2010, p.:38-39), “o PSF significou a adoção de uma postura mais ativa dos serviços de saúde frente aos riscos e danos aos quais se viam submetidas as populações dos territórios sob sua responsabilidade”, possibilitando uma nova lógica de trabalho em saúde.

Poucos anos depois, a proposta deixou de ser considerada como um programa e vem se destacando como uma “estratégia para reorganização do sistema de atenção básica à saúde, visando principalmente a reversão do modelo assistencial vigente, por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e organização geral” (VIEIRA *et al.*, 2008, p.:22). Portanto, na organização dos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde, a atenção básica é o espaço onde a Atenção Primária à Saúde deve ser operacionalizada.

Segundo Oliveira, Simões e Andrade (2008, p.:2) a Atenção Primária de Saúde (APS)

[...] compreende a promoção à saúde e a prevenção de agravos, a partir de um cuidado constante. Isso possibilita um re-ordenamento das demandas e a organização de todo o sistema sanitário, sendo assim o meio articulador para a transformação do modelo de atenção hospitalocêntrico vigente. Nesse sentido, a APS relaciona-se a um conjunto de diagnósticos cujas internações poderiam ser evitadas diante de um cuidado primário apropriado.

Porém, avaliando os resultados na atenção na Atenção Básica em Minas Gerais, Oliveira, Simões e Andrade (2008) afirmam que há dados que sugerem que essa atenção não tem sido efetiva para evitar internação por agravos preveníveis. Para os autores esse resultado é consequência da qualidade do cuidado prestado, uma vez que a cobertura pela Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais é significativa.

Para resolução desse problema, os autores propõem a reestruturação desse nível de atenção e, entre as ações necessárias a esta reestruturação, sugerem: capacitação técnica e educação permanente, incentivos financeiros segundo metas pré-estabelecidas, uso de diretrizes clínicas que reduziriam a variabilidade da prática médica. Ainda apontam que

[...] investimentos na infraestrutura das unidades básicas de saúde, que se encontram, muitas vezes, em condições precárias, e a disponibilidade de recursos materiais mostram-se importantes. Também é necessário o fortalecimento dos sistemas de referência e contrarreferência e de apoio diagnóstico e terapêutico, para a continuidade da atenção (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2008, p.:17).

Pires (2008, p.:35), também refletindo sobre a implantação do SUS e da ESF, afirma que após quase duas décadas a ESF tem se ampliado em vários municípios do país e evoluído na sua organização, mostrando maior resolutividade. Porém, os gestores municipais têm se deparado com constantes desafios para reorganizar as políticas de saúde locais. Dessa forma, assim como afirma Oliveira, Simões e Andrade (2008), a autora diz que

[...] a ESF aponta para a necessidade de redefinição das responsabilidades de cada esfera de governo, para a definição de infraestruturas de atendimento, para investimento em capacitação de pessoal, em recursos e tecnológico e para a redefinição das regras de gestão, organização e financiamento do sistema (PIRES, 2008, p.:35).

Todas as considerações possíveis sobre a qualidade do nível básico do Sistema Único de Saúde Brasileiro, desenvolvido por meio da Estratégia Saúde da Família, têm apontado para a necessidade de um processo de avaliação sistematizado.

As “Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária” (ICSAP) tem sido apontada, e utilizada de forma ainda assistemática, como um indicador de qualidade na área de saúde. A utilização deste indicador iniciou nos Estados Unidos, no final da década de 80, com objetivo de analisar o acesso da população ao serviço de saúde e seu impacto financeiro. Somente a partir da segunda metade da década de 90 o indicador passou a ser utilizado para analisar a qualidade da atenção primária (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Segundo Pires (2008) o Ministério da Saúde vem desenvolvendo e aperfeiçoando os sistemas nacionais de informação que disponibilizam dados referentes a atendimentos hospitalares, ambulatoriais, nascimentos, óbitos, doenças transmissíveis, procedimentos realizado, entre outros. Esses sistemas vêm permitindo análise dos aspectos qualitativos, gerando pesquisas em saúde. Afirma, ainda, que

[...] dentre os vários instrumentos existentes para avaliar os serviços de saúde, um dos indicadores atualmente utilizados como estratégia para o monitoramento do acesso aos serviços e da qualidade da atenção primária é o das hospitalizações por CSAA (PIRES, 2008, p.:50).

Tendo como referência a definição de Nedel *et al.* (2010) pode-se considerar como CSAP os problemas de saúde que podem ser resolvidos no nível da atenção

básica, se abordados de forma oportuna e efetiva, evitando hospitalizações desnecessárias.

Pires (2008), refletindo sobre as internações por CSAP, afirma que estão disponíveis recursos tecnológicos eficazes para uma intervenção oportuna em vários dos agravos considerados sensíveis à atenção primária. Cita entre estes recursos:

[...] a distribuição de imunobiológicos, a oferta de tratamentos para a tuberculose, hipertensão, doenças respiratórias agudas e a ampliação da oferta de exames laboratoriais especializados, entre outros, que, utilizados de forma oportuna e efetiva, podem reduzir os riscos de internações e complicações por CSAA (PIRES, 2008, p.:50).

Devido à necessidade de construir uma lista brasileira de ICSAP, para permitir a utilização de um único instrumento que permitisse comparações entre os estudos realizados, foi publicada, em 17 de abril de 2008, como parte da Portaria nº 221 (BRASIL, 2008) uma lista construída por consenso entre pesquisadores e gestores de saúde (Anexo A). Essa lista proporcionou o acesso a um indicador capaz de avaliar e monitorar o sistema de saúde a partir de dados secundários. (ALFRADIQUE *et al.*, 2009)

Na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), essas condições estão listadas de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), por grupos de causas de internações e diagnósticos.

Ainda sobre a construção de uma lista de condições sensíveis a atenção primária, Alfradique *et al.* (2009) afirmam que é preciso adaptá-la às condições de cada país, pois cada país tem sistema de saúde e perfil epidemiológico próprios. Para eles, o processo de adaptação

[...] é importante para garantir validade, confiabilidade e representatividade da lista, além de ser um pré-requisito fundamental para a utilização desta na avaliação da capacidade de resolução da atenção primária à saúde (ALFRADIQUE *et al.* (2009, p.:1345).

Nesse estudo será utilizada a lista que consta como anexo da Portaria nº 221 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) com foco nas seguintes causas de internações: doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e *diabetes mellitus*.

5. OBJETIVO GERAL

Descrever o quadro das internações hospitalares por algumas causas sensíveis às ações que devem ser desenvolvidas na atenção primária no município de Paracatu-MG nos anos de 2008 a 2011.

6. TIPO DE ESTUDO E MÉTODO

Foi realizado um estudo exploratório descritivo utilizando base de dados secundários do Sistema de Informação Hospitalar (SIHSUS) e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), ambos do Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Para a análise quantitativa foi utilizado o método estatístico. Alguns dados de internação foram fornecidos à pesquisadora pelo gestor municipal em planilha Excel virtual, relativos aos anos de 2008, 2009 e 2011, e, impresso em papel, o ano de 2010.

Para o levantamento bibliográfico que deu sustentação teórica a esse trabalho foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), o site de pesquisa Google Científico e publicações do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde. A busca foi por textos publicados em português, nos últimos dez anos, com a utilização os seguintes descritores: atenção primária à saúde, assistência à saúde, avaliação em saúde.

Por meio da leitura dos resumos, foram selecionados os textos que abordavam especificamente a temática do estudo, ou seja, internações hospitalares por causas sensíveis às ações próprias da atenção primária.

7. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

7.1 Internações e cobertura pela estratégia saúde da família

Após a tabulação dos dados disponíveis, utilizando a Lista de Morbidade por CID 10, no DATA SUS, considerando o local de internação, mês e ano de processamento, conseguimos o total de internações por ano. Na Tabela 1 é apresentado o quantitativo de internações que ocorreram no Município de Paracatu nos anos estudados e apontam para um crescimento de 24,16% (815). O aumento mais significativo ocorreu do ano de 2009 para o de 2010 e foi de 12,18%.

Tabela 1 - Número de internações por ano, de 2008 a 2011, no Município de Paracatu. Paracatu/MG, 2012.

Município	2008	2009	2010	2011	Total
Paracatu/MG	3.374	3.572	4.007	4.189	17.044
Total	3.374	3.572	4.007	4.189	17.044

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – MG. 2013

Esse aumento pode estar relacionado com a ampliação dos leitos hospitalares no Hospital Municipal de Paracatu que ocorreu no mesmo período. Pode significar que havia uma demanda por internação que estava reprimida e que era atendida em municípios de referência ou que o aumento no número de leitos induziu a demanda por internação.

De acordo com Oliveira, Simões e Andrade (2008) a chance de internações por causas sensíveis a atenção primária é maior naqueles municípios que possuem maior quantidade de leitos hospitalares *per capita*. Afirmam que isso pode ser resultado de uma demanda latente que a ampliação do acesso explicita ou

[...] esse resultado pode sugerir que uma oferta excedente na atenção hospitalar pode induzir o município a direcionar menos esforços para a gestão da APS, provocando o agravamento de doenças

que poderiam ser tratadas precocemente (OLIVEIRA; SIMÕES; ANDRADE, 2008, p.:13).

Ainda sobre o aumento do número de internações *versus* número de leitos hospitalares, os autores dizem que isso pode refletir a incapacidade da atenção básica de se mostrar resolutive e, essa atenção básica deficiente, pode levar o médico a utilizar a internação hospitalar como forma de tratamento, já que não tem o cuidado ambulatorial efetivo.

Por outro lado, analisando as taxas de internação do município de Paracatu conclui-se que elas estão, quantitativamente, abaixo do parâmetro estimado pela Portaria nº1101, de 12 de junho de 2002, que estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do SUS (BRASIL, 2002, p.:15). A expectativa é de que 7 a 9% da população necessitarão de internações hospitalares por ano, devendo ser considerada a necessidade de 2,5 a 3 leitos hospitalares para cada 1.000 habitantes. É indicada a seguinte fórmula para calcular o número de internações hospitalares esperadas (NIHE) (BRASIL, 2002, p.:15):

$$\text{NIHE} = \frac{\text{total da população} \times \text{parâmetro recomendado de internações/ano}}{100}$$

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o município de Paracatu possuía 84.718 habitantes em 2010 (IBGE, 2011), logo, a estimativa do NIHE, utilizando o parâmetro de 8% da população para aquele ano, seria de 6.777,44.

O município de Paracatu tem, gradativamente, implantado a estratégia Saúde da Família e, pelos dados do SIAB (BRASIL, 2012), 976 famílias foram cadastradas em 1998 (Gráfico 1).

Atualmente o município conta com 14 equipes de saúde da família, todas no perímetro urbano, sendo duas delas inauguradas no ano de 2012. Dessas unidades, apenas seis não se encontram em casas alugadas ou cedidas para a prefeitura.

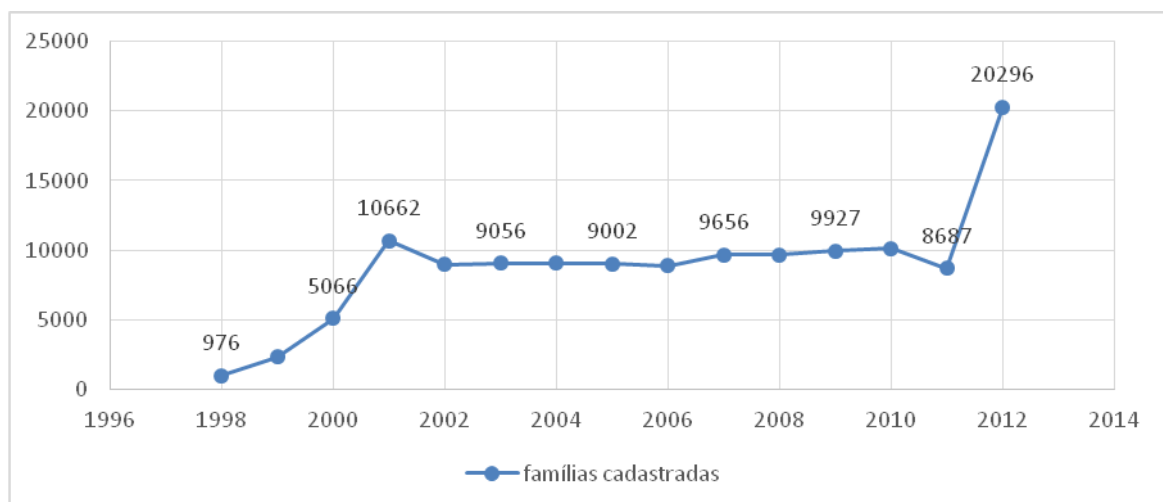
O município aderiu, no ano de 2011, ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, o PMAQ, que teve impacto positivo, já que aproximou as equipes de saúde da gestão, fez as equipes avaliarem seu

processo de trabalho e padronizarem algumas ações, buscando a melhoria do acesso e da qualidade do atendimento.

Infelizmente o município não possui Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, nem Equipe Saúde da Família rural e, assim como muitas cidades do interior do estado, tem dificuldades para conseguir médicos para atuar na ESF, principalmente quando a gestão exige cumprimento de carga horária pelos profissionais. Tal situação causa períodos sem atendimento médico em algumas equipes de saúde e grande rotatividade de profissionais, o que dificulta o vínculo com a comunidade.

No ano de 2013, o município aderiu ao Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o PROVAB, programa do governo federal que tem como objetivo estimular a formação de médicos para real necessidade da população brasileira e levar esses profissionais para localidades de maior carência dos mesmos. Assim, em março de 2013, iniciaram o atendimento no município cinco profissionais desse programa, fortalecendo o atendimento nas equipes com demanda excedente e não deixando sem atendimento a população de equipes de saúde que porventura ficaram sem médico em determinado período.

Gráfico 1 – Número de famílias cadastradas por equipes Saúde da Família de Paracatu de 1998 a 2012. Paracatu – MG. 2012.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIAB. 2012

Os dados representado no Gráfico 1 permitem afirmar que dez anos após o primeiro cadastro das famílias registrado na SIAB este número era dez vezes maior e em 2012 o município teve 20.296 famílias cadastradas.

7.2 Internações por condições sensíveis à atenção primária

Nas tabelas seguintes são apresentados os dados de internações hospitalares do Município de Paracatu por alguns dos indicadores que constam na lista de Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) estabelecida pelo Ministério da Saúde e divulgada por meio da Portaria nº 221 de 2008 (BRASIL, 2008).

Para esta primeira aproximação com o tema foram consideradas as hospitalizações por doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho circulatório e por *Diabetes Mellitus*.

O *Diabetes Mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica são tão importantes do ponto de vista da saúde coletiva que fazem parte de um programa que é priorizado na Atenção Básica e responde ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus* (MS/SPS - HIPERDIA) (BRASIL, 2001).

A análise das doenças relacionadas ao aparelho respiratório nos mostra a existência da dupla carga de doenças, já que temos concomitantemente, doenças crônicas, como a bronquite, enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas e a tuberculose, como doença transmissível. No período (2008 a 2011) foram registradas 12 (doze) hospitalizações por tuberculose respiratória, conforme consta na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de internações por Doenças do Aparelho Respiratório, incluindo tuberculose, nos anos de 2008 a 2011. Município de Paracatu, MG. 2012.

DIAGNÓSTICO DE HOSPITALIZAÇÃO	2008	2009	2010	2011
Asma	1	10	17	16
Bronquite aguda e bronquiolite aguda	6	15	12	10
Bronquite enfisema e outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	28	23	29	52
Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides	40	171	257	209
Faringite aguda e amigdalite aguda	47	1	6	4
Influenza [gripe]	0	1	0	0
Laringite e traqueíte agudas	0	7	2	3
Outras inf. agudas das vias aéreas superiores	10	2	2	1
Pneumonia	155	227	335	278
Tuberculose	8	1	3	0
TOTAL	295	458	663	573

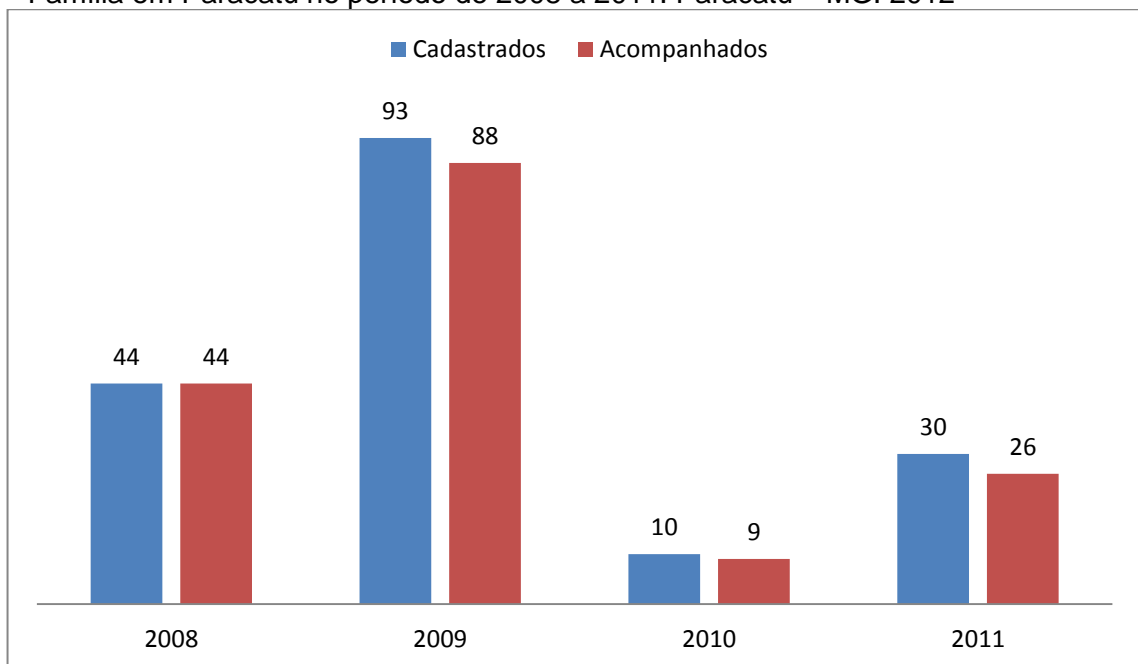
Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIHSUS e SMS de Paracatu. 2012

Essa tendência também é confirmada em documento publicado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais onde encontramos que,

[...] essa situação epidemiológica é definida como de dupla carga das doenças porque, de um lado, persistem as doenças infecciosas e, de outro, há uma forte predominância relativa das condições crônicas que já são responsáveis por 2/3 da carga das doenças no estado (MINAS GERAIS, 2009, p.:15).

O número de tuberculosos cadastrados e acompanhados em cada ano estudado é apresentado no Gráfico 2, a seguir, sendo a série 1 relativa a cadastramento e série 2 relativa a acompanhamento.

Gráfico 2 – Tuberculosos cadastrados e acompanhados por estratégia Saúde da Família em Paracatu no período de 2008 a 2011. Paracatu – MG. 2012



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2012

Em relação às doenças do aparelho circulatório, não houve registro de ocorrência de internação por angina e edema agudo de pulmão em nenhum dos quatro anos pesquisados. Contudo, ocorreram internações por Hipertensão essencial e por Insuficiência cardíaca, nos valores que podem ser conferidos na Tabela 3.

Tabela 3 - Número de internações por Doenças do Aparelho Circulatorio nos anos de 2008 a 2011. Município de Paracatu. 2012

DIAGNÓSTICO DE INTERNAÇÃO	2008	2009	2010	2011
Hipertensão essencial (primária)	10	9	8	2
Outras doenças hipertensivas	10	8	17	14
Infarto agudo do miocárdio	187	72	33	51
Outras doenças isquêmicas do coração	3	27	6	13
Insuficiência cardíaca	124	161	148	185
Outras doenças do coração	26	37	8	13
Embolia pulmonar	2	3	0	2
Acidente vascular cerebral não específico hemorrágico ou isquêmico	33	61	75	81
Hemorragia intracraniana	9	3	0	11
Infarto cerebral	1	1	0	0
Transtornos de condução e arritmias cardíacas	14	26	28	55
TOTAL	419	408	323	427

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIHSUS e SMS de Paracatu. 2012

Percebe-se uma queda no número de internações por hipertensão arterial essencial (80%) e Infarto Agudo do Miocárdio (mais de 60%) de 2008 para 2011, podendo significar um indício de que ações de promoção da saúde estão sendo implementadas com êxito. Aponta também para a necessidade de aprofundar a investigação. A relação do controle da hipertensão arterial e a atenção primária é muito forte, pois

[...] a principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2006, p.:18)

Contudo, ainda é considerável a ocorrência crescente de Insuficiência Cardíaca Congestiva e de Acidentes Vasculares Cerebrais, que são complicações da hipertensão arterial sistêmica (HAS).

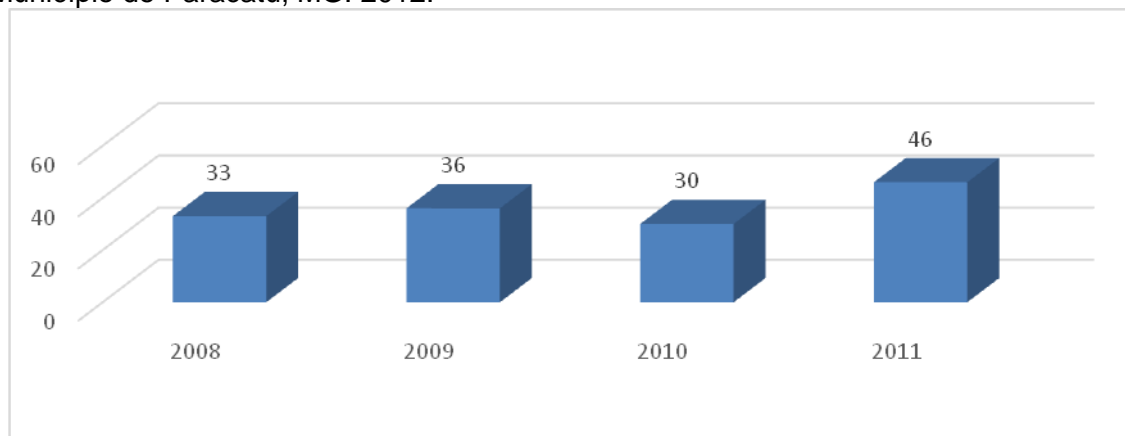
A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para a ocorrência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Responde por, aproximadamente, 25% das mortes por doença arterial coronariana e 40% dos acidentes vasculares cerebrais. Caso ainda não bastassem estes dados para demonstrar a importância de seu controle, junto com o diabetes, responde por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

A atenção primária em saúde tem papel primordial no controle da HAS, evitando suas complicações, já que

[...] trata-se de abordar quadros muitas vezes assintomáticos que se prolongam por muito tempo, que alteram a vida cotidiana dos sujeitos e suas relações e requerem medicamentos de uso continuado e mudanças nos modos de se viver. Assim, são necessárias determinadas formas de se organizar o processo de trabalho e de aproximação dos usuários que estejam orientados para abordar um processo contínuo de atenção, em que, por vezes, há momentos de sofrimento agudo, quando do diagnóstico ou nos casos de intercorrências. Estas são características de abordagem da Atenção Básica (RABETTI, 2009, p.:48).

A ocorrência de *Diabetes Mellitus* também aponta para a necessidade de intensificar ações de promoção da saúde, investindo na Atenção Básica. No período analisado, 2008 a 2011, ocorreram internações em decorrência deste agravo, com um aumento de um pouco mais de 50% no último ano. O valor absoluto de hospitalizações pode ser visualizado no Gráfico 3, a seguir.

Gráfico 3 - Número de internações por *Diabetes mellitus* nos anos de 2008 a 2011. Município de Paracatu, MG. 2012.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS/SIHSUS e SMS de Paracatu. 2012

A alta incidência de *Diabetes Mellitus* está relacionada a um contexto onde são identificados vários fatores como sedentarismo, dietas inadequadas, aumento do sobrepeso e obesidade entre a população e do número de casos diagnosticados.

Toda situação é agravada pelo diagnóstico tardio da doença. Segundo técnicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, “no país, estima-se que cerca de cinco milhões de indivíduos adultos com diabetes desconheçam o

diagnóstico e, portanto, a doença será identificada frequentemente pelo aparecimento de uma de suas complicações.” (MINAS GERAIS, 2006, p.:69)

A atenção primária em saúde tem papel primordial no controle dos diabéticos, evitando as internações por descontrole glicêmico ou complicações do Diabetes. A metodologia de trabalho da atenção primária permite desenvolvimento de ações de prevenção primária, secundária e terciária, garantindo prevenção da doença através da remoção de fatores de risco e promoção de fatores de proteção, além da detecção e tratamento precoce dos casos de diabetes mellitus e redução das complicações e comorbidades.

Além disso, por trabalhar com uma população definida de responsabilização a atenção primária tem maior chance de garantir a operacionalidade da assistência adequada uma vez que

intervenções sustentáveis necessitam levar em consideração os fatores sociais e econômicos, locais e nacionais, que direta ou indiretamente determinam ou condicionam o modo de vida dos indivíduos e grupos em diversas idades, gênero, ambientes, profissões e culturas. (MINAS GERAIS, 2006, p.:138).

Para que estes fatores sejam considerados, é importante que uma equipe seja responsável pelo território que contém uma população definida. Portanto,

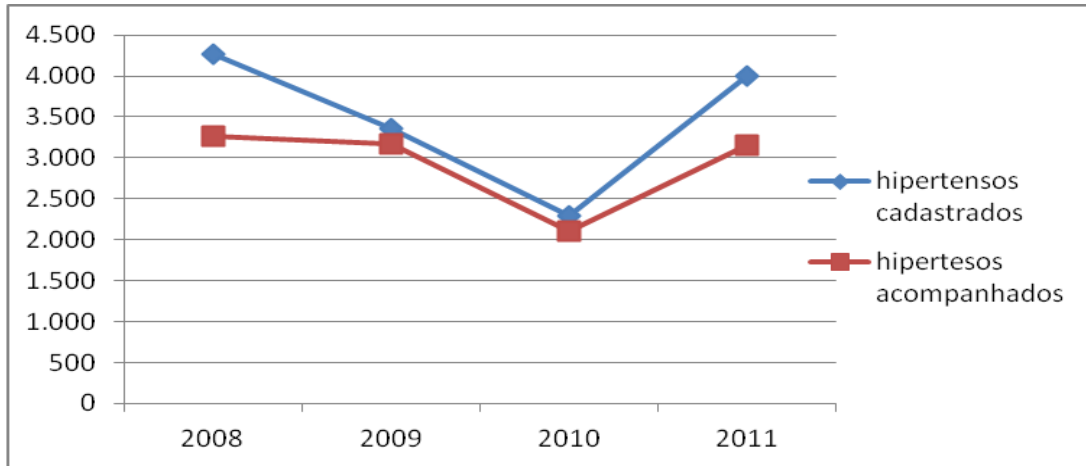
a atuação das equipes de saúde da família é fundamental para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT como a HAS, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como base a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social, as relações de vínculo e responsabilização. (RABETTI, 2009, p.:38)

A atenção primária em saúde deve também buscar os casos de tolerância diminuída à glicose, que “tem prevalência de 7,8% (semelhante à do diabetes) e representa uma situação em que as medidas de intervenção podem impactar, modificando sua evolução.” (MINAS GERAIS, 2006, p.:69)

O município fez adesão ao Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em 16 de abril de 2002 e a estimativa de hipertensos entre seus munícipes é de 4.152 e de diabéticos é de 1.908. O número de diabéticos com hipertensão é estimado em 954.

O número de hipertensos cadastrados nos anos estudados é apresentado no Gráfico 4, a seguir.

Gráfico 4 – Dados sobre hipertensos cadastrados e hipertensos acompanhados na rede de Atenção Básica do Município de Paracatu no período de 2008 a 2011. Paracatu – MG. 2012.



Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2012

No ano de 2010 há um registro de queda no cadastro, no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), com a média de 2.297 hipertensos cadastrados. Quanto ao acompanhamento por equipe saúde da família, em média, 3.197 hipertensos foram acompanhados por mês em Paracatu-MG, nos anos de 2008, 2009 e 2011. No ano de 2010 houve algum problema de registro ou de execução do programa HIPERDIA, pois a média de acompanhamento também apresentou uma queda e foi de 2.111 hipertensos acompanhados por mês. Importante registrar que o município, em 2008, cadastrou mais hipertensos do que a estimativa (4.272 cadastrados), indicando um processo eficiente de diagnóstico, mas não manteve esta *performance* nos anos seguintes; além de ter feito um acompanhamento aquém do desejado (3.271, no mesmo ano) (BRASIL, 2012).

Sobre as consultas médicas ofertadas aos pacientes hipertensos, de acordo com o SIAB, o ano de 2010 também teve uma queda do número de consultas ofertadas, o que pode ser justificado pela deficiência de profissionais em algumas equipes de saúde da família ou problemas no registro de dados (BRASIL, 2012).

Tabela 4 – Dados sobre número de atendimentos para hipertensão arterial na ESF do município de Paracatu, no período de 2008 a 2011. Paracatu-MG, 2012.

Ano	Número de atendimento
2008	9.716
2009	8.352
2010	6.952
2011	11.080
TOTAL	36.100

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2012

Em relação aos diabéticos, o número estimado é bem superior aos números que o município apresenta de cadastrados e acompanhados em todos os quatro anos estudados. Para uma estimativa de 1.908 o município apresentou os dados apresentados a seguir.

Tabela 5 – Dados sobre diabéticos cadastrados e diabéticos acompanhados na rede de Atenção Básica do Município de Paracatu no período de 2008 a 2011. Paracatu – MG. 2012.

Ano	Média cadastro/mês	Média acompanhado/mês
2008	546	522
2009	595	561
2010	445	420
2011	709	669

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2012

Quanto ao atendimento dos diabéticos na ESF, houve um aumento do número de atendimentos de 2008 a 2011, o que sugere fortalecimento da rede de atenção e condiz com o aumento de casos cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde. Porém, o ano de 2010 apresentou uma queda do número de atendimentos ofertados, o que assim como as consultas para hipertensão arterial, pode condizer com a deficiência de profissionais nas equipes de saúde ou problemas nos registros de dados. (BRASIL, 2012)

Tabela 6 – Dados sobre número de atendimentos para *diabetes mellitus* na estratégia Saúde da Família do município de Paracatu, no período de 2008 a 2011. Paracatu-MG, 2012.

Ano	Número de atendimentos
2008	2.075
2009	2.055
2010	1.732
2011	3.163
TOTAL	9.025

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). 2012

Em 2000 existiam 5 milhões de diabéticos no Brasil e, considerando que a *Diabetes Mellitus* (DM) vem apresentando aumento de prevalência, a previsão é de que serão 11 milhões de diabéticos no país em 2025 (BRASIL, 2001). Uma abordagem conjunta, da DM e da HAS, é recomendada tendo em vista a possibilidade de 50% de associação das duas e a apresentação de fatores comuns como etiopatogenia, cronicidade, necessidade e dificuldade de adesão ao controle permanente, riscos etc.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho permitiu descrever o quadro das internações hospitalares por algumas causas sensíveis em Paracatu, Minas Gerais, nos anos de 2008 a 2011 e nos possibilita trabalhar de forma orientada, permitindo o planejamento de ações, visando a redução dessas internações.

A análise realizada permite afirmar que o município vem trabalhando de forma a aumentar sua cobertura da ESF, porém, ainda apresenta falhas na sua implantação e implementação, já que ainda é significativo o número de internações por complicações do *diabetes mellitus* e da hipertensão arterial e por tuberculose. Porém, há resultados positivos, como a diminuição dos casos de internações por hipertensão arterial essencial, o que demonstra fortalecimento gradual da rede de atendimento.

Percebe-se, também, possível falha na alimentação da base de dados do HIPERDIA no ano de 2010, demonstrando a importância do correto preenchimento de dados na fonte geradora e no sistema de informação. Esse é um fato preocupante, já que oportunidades para prevenção das doenças crônicas estão sendo perdidas, além de impactar negativamente no planejamento de ações para grupos específicos. Sabe-se que para o correto monitoramento é preciso que os dados sobre altas hospitalares sejam completos, devidamente preenchidos e que os diagnósticos sejam confiáveis.

Não podemos também esquecer a importância dos determinantes sociais na causalidade de algumas doenças, o que pode influenciar na ocorrência de internações hospitalares por fatores que estão fora da governabilidade da área de saúde, ou seja, não significando falha na atenção primária em saúde.

Conclui-se dessa forma, que o objetivo que motivou este trabalho foi atingido e que o mesmo será de grande valia para a gestão municipal para auxiliar na organização da atenção à saúde, suscitando análises mais profundas e sistematização e análise de dados da rotina do serviço que, atualmente, não são analisados.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária: uma nova ferramenta para medir o desempenho do serviço de saúde. **Cad. Saúde Pública**. 2009; 25: 1337-49. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 15 Out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº1101**, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes *mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 102 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios; n. 59). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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. 70-71, 18 abr. Seção 1. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). **Informações estatísticas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 01 abr. 2013.

CAMPOS, A. Z. de.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis a atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Caderno Saúde Pública**. 2012, v.8, n5, p. 845-855. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 out. 2012.

COUTTOLENC, B. F. Concentrar gastos de saúde em hospitais é um erro, diz professor. **Jornal Valor Econômico**, São Paulo, 04 jan. 2010. p. 4. Disponível em: <<http://institutoperforma.org/common/pdf/noticias/Entrevista%20Bernard%20Valor%2004-01-10.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

FARIA, H. P. de.; *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ªed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**. 2009, v.43, n.6, p928-936. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

FIGUEIREDO, E. N. de. **Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio de Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Universidade Federal de São Paulo: São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>. Acesso em: 01 jun. 2013.

GONÇALVES, E. L. Equipamento hospitalar no Brasil: presença, regionalização e tendências. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 11, p. 143-150, 1977. *Apud* FARIA, H. P. de.; *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2ªed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, Coopmed, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Minas Gerais. Paracatu. Brasília: IBGE. s/d. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=0>>. Acesso em 20 mai. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Minas Gerais. Paracatu. Brasília: IBGE. 2011. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=0>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em: <<http://canalminassaude.com.br/workspace/uploads/publicacoes/atencao-a-saude-do-adulto-4ed67b8aaed7c.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2013.

MINAS GERAIS. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. **Oficinas de Qualificação da Atenção Primária em Saúde em Belo Horizonte: Oficina I – Análise da Atenção Primária em Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais**. Belo Horizonte: ESPMG, 2009. 112p. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/PDAPS_oficina-1_PBH_facilitador.pdf>. Acesso em: 3 mai. 2013.

NEDEL, F. *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde [online]**. 2010, vol.19, n.1, pp. 61-75. ISSN 1679-4974. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742010000100008&lng=pt>. Acesso em: 11 out. 2012.

OLIVEIRA, A. C. de; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. **Anais... XVI Encontro Nacional de 96 Estudos Populacionais, ABEP**. Caxambu 2008. Disponível em: <www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008_1092.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2013.

PIRES, V. A. T. N. **Internações hospitalares por condições sensíveis a atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia de Saúde da Família, em uma microrregião de saúde**. 2008. 174f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. 2008.

RABETTI, A. de C. **A eficiência das ações relacionadas à hipertensão arterial sistêmica: uma avaliação na atenção básica em saúde nos municípios catarinenses**. 2009. 152p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/92422/275003.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciências & Saúde Coletiva**, 16(12), 4755-4766, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

SAITO, R. X. de S. Políticas de Saúde: Princípios, Diretrizes e Estratégias para estruturação de um Sistema Único de Saúde. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. de S (Org.). **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo, Martinari, 2008, p. 21-60.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, Marcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D`Andrea (orgS.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 240 p.: il.; (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

SIMÃO, E.; ALBUQUERQUE, G. L. de; ERDMANN, A. L. Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns destaques. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 50-59, maio./ago.2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/653/pdf>>. Acesso em: 09 out. 2012.

STARFIELD, B. Cadastro de pacientes e atenção orientada para o paciente ao longo do tempo. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, UNESCO, 2002, p. 247-284. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 15 out. 2012.

VIEIRA, A. M.; *et al.* Trabalho em equipe no programa de saúde da família: integração para a integralidade da assistência. In: SAITO, R. X. de S. (Org.). **Integralidade da Atenção: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva Sujeito-Sujeito**. São Paulo, Martinari, 2008, p. 17-46.

ANEXO A

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º - Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA

SECRETÁRIO

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por <i>Haemophilus</i>	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	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição proteicocalórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	

5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção aguda de vias aéreas superiores	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por <i>Haemophilus influenzae</i>	J14
6,3	Pneumonia por Estreptococos	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	<i>Angina pectoris</i>	I20
11	Insuficiência cardíaca	
11,1	Insuficiência cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças cerebrovasculares	
12,1	Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	<i>Diabetes mellitus</i>	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, 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
14	Epilepsias	

14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no rim e trato urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao pré-Natal e parto	
19,1	Infecção no trato urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0