

**Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Núcleo de Medicina Tropical**

DANYELLE MONTEIRO CAVALCANTE

**INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO
DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO
DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL
REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.**

Brasília – DF

2014

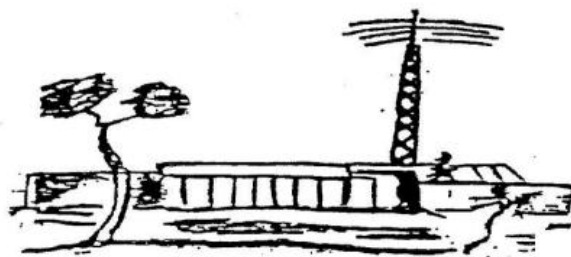
INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM
FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE
INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ,
DISTRITO FEDERAL.

DANYELLE MONTEIRO CAVALCANTE

Dissertação apresentada à no Programa de Pós – Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília para a obtenção do grau de “Mestre”, na área de concentração: Epidemiologia e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Regina Fernandes de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^a. Dra. Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem.



BRASÍLIA – DF

2014

COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Danyelle Monteiro Cavalcante

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Medicina Tropical: Epidemiologia e Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias

DATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

06 de Agosto de 2014

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Elza Noronha Instituição
Universidade de Brasília.

Dr. Pedro Sadi Monteiro Instituição
Universidade de Brasília.

Dr. Mauro Sanchez (suplente)
Universidade de Brasília.

FICHA CATALOGRÁFICA

Cavalcante, Danyelle Monteiro.

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.

Orientadora: Professora Doutora Maria Regina Fernandes de Oliveira
Co-orientadora: Professora Doutora Tânia Cristina Morais Santa Bárbara Rehem

Dissertação de Mestrado (M) - Universidade de Brasília - Faculdade de Medicina - Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical – Epidemiologia, 2014.

DESCRITORES

1. Internação Hospitalar; 2. Doenças Infecciosas; 3. Hospital Regional do Paranoá; 4. Sistema Único de Saúde; 5. ICSAP.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

CAVALCANTE, D. M. INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.

CESSÃO DE DIREITOS

NOME DO AUTOR: Danyelle Monteiro Cavalcante

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO: INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.

GRAU: Mestre **ANO:** 2014

É concedida à Universidade de Brasília permissão para reproduzir cópias desta dissertação de mestrado e para emprestar ou vender tais cópias somente para propósitos acadêmicos e científicos. O autor reserva os outros direitos de publicação e nenhuma parte desta dissertação de mestrado pode ser reproduzida sem a autorização por escrito do autor.

Danyelle Monteiro Cavalcante
(61) 8114 5685
cavalcante.danyelle@gmail.com

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, Otávio e Claudete, por sempre batalharem pelo melhor para os filhos e por terem nos ensinado que a maior riqueza que podíamos ter era o conhecimento. Vocês são minha principal inspiração para persistir e não desistir jamais!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pelo discernimento, pela coragem e força de vontade de enfrentar as adversidades e aproveitar todas as oportunidades que tive na vida;

À Nossa Senhora de Fátima que me mostrou que a fé de fato move montanhas e me deu forças para persistir, mesmo com todas as adversidades; por ter me apresentado a resiliência; por me ter dado a oportunidade de ter minha mãe por mais tempo junto a mim e de minha família, para que eu pudesse aprender a ser uma pessoa melhor;

À Prof.^a Dra. Maria Regina Fernandes de Oliveira, que me aceitou como orientanda e por ter tido paciência comigo ao longo desse tempo. Por ter me mostrado o caminho a seguir, quando tudo parecia difícil, confuso e triste. Obrigada por me ajudar a realizar esse sonho;

À Prof.^a Dra. Tânia Regina Morais Santa Bárbara, pelo apoio, pela solidariedade e disponibilidade, por ter aberto as portas de sua casa para me receber, muitas vezes privando-se de momentos com sua família, para me auxiliar no desenvolvimento desta pesquisa, como co-orientadora;

Ao Núcleo de Medicina Tropical, sua Direção, Professores e Funcionários, pelo compromisso com o ensino e com a pesquisa e pela oportunidades e acolhida dentro da Faculdade de Medicina, dessa Universidade;

À toda a minha família que sempre me apoiou em minhas decisões; pelos ensinamentos e exemplos dados. Aos de longe e aos de perto, que sempre estiveram presentes de alguma forma. Essa conquista dedico também a vocês!

Ao Meu querido ex-chefe, guru e amigo do coração “Paulinho” (Dr. Paulo de Tarso Monteiro Abrahão) por sempre acreditar em meu potencial, pela liberação para iniciar esse mestrado, mesmo quando tudo conspirava contra, pela generosidade, parceria, confiança e amizade;

Aos colegas de trabalho: Ricardo da Rocha Sales, Ricardo Malaguti, Valmira Costa, Anderson Silva, Silesio Rodrigues, Luis Henrique Branquinho, Ana Carolina Silva, Liana Gutierrez, Bárbara Zwetsch, Danielle Zacarias, Karla Marques, Leslie Leite, Franco Nero... pela paciência, tolerância, palavras de consolo e estímulo, além do apoio durante as minhas ausências para participar das aulas, provas e sobretudo na finalização dessa dissertação.

À querida amiga Glaciele Nascimento, pelo incentivo para dar o primeiro passo nesta jornada;

À querida amiga Tatiana Ferreira Nunes de Oliveira Félix, que desde a minha chegada a Brasília me acolheu, me ensinou, deu exemplos e me impulsionou a querer ser a cada dia melhor em minha profissão, nos caminhos acadêmicos e também na vida. Muito Obrigada amiga você não sabe o quanto isso contribuiu e contribui para as minhas escolhas e decisões;

Aos queridos amigos de sempre Tatiana e Alexandre Félix; Daniela e Marcelo Bueno; Luciana Ue; Franklin Campos, Karyn Mumberger, Byanca e Victor Drummond; Isabelle

Portela; Neciula e Paulo Gomes; Ana Paula Formiga e todos que em muitos momentos foram parceiros, ouvintes, conselheiros, companheiros, incentivadores, que me acolheram e me apoiaram, em vários momentos da vida e durante esse mestrado. Cada um da sua forma e a seu tempo me mostrou que eu não estava sozinha, meu muito obrigada pela compreensão nas minhas ausências, e principalmente pela amizade!!

Às queridas amigas Ailana Rodrigues Lira e Joselma Alves da Silva, pela acolhida, apoio e ajuda constante; pelos momentos de bom humor e de amizade verdadeira, que me fizeram rir muitas vezes, quando a vontade era chorar; e por todo o incentivo e apoio, afinal, não é à toa, que vocês são minhas apoiadoras do coração;

À Daniel Kawano Muniz, pessoa que Deus colocou em minha para deixar meus dias mais felizes. Que além de aceitar e compreender a minha ausência e confusão de sentimentos nesse momento tão importante e difícil, e ainda me auxiliou com seus conhecimentos em informática.

Ao colega Henry Maia por todas as vezes, que me apoiou durante as aulas, provas e na fase final do projeto, que sempre me apoiou com palavras de apoio e incentivo;

À querida amiga Annatália Gomes, pela serenidade nos seus ensinamentos e aconselhamentos, por ter me mostrado também a importância da fé em tudo que buscamos para a vida e que me inspira com a sua sensibilidade e conhecimento, além de sempre estimular o meu desenvolvimento acadêmico;

Ao Diretor do Hospital Regional do Paranoá, Dr. Rommel Costa, pela compreensão da importância desta pesquisa e pelo apoio dado por sua equipe;

Em especial aos profissionais da GRCA e NUPROC do Hospital Regional do Paranoá: Vânia M. C. Franco, Lindomar M. de Oliveira, Gilmar C. dos Santos, Antonio Diego V. da Silva e Ana Lucia A. de Melo, que me acolheram tão prestativamente e me auxiliaram na coleta de dados, nas discussões técnicas e na compreensão da organização e processamento dos dados das AIH do hospital;

À todos os meus amigos, mesmo os que agora estão distante, que sempre acreditaram no meu potencial e direta ou indiretamente me impulsionaram a buscar sempre mais;

Ao meu primeiro incentivador `a Saúde Pública, André Luiz Bonifácio de Carvalho, que com sua paixão pelo SUS me contagiou com um “vírus” incurável, em suas aulas de saúde pública, na faculdade;

À querida amiga e grande incentivadora dos meus caminhos no SUS e da vida Geísa Cristina Pereira Campos, que dedica à vida a sua paixão pela causa das Prevenções de Incapacidades em Hanseníase, na Paraíba e no mundo.

Por meus queridos professores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro e Eymard Mourão Vasconcelos por me apresentarem a realidade do SUS de uma forma suave, filosófica, romântica e prazerosa; obrigada pela oportunidade de experimentar a atenção primária, com a equipe piloto do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa/PB; por me levar a Camaragibe/PE e Sobral/CE; e me mostrar que o SUS podia dar certo, se houvesse comprometimento.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB Atenção Básica
ACS Agente Comunitário de Saúde
AIDS Adquired Immunodeficiency Syndrome
AIH Autorização de Internação Hospitalar
APS Atenção Primária a Saúde
AVC Acidente Vascular Cerebral
BSM Brasil Sem Miséria
CAPS Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CID – 10 Classificação Internacional de Doenças, 10ª edição
CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSAP Condições Sensíveis à Atenção Primária
DAB Departamento de Atenção Básica
DATASUS Departamento de Informática do SUS
DF Distrito Federal
DIP Doenças Infecciosas e Parasitárias
DP Desvio Padrão
DTN Doenças Tropicais Negligenciadas
ESF Estratégia Saúde da Família
FUNASA Fundação Nacional de Saúde
GM Gabinete Ministerial
HAS Hipertensão Arterial Sistêmica
HRPA Hospital Regional do Paranoá
HIV Human Immunodeficiency Virus
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC Intervalo de Confiança
ICC Insuficiência Cardíaca Congestiva
ICSAP Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IDB Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil
MS Ministério da Saúde

NOB Norma Operacional Básica do SUS
OMS Organização Mundial de Saúde
ONU Organização das Nações Unidas
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PACS Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF Programa Saúde da Família
RAS Rede de Atenção à Saúde
RIPSA Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RJ Rio de Janeiro
SAD Serviço de Atenção Domiciliar
SAS Secretaria de Atenção à Saúde
SES Secretaria Estadual de Saúde
SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH Sistema de Internações Hospitalares
SIM Sistema de Informação sobre Mortalidade
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SPSS Statistical Package for Social Sciences
SUS Sistema Único de Saúde
UBS Unidade Básica de Saúde
UNICEF Fundo das Nações Unidas pela Infância
UPA Unidade de Pronto-Atendimento
UTI Unidade de Tratamento Intensivo
VPN Valor Preditivo Negativo
VPP Valor Preditivo Positivo

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por especialidades clínicas, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	42
---	----

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 01 – Distribuição das perdas da amostra. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.....	62
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	81
Quadro 2: Diagnósticos de Doenças Infecciosas e Parasitárias Contemplados na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por local de residência, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	27
Tabela 02 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por região do DF, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	28
Tabela 03 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por município referentes ao total de internações registradas no Estado de Goiás, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	29
Tabela 04 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por faixas etárias , no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	31
Tabela 05 — Internações hospitalares segundo o capítulo da CID10, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	32
Tabela 06 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, por região do DF, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	33
Tabela 07 — Distribuição das ICSAP por tempo de permanência, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	34
Tabela 08 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária por faixa etária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	34
Tabela 09 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo grupo de diagnósticos e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	36
Tabela 10 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo especialidade clínica, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	37

Tabela 11 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária segundo tipo de alta, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012..	38
Tabela 12 — Distribuição dos óbitos nas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo faixa etárias, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	39
Tabela 13 — Distribuição dos óbitos segundo grupo de diagnósticos nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	40
Tabela 14 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo faixa etária e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	42
Tabela 15 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupo de diagnósticos sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	44
Tabela 16 — Distribuição das Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo tipo de alta, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012..	45
Tabela 17 — Distribuição dos óbitos nas Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo faixa etárias, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.....	46
Tabela 18 — Óbitos segundo grupo de diagnósticos nas Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.	47
Tabela 19 – Distribuição dos prontuários segundo tipo, quantidade e percentual de perdas da amostra. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.	Error!
Bookmark not defined.	
Tabela 20 - Frequência de diagnóstico ICSAP no prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.	50
Tabela 21 - Frequência de diagnóstico ICSAP concordante AIH e prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.	51
Tabela 22 - Frequência de CID, entre as ICSAP. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.....	52
Tabela 23 — Classificação dos diagnósticos quanto ICSAP e NÃO ICSAP na AIH e no prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá /DF, 2012.....	53

ÍNDICE

RESUMO.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:.....	1
1.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (ICSAP):.....	5
1.3 DOENÇAS INFECCIOSAS:.....	8
1.3.1 DOENÇAS INFECCIOSAS E INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA:.....	12
1.4 USO DO SIH-SUS COMO FONTE DE DADOS SECUNDÁRIOS PARA ANÁLISE DO CENÁRIO HOSPITALAR E DA APS, NO BRASIL.....	13
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 OBJETIVO GERAL:.....	18
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
4.4 DEFINIÇÃO DE CASO:.....	21
4.5 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO DE COORTE CLÍNICA:.....	21
4.5.2 FONTE E COLETA DE DADOS.....	21
4.5.3 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	22
4.6 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO:.....	22
4.6.1 FONTE DOS DADOS E AMOSTRAGEM:.....	22
4.6.2 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS:.....	23
5. RESULTADOS.....	27
5.1 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DESCRITIVO DE COORTE CLÍNICA:.....	27
5.1.1 PERFIL DAS INTERNAÇÕES QUE OCORRERAM NO HRPA.....	27
5.1.2 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE OCORRERAM NO HRPA.....	33
5.1.3 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO HRPA.....	41
5.2 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE VALIDAÇÃO DO SIH/SUS PARA O REGISTRO DE ICSAP.....	48
5.2.1 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO BANCO DE DADOS.....	48
5.2.2 DESCRIÇÃO DAS INTERNAÇÕES SEGUNDO A CID 10.....	49
5.2.3 ESTIMATIVA DE SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DO SIH-SUS.....	52
6. DISCUSSÃO.....	54
7. CONCLUSÕES.....	66
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXO 1.....	81
ANEXO 2.....	84
APÊNDICE I.....	86

RESUMO

Introdução: A atenção primária à saúde deve assumir o papel de coordenadora do cuidado para que o sistema de saúde responda de maneira apropriada às necessidades de saúde da população. Nesse sentido a avaliação e o monitoramento são fundamentais para as adequações necessárias das ações implementadas. Um dos indicadores que vem sendo utilizado no Brasil, com esta finalidade, são as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Trata-se de um indicador composto por 19 grupos de diagnósticos de acordo com a CID10, constituindo a lista brasileira de ICSAP. **Objetivos:** Estudar o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP); analisar o comportamento das doenças infecciosas no escopo dessas internações; e validar o sistema de informações hospitalares quanto ao registro das internações por essas condições, no Hospital Regional do Paranoá Distrito Federal, no ano de 2012. **Metodologia:** Foram realizados dois estudos: epidemiológico descritivo de coorte clínica, utilizando dados das internações do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) a fim de descrever estas internações segundo variáveis selecionadas; e um estudo de validação, no qual foram estimadas a Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) do SIH/SUS para o registro adequado de ICSAP, tendo como padrão ouro o prontuário. Calcularam-se Intervalos de Confiança de 95% para todas as estimativas. Para as análises foram utilizados o Excel®, Tabwin versão 3.5v e o SPSS versão 20. **Resultados:** Foram analisadas 8.171 internações, excluídos nesse total as internações referentes as CID10 O80 e O82. Desses, 4.674 (57,2%) eram do sexo feminino; com média de permanência de 5,6 dias, e com 7.738 (94,70%) registros de residentes no Distrito Federal. Houve 1.604 (19,63%, IC95%= 18,73 a 20,46) ICSAP, com 930 (57,98%) dos registros para o sexo feminino, idade média de 36,7 anos (DP=26,8 anos), e os cinco diagnósticos mais frequentes foram: Infecção do rim e trato urinário (304 - 18,95%), infecção da pele e tecido subcutâneo (167 - 10,41%), gastroenterites infecciosas e complicações (153 - 9,54%), insuficiência cardíaca (151 - 9,41%), e diabetes mellitus (150 - 9,35%). As doenças infecciosas e parasitárias (DIP) representaram 45%, do total de ICSAP e foram a causa principal de internações na faixa etária de 1 a 4 anos (138 - 19,06%) e teve maior representatividade do sexo feminino (471 - 65,06%); no grupo das DIP

ocorreram 28 óbitos e a faixa etária de maior número de óbitos foi nos maiores de 65 anos. No estudo de validação os resultados foram: S de 70,11% (IC95%= 60,48 a 79,72), E de 88,37% (IC95%= 85,56 a 91,23), VPP de 51,69% (IC95%= 42,68 a 60,72) e VPN de 94,34% (IC95%= 92,18 a 96,42). Conclusão: Os achados de ICSAP no Hospital Regional do Paranoá foram similares a outros estudos publicados e destaca-se a frequência de internações por Doenças Infecciosas Parasitárias. O SIH-SUS foi mais específico do que sensível para a condição de ICSAP.

ABSTRACT

Introduction: Primary health care may be in charge of coordinating care assistance so the health system can appropriately meet people's health needs. Evaluation and monitoring are therefore essential for the necessary adaptations on implemented actions. An index currently used in Brazil to serve this purpose is the hospitalization rates for ambulatory care sensitive conditions (ACSCs). This index consists of 19 groups of diagnoses based on ICD-10, representing the Brazilian list of hospital admissions for ACSCs. **Objectives:** To study the profile of hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions; to analyze the behavior of infectious diseases within the scope of hospital admissions; to validate the hospital information system regarding the record of admissions for the aforementioned conditions at *Hospital Regional do Paranoá* (HRPa) in Distrito Federal, Brazil in 2012. **Methodology:** Two studies were conducted: a descriptive epidemiology study of clinical cohort that used data from admissions on the Hospital Information System of the Brazilian Unified Health System (*Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde / SIH-SUS*) in order to classify hospital admissions under selected variables; and a validation study for determining Sensitivity (S), Specificity (Sp), Positive Predictive Value (PPV) and Negative Predictive Value (NPV) of SIH-SUS for proper record of hospital admissions for ACSCs, having medical records as gold standard. All estimates were calculated on 95% confidence intervals. Data were analyzed by Excel®, Tabwin 3.5v and SPSS (version 20) softwares. **Results:** The study analyzed 8171 admissions, excluding from this total admissions regarding ICD-10 O80 and O82. Among those, 4674 patients (57.2%) were female; average length of stay in hospital was 5.6 days and 7738 of them (94.70%) lived in Distrito Federal. There were 1604 hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions (19.63%, 95%CI = 18.73 to 20.46) with 930 records (57.98%) for female patients of mean age 36.7 years (SD = 26.8 years). The five most frequent

diagnoses were: kidney and urinary tract infections (304 – 18.95%), skin and subcutaneous tissue infections (167 – 10.41%), infectious gastroenteritis and complications (153 – 9.54%), heart failure (151 – 9.41%) and diabetes mellitus (150 – 9.35%). Infectious and parasitic diseases (IPD) represented 45% of total hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions, being the leading cause of hospitalizations in the age group 1-4 years (138 – 19.06%) and having greater incidence on females (471 – 65.06%). In the group of IPD 28 deaths occurred; the age group at highest rate of deaths was in adults over 65. Results in the validation study were: S 70.11% (95%CI = 60.48 to 79.72), Sp 88.37% (95%CI = 85.56 to 91.23), PPV 51.69% (95%CI = 42.68 to 60.72) and NPV 94.34% (95%CI = 92.18 to 96.42). **Conclusion:** The findings on hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions were similar to other published studies. The frequency of hospitalizations for IPD may be highlighted. SIS-SUS presented more specificity than sensitivity on the hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions.

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde:

A difusão da noção de atenção primária à saúde (APS) é atribuída ao Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou com a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados (Starfield, 2004).

A Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF) em 1978, resultou na notória Declaração de Alma-Ata, tendo como principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, que todos os povos do mundo atingissem um nível de saúde que lhes permitissem levar uma vida social e economicamente produtiva, até o ano 2000. Os cuidados primários de saúde constituíram a chave para que essa meta fosse atingida (Vuori, 1986).

Essa declaração define os cuidados primários de saúde como cuidados essenciais baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Estes cuidados devem fazer parte tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados, o mais proximamente possível, aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o elemento inicial de um continuado processo de atenção à saúde (Vuori, 1984).

Desde então, a APS tem sido foco de estudos científicos e empíricos, a fim de traçar metas e elaborar estratégias para o fortalecimento desse conceito mais amplo, inclusive no Brasil, que garante isso na Constituição Federal (1988) e com a Lei que cria o Sistema Único de Saúde (Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990).

Existem, no entanto, distintas concepções a respeito do efetivo significado da APS. Em alguns países, esta atenção é interpretada como um programa focalizado e seletivo, que oferta cesta reduzida de serviços, com objetivo de responder a algumas necessidades de grupos populacionais de baixa renda, mesmo sem garantir possibilidade de acesso a outros recursos do sistema. Em vários países europeus e no Canadá, a APS é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema (Conil, 2008 e Lavras, 2011).

A APS vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção de pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como um nível de assistência. O reconhecimento da APS reflete-se na produção científica, tanto no campo nacional quanto internacional, direcionada para discriminar seus princípios e funções essenciais, propor e avaliar estratégias para sua organização e avaliar resultados por ela obtidos (Mendes, 2002).

No Brasil, segundo as normativas, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Tem como norteador os princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (Brasil, 2011c).

Os primeiros passos para a organização desse nível de atenção, no Brasil, foram dados na década de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, fundamentados em experiências estaduais e regionais bem-sucedidas. Dentre estas, referência especial deve ser feita à desenvolvida no Estado do Ceará, a qual estimulou o Ministério da Saúde a criar o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), vinculado à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Este programa foi implantado, inicialmente, na região nordeste seguida da Região Norte (Brasil, 2005).

Em 1993, o PACS abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil agentes comunitários de saúde (ACS) atuando em 761 municípios. Em novembro de 1994, o programa estava implantado em 987 municípios, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, com um total de 33.488 agentes (Brasil, 2005).

Outras experiências como o Programa Médico de Família, desenvolvido a partir de 1992 em Niterói (RJ), deram impulso e influenciaram a decisão do Ministério da Saúde, em iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, visando, entre outros aspectos, a provocar mudanças no modelo de assistência, rompendo com o comportamento passivo das unidades básicas de saúde, melhorando o acesso da população a este nível de atenção (Brasil, 2005; Souza, 2002; Alfradique, 2009 e Lavras, 2011).

De acordo com as novas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a atenção básica, neste estudo abordada como APS, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais e coletivas, com abrangência desde a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, passando pelo diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com a finalidade de uma atenção integral, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde (Brasil, 2011c).

Deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas que incluem além do cuidado, também a gestão. Deve atuar de forma democrática e participativa, com o fortalecimento do trabalho em equipe e a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar o manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, respeitando a vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda necessidade de saúde ou sofrimento deva ser acolhida (Brasil, 2011c).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do SUS, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes (Brasil, 2011c). Inclui, entre suas diretrizes, atributos de coordenação da assistência, centralidade na família, visando à efetivação dos atributos essenciais da APS e

alcançar a resolutividade desejada em face dos principais problemas de saúde da população (Barreto, 2012).

Existem vários estudos evidenciando a saúde da família como uma estratégia importante para ampliação de acesso e uso dos serviços de saúde, redução da mortalidade infantil, melhoria dos indicadores socioeconômicas da população, além de avaliação positiva frente aos usuários, gestores e profissionais de saúde (Mendes, 2009; Varkey, 2008; Bengoa, 2008; OPAS, 2011).

Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD) realizada no ano de 2009 pelo IBGE, 62% das famílias sem rendimento ou com até 1 (um) salário mínimo estão cadastradas junto às equipes de saúde da família; e 63,8% dos domicílios com o(a) chefe da família de até 1 ano de estudo estão sendo atendidas pelas equipes, caracterizando-se assim como uma política de inclusão social e de valorização do cidadão brasileiro, tendo em vista que, historicamente, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), essa população mais carente não tinha acesso aos serviços de prevenção, promoção e atenção à saúde, pois em sua maioria eram oferecidos por serviços privados (Moura, 2010; IBGE, 2010).

É necessário dar ênfase também ao fato da mudança de status de Programa para Estratégia Saúde da Família, o que potencializa o fator reestruturante da forma de atenção à saúde do país. Embora não seja obrigatória a adesão por parte dos municípios, eles são induzidos e atraídos a aderir seja pela forma de financiamento, seja pela procura ou cobrança dos profissionais de saúde e dos usuários (Moura, 2010).

Quanto aos indicadores socioeconômicos, estudo recente aponta que nas regiões mais pobres do país a implementação da ESF está associada com o crescimento do emprego de adultos, redução da fertilidade e aumento da presença de adolescentes na escola (OPAS, 2011).

No entanto, apenas a definição de um marco legal e de uma política pública em saúde, como o exemplo da PNAB e da ESF não garantem necessariamente a sua real aplicação, muito menos a sua efetividade e qualidade (Herzheim, 2006).

Com vistas a essa concepção de efetividade e qualidade da atenção prestada, o

Ministério da Saúde juntamente com o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) vem discutindo a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral direcionado às necessidades de saúde da população. Nessa configuração a atenção básica desempenha um papel fundamental e destaca-se como sendo o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, integrando e coordenando o cuidado dentro da RAS (Brasil, 2010c).

As Redes de Atenção à Saúde caracterizam-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica à Saúde (ABS); centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização por atenção contínua e integral; cuidado multiprofissional; compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (Brasil, 2013a).

Dessa forma, a Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e a define como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010c).

A reorganização das Redes de Atenção à Saúde – RAS tem o intuito de promover uma atenção e cuidados de saúde de forma efetiva, eficiente e com qualidade, com base nos fundamentos de: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção, seguindo as diretrizes de regiões de saúde descritas no decreto nº 7.508/2011, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, o acesso universal, igualitário e ordenado, no qual às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS, sendo elencada a APS como a principal delas (Brasil, 2011c).

1.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP):

No contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como marcadores de resultados da qualidade dos cuidados

primários de saúde e como indicador de acesso ao cuidado ambulatorial. Levando-se em consideração que a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento oportunos de doenças agudas e o controle e acompanhamento de doenças crônicas devem levar à redução das internações hospitalares, o monitoramento desses dados são de extrema importância para a formulação desses indicadores (Alfradique, 2009).

Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings e colaboradores (1990) e representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de Internações hospitalares (Starfield, 2002).

O uso de indicadores de acesso e qualidade da APS foi inicialmente estudado nos Estados Unidos e posteriormente em outros países, sendo valioso para monitoramento e a avaliação das ações de promoção à saúde (Alfradique, 2009).

Esses indicadores tem sido usados no mundo, em diferentes perspectivas. Na Europa, por exemplo, observa-se a preocupação dos autores em relação à correta composição da lista de morbidades sensíveis à APS e a validação dessa lista. Nos Estados Unidos são direcionados a comparações entre usuários portadores de seguros de saúde e os não portadores de seguro de saúde, a fim de verificar o efeito dos serviços de saúde da APS nas internações potencialmente evitáveis (Moura, 2010).

São vários os estudos encontrados na literatura que têm tentado analisar fatores que estariam associados a um maior risco de hospitalização e de certa forma tentam avaliar o papel da atenção primária, como agente indutor da diminuição das Internações hospitalares (Brasil, 2008c; Brasil, 2008d; Alfradique, 2009; Moura, 2010; Fontenelle, 2011; Junqueira, 2011; Rehem, 2011a; Boing, 2012) .

O fundamento principal que sustenta esse indicador é que o monitoramento da taxa de internações por causas sensíveis a atenção primária (ICSAP) demonstraria a eficiência da prestação de serviços por parte da APS, assim como a sua resolutividade. Dessa forma seriam detectados os principais problemas para corrigi-los, promovendo o incremento das medidas preventivas, bem como a melhoria do atendimento a nível ambulatorial, com consequente diminuição das Internações hospitalares (Carminal, 2002; Carminal, 2003a e Carminal, 2003b).

No Brasil, a discussão sobre esse indicador iniciou-se no ano de 2005, com a formação de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, constituído por técnicos do Departamento de Atenção Básica (DAB), gestores e pesquisadores, tomando como parâmetros as experiências nacionais e internacionais desenvolvidas, por exemplo, nos Estados do Ceará, Minas Gerais e no município de Curitiba (Alfradique, 2009 e Moura, 2010).

A elaboração do indicador envolveu várias etapas, dentre as quais, a fase de validação (*face validity*); consolidação e revisão da lista elaborada pelo grupo de trabalho; consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública (Alfradique, 2009).

Para a construção da lista nacional de ICSAP seguiu - se o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras. Conforme esse modelo, as condições de saúde e a APS oportuna e de boa qualidade podem evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Assim, altas taxas de ICSAP indicariam problemas no acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho (Alfradique, 2009).

Em seguida, foi publicada a lista brasileira de ICSAP em abril de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, com dezenove grupos de diagnósticos classificados de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), abrangendo as causas mais frequentes de internações hospitalares no âmbito do SUS (Brasil, 2008c).

A lista brasileira diferencia-se das listas estrangeiras, basicamente, pela presença de um maior número de doenças infecciosas e pela ausência de afecções odontológicas. A primeira razão é devido ao perfil epidemiológico do Brasil, já que, nas listas dos países mais ricos, essas condições não são incluídas pela baixa prevalência e pouca probabilidade de gerarem internações hospitalares. E a segunda em função da maioria dos procedimentos odontológicos, no Brasil, serem realizados no nível ambulatorial e não na APS à época (Alfradique, 2009).

O Ministério da Saúde (MS) define na Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, art. 2º, que a lista brasileira será utilizada como instrumento de avaliação da APS

e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (Brasil, 2008c).

No Brasil, é de grande relevância a avaliação do modelo de APS adotado pela PNAB, na forma da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de monitorar e analisar o seu impacto na promoção, tratamento e prevenção de agravos. Considerando o montante de recurso financeiro empregado e a necessidade de serviços resolutivos justifica-se avaliar os efeitos da ESF. Assim poder-se-ia observar de fato o seu impacto e a sua relevância, por exemplo, na diminuição do fluxo de pacientes às portas de entrada hospitalares (Moura, 2010).

O indicador ICSAP reflete a condição da assistência a determinados grupos da população, assim como as condições de vida e saúde. Uma prova da importância da lista brasileira de ICSAP é que, passados cerca de quatro anos de sua publicação, estudos baseados nos indicadores de acesso e qualidade da atenção já influenciam a política de APS no país e possibilita incrementos capazes de reduzir a hospitalização (Oliveira, 2012).

Diferentes aspectos da validade desse indicador têm sido reiterados, principalmente no sentido da sua utilidade para a identificação de populações com necessidades insatisfeitas, no que se refere à APS. A continuidade da atenção tem sido cada vez mais associada à menor probabilidade de internação por CSAP e maior qualidade da atenção prestada ao usuário (Nedel, 2010). Ao longo da última década as ICSAP se tornaram um valioso instrumento para monitoramento do acesso aos serviços e avaliação da qualidade da APS (Perpétuo, 2007).

1.3 Doenças Infecciosas:

As doenças infecciosas e parasitárias foram responsáveis por 19,3% das mortes, no mundo, no ano de 2011. Nesse grupo, a AIDS, a tuberculose, a diarreia e a malária são as principais causas dos óbitos. Em geral, as crianças de até cinco anos e mulheres grávidas são as pessoas mais vulneráveis às infecções. Em 2009, 40% das mortes de crianças por doenças infecciosas, no mundo todo, ocorreram entre os recém-nascidos, com 28 dias ou menos (WHO, 2012).

Os movimentos de emergência de novas doenças transmissíveis como a AIDS, de ressurgimento, em novas condições, de doenças “antigas” como a cólera ou a dengue, de persistência de endemias importantes como a tuberculose e, de ocorrência de surtos inusitados de doenças como a Febre do Oeste do Nilo nos Estados Unidos demonstram que mesmo países em desenvolvimento, ou desenvolvidos, não estão livres das doenças infecciosas (Brasil, 2004).

A alta frequência de internações por doenças consideradas, geralmente, de fácil prevenção, passíveis de diagnóstico e tratamento, como é o caso das doenças infecciosas, pode refletir tanto a inadequação da assistência a determinados grupos da população, como suas condições de vida e saúde (Oliveira, 2012).

As doenças infecciosas impulsionaram conflitos e geraram a marginalização de muitos indivíduos e comunidades de infectados no passado, podemos citar como exemplo a segregação e o estigma causados pela hanseníase, tuberculose e mais recentemente pela AIDS. O seu impacto é sentido não só na morte de muitos, mas também em altos níveis de morbidade e no impacto sobre as famílias, comunidades e sistemas de saúde, principalmente nos países de menor renda (WHO, 2012).

As organizações internacionais trabalham com a meta de até 2020 reduzir pela metade o número de mortes decorrentes de tuberculose e malária e diminuir em 25% o total de jovens infectados pelo HIV. A contenção dessas epidemias também faz parte das Metas do Milênio da Organização das Nações Unidas – ONU. Estão também no grupo de doenças infecciosas as chamadas doenças negligenciadas, que raramente matam, mas deixam milhares de pessoas com sequelas ou impedidas de realizar as atividades cotidianas. Entre elas estão a dengue, a leishmaniose, a esquistossomose e a hanseníase, enfermidades características de áreas com piores condições de saneamento, sócioeconômicas e de saúde (WHO, 2012).

Acompanhando a tendência mundial, o Brasil, em 2011, definiu um conjunto de endemias que necessitavam de ações específicas para eliminação e/ou redução, utilizando – se da classificação de doenças negligenciáveis da OPAS (2009). Nesse sentido, elencou doenças em que os resultados dos programas nacionais foram considerados insuficientes, como a hanseníase, esquistossomose, filariose linfática, geohelmintíases, oncocercose e tracoma e assumiu o compromisso de eliminação e

redução drástica em conjunto com o programa Brasil Sem Miséria (BSM). Para tal, elaborou o plano integrado de ações estratégicas (2011 a 2015), caracterizado por estratégias de busca ativa e detecção precoce de casos bem como a oferta oportuna de tratamento, além de ações intersetoriais no contexto governamental, tendo em vista que essas doenças tendem a coexistir em áreas em que a população apresenta condições precárias de vida (Brasil, 2012b).

No Brasil, as doenças transmissíveis eram a principal causa de morte, na década de 1930, respondiam a mais de um terço dos óbitos registrados nesses locais. Nos últimos 20 anos, ocorreram alterações significativas no perfil de morbimortalidade, no qual se ressalta uma perda da importância relativa das doenças transmissíveis e infecciosas (Brasil, 2004).

Hoje, há mudanças perceptíveis nesse perfil, sobretudo na distribuição das causas de morte por doenças infecciosas, que se aproxima de um padrão mais próximo do observado em países desenvolvidos (Barreto, 2012).

As melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle fizeram com que esse quadro se modificasse bastante até os dias de hoje. As doenças do aparelho circulatório passaram a ser a principal causa de morte no país a partir da década de 1960, superando a mortalidade por doenças transmissíveis (Brasil, 2004; Malta, 2007).

Assim, devido às alterações no perfil de morbimortalidade no país, houve uma diminuição da importância das doenças transmissíveis, principalmente, a partir do último quarto do século XX, e isso contribuiu para criar uma falsa expectativa de que essas doenças estariam próximas à extinção. Entretanto o seu impacto na morbidade ainda é importante, principalmente aquele produzido pelas doenças para as quais não se dispõe de mecanismos eficazes de prevenção e controle (Brasil, 2005; Paes, 1999).

A idéia de que, naturalmente, todas as doenças transmissíveis seriam erradicadas contribuiu para que, no passado, as ações de prevenção e controle fossem sendo subestimadas na agenda de prioridades em saúde, com evidentes prejuízos para o desenvolvimento de uma adequada capacidade de resposta governamental e com a

perda de oportunidade na tomada de decisão sobre medidas que teriam tido um impacto positivo nessa área (Brasil, 2004).

No que se refere especificamente à morbidade hospitalar, informações provenientes do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS indicam que a proporção de internações por doenças infecciosas tem apresentado valores próximos a 10% do total de internações, sendo mais elevada nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2005).

As DIP têm, ainda, ocupado um papel importante entre as causas de morte no Brasil, tendo representado cerca de 4,57% do total de óbitos no período de 2009 a 2011 segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) e Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB) com grande importância por seu impacto social, uma vez que tem sido diretamente associada à pobreza e à qualidade de vida da população, envolvendo doenças relacionados a condições sócioeconômicas, como: habitação, alimentação e higiene precárias. E por isso, o comportamento das DIP pode servir para avaliar as condições de desenvolvimento de determinada região, pela relação entre níveis de mortalidade e morbidade e condições de vida da população (Brasil, 2012; Paes, 1999).

Ademais, a situação das doenças transmissíveis no Brasil apresenta um quadro complexo, que pode ser resumido em três grupos: doenças transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes (Brasil, 2005).

Para um grande número de doenças transmissíveis, que se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, o Brasil tem colecionado êxitos importantes. Esse grupo de doenças encontra-se em declínio nas taxas de incidência e para esse grupo de doenças a estratégia adotada é a manutenção da situação de controle ou mesmo a erradicação (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Dentre as doenças transmissíveis que apresentam quadro de persistência, destacam-se a tuberculose e as hepatites virais, especialmente as hepatites B e C. Para esse grupo de doenças é necessário o fortalecimento das estratégias adotadas, com maior integração entre as áreas de prevenção e controle e a rede assistencial, de forma a privilegiar o diagnóstico oportuno e o tratamento adequado dos doentes,

visando à interrupção da cadeia de transmissão. Além da necessidade de ações multissetoriais, uma vez que boa parte dessa endemicidade se deve a persistência dos fatores determinantes externos ao setor saúde, e principalmente relacionados ao meio ambiente e condições de vida da população (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Algumas doenças transmissíveis surgiram, ou foram identificadas recentemente ou assumiram novas condições de transmissão, seja devido às modificações das características do agente infeccioso, seja passando de doenças raras e restritas para constituírem problemas de saúde pública, a este grupo dá – se o nome de emergentes e sua principal representante é a AIDS; as reemergentes, por sua vez, são as que ressurgiram, enquanto problema de saúde pública, após terem sido controladas no passado, dentre elas a cólera e a dengue (Brasil, 2005).

É conhecido que a reorganização substancial do sistema de saúde brasileiro tem resultado em notáveis impactos sobre a estrutura e o funcionamento das iniciativas de controle das doenças infecciosas (Barreto, 2012). Acredita-se que a melhoria da qualidade da assistência à saúde, principalmente no que diz respeito ao correto diagnóstico e tratamento dos pacientes, associada ao encaminhamento e adoção das medidas de controle indicadas em tempo hábil, desempenha um papel importante na redução de uma série de doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2005).

1.3.1 Doenças Infecciosas e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária:

A lista brasileira de ICSAP diferencia-se das estrangeiras por apresentar um maior número de doenças infecciosas, o que reflete a preocupação ainda vigente com essas doenças no país, onde ainda coexistem altas prevalência e incidência de várias delas (Alfradique, 2009). Ainda se constituem um problema de saúde pública no Brasil (Barreto, 2012) e muitas delas fazem parte do elenco de CSAP. Significa dizer que se a APS for acessível e efetiva, muitas das internações por causas relacionadas às doenças infecciosas podem ser evitadas, a exemplo das doenças imunopreveníveis, enquanto outras podem ter redução importante na frequência de sua internação.

No estudo de Torres (2011), realizado em um distrito da cidade de São Paulo, em 2008, em um total de 10.616 internações hospitalares analisadas, 1.689 (15.9%) foram resultantes de ICSAP. Dentre estas as de maior frequência foram: pneumonia

bacteriana (17.4%), seguida por infecções renais e do trato urinário (13.6%).

Oliveira (2011) ao estudar as internações, com base na lista de ICSAP, em Maringá e municípios próximos, no ano de 2009, observou que as doenças do aparelho respiratório, as infecciosas e parasitárias e as originadas no período perinatal representaram 81,7% das internações. Entre as doenças do aparelho respiratório, destacam-se a influenza e pneumonias, com 72,1%; e entre as infecciosas e parasitárias, as doenças infecciosas intestinais foram as mais frequentes, com 36,4%.

Em outro estudo realizado no Brasil também foi evidenciado que as doenças respiratórias e as infecciosas e parasitárias foram as causas mais frequentes das internações, por ICSAP, com 40,3 e 21,6%, respectivamente, com destaque para as Regiões Norte e Nordeste, onde esses percentuais foram mais elevados (Moura, 2010).

Muitas das doenças infecciosas que compõem a lista das ICSAP são facilmente preveníveis ou tratáveis, mas mesmo que essas condições não fossem sensíveis, não deveriam resultar em internações se a atenção ambulatorial fosse oportuna e apropriada, pois geralmente podem ser manejadas em ambulatório e apenas por falta de assistência oportuna podem levar a complicações, requerendo internação (Alfradique, 2009).

1.4 Uso do SIH-SUS como fonte de dados secundários para análise do cenário hospitalar e da APS, no Brasil.

Estudos de morbidade hospitalar no Brasil têm sido possíveis com a utilização do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O SIH/SUS tem suas origens na década de 1970 e foi implantado com o propósito de controlar o pagamento dos serviços prestados pelos hospitais contratados. Tem como principal objetivo organizar o processo de remuneração das internações hospitalares financiadas pelo SUS e por isso possui uma grande base de dados, abrangendo todas as atividades do setor, seja da rede hospitalar pública, seja da rede privada ou filantrópica, conveniada com o SUS em todo o país (Brasil, 2005).

O SIH/SUS constitui-se, hoje, na única fonte nacional de informações sobre morbidade hospitalar e mesmo sendo uma fonte secundária para essa informação,

algumas aplicações do SIH/SUS na pesquisa em Saúde Pública têm sido apontadas. Dentre essas, ressaltam-se a descrição do padrão de morbidade e mortalidade hospitalar; a avaliação do desempenho da assistência hospitalar; a vigilância epidemiológica; bem como a validação de outros sistemas de informação em saúde (Lobato, 2008). O estudo das internações é também concebido como um indicador de vigilância dos serviços de saúde (Alfradique, 2009 e Moura, 2010).

Embora o SIH/SUS tenha sido criado com o objetivo de viabilizar o pagamento aos hospitais públicos e privados conveniados é muito útil em estudos epidemiológicos, ampliando a possibilidade de produção de conhecimento no campo da saúde (Bittencourt, 2006). É uma importante fonte de informação por registrar em torno de 70% das internações hospitalares realizadas no país e por possibilitar a geração de indicadores, tais como: mortalidade hospitalar geral, ou por alguma causa; taxa de utilização por faixa etária e/ou sexo; índice de hospitalização por faixa etária e/ou sexo; índice de gasto com hospitalização por faixa etária e/ou sexo; tempo médio de permanência geral ou por alguma causa específica; gastos por internação; proporção de internação por causa; e utilização de UTI entre outros (Brasil, 2004).

É importante ressaltar, no tocante à avaliação da cobertura do SIH, que esse sistema contempla as internações realizadas tanto na rede pública e conveniada com o SUS e a cobertura está entre 70 e 80% do universo de internações hospitalares ocorridas na população, variando em função dos níveis de complexidade dos procedimentos realizados. No entanto, há problemas com o preenchimento das informações, o sistema não identifica reinternações, nem a transferência para outros hospitais ocasionando a contagem dupla de um mesmo paciente (Lessa, 2000).

Quanto à captação da magnitude e distribuição de doenças na população, seu desempenho é potencialmente heterogêneo e limitado por uma série de fatores, tais como variação na qualidade dos dados, especialmente se comparadas diferentes unidades hospitalares; reduzida disponibilidade de informação clínica na AIH e precário preenchimento da variável Diagnóstico Secundário (codificação opcional na AIH); cobertura abaixo de 90% do território nacional e discrepância na facilidade de acesso entre diferentes regiões (Lobato, 2008).

Um dos métodos utilizados para avaliar sistemas de informação são os estudos de

validação de critério. Essas validações adotam uma fonte de dados como padrão-ouro, o que permite a obtenção de medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos. A escolha da fonte de dados que será considerada como padrão-ouro depende da variável em estudo (Almeida, 2006).

As informações dos prontuários hospitalares são frequentemente utilizadas como referência para as avaliações do SIH/SUS, tanto em estudos nacionais, como internacionais. Podem também ser utilizadas informações obtidas em entrevistas individuais para realizar essa comparação com os dados dos sistemas de informação (Rehem, 2011a; Rehem, 2011b e Rehem, 2013).

É importante destacar que, dado que as informações constantes do SIH/SUS serão utilizadas em estudos avaliativos sobre a APS a partir do indicador ICSAP, faz-se necessária a validação do sistema para esse conjunto de causas e alguns estudos nesse sentido já foram realizados no Brasil é o caso do estudo de Rehem (2011a) em São Paulo, de Lobato (2008) no Rio de Janeiro e de Drumond em Minas Gerais (2008).

CAPÍTULO II

2. JUSTIFICATIVA

Uma APS resolutiva e efetiva reduz o número de internações por CSAP, apenas realizando as atividades próprias do seu nível de atenção, como: a promoção à saúde, com cuidados relacionados a melhoria da qualidade de vida, além de prevenção de doenças, o diagnóstico oportuno, com o tratamento adequado de doenças agudas e ações de controle e monitoramento de doenças crônicas, prevenindo complicações que levam a essas hospitalizações (Brasil, 2008c).

Tendo em vista o impacto da APS na redução das internações por CSAP em vários países e da existência de listas que norteiam essa análise, surgiu a necessidade da criação de uma lista brasileira que refletisse as condições de saúde e doenças no território, somada à possibilidade de utilização dos sistemas de informações de saúde, que pudessem fornecer indicadores hospitalares para serem utilizados como uma medida, mesmo que indireta, do funcionamento da APS e da Estratégia Saúde da Família no país. No contexto de uma lista brasileira de CSAP publicada pelo ministério da saúde em 2008, algumas doenças infecciosas que ainda constituem um problema de saúde pública no Brasil (Barreto, 2012) e que são preveníveis e de manejo acessível, integraram a lista nacional.

Considerando que dos 19 grupos de causas que compõem a Lista Brasileira de ICSAP, nove grupos (anexo 2) envolvem doenças infecciosas, a realização deste estudo justifica-se no sentido de conhecer o comportamento das ICSAP e das doenças infecciosas no conjunto dessas internações, incluindo o óbito, o que pode refletir o acesso e a efetividade dos usuários aos serviços de APS, em uma Região Administrativa do DF, em um ano-calendário.

As internações necessitam estar expressas o mais fidedignamente no SIH/SUS, de modo a subsidiar os gestores do SUS para traçar estratégias de enfrentamento dos problemas relacionados às ICSAP. É importante avaliar a qualidade dessa informação registrada na AIH e estudo de validação dessas informações fornece a acurácia do sistema hospitalar quanto ao registro adequado da condição de ICSAP. E por isso o uso da lista brasileira de ICSAP pode ser limitado para a avaliação da APS, se a AIH não refletir o diagnóstico da internação, sendo assim, os estudos de ICSAP requerem

uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados hospitalares, como a observação dos prontuários, além dos dados informados nas AIH (SIH/SUS) (Alfradique, 2009; Moura, 2010).

Considerando que estas internações devem estar expressas no SIH/SUS, torna-se essencial a realização do estudo de validação deste sistema para verificar em que medida os diagnósticos presentes na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) refletem aquelas registradas no Prontuário.

Assim, este estudo descreve a frequência de ICSAP, com foco nas doenças infecciosas que compõem a lista brasileira, no ano de 2012, produzindo conhecimento sobre a magnitude do problema; e estima a acurácia do SIH-SUS quanto ao seu registro. É realizado no Hospital Regional do Paranoá (HRPA) - hospital que é *locus* de ensino-aprendizagem-atenção à saúde, onde são realizadas atividades em parceria com a Universidade de Brasília (UNB), contribuindo com a produção de informações epidemiológicas para o território de atuação da UnB.

Assim, o estudo poderá contribuir para: 1) conhecimento da produção de internações hospitalares por causas evitáveis no HRPa, com foco nas doenças infecciosas; 2) diagnóstico da acurácia do SIH-SUS para essas causas; e 3) fornecer subsídios para o planejamento e gestão dos serviços de APS na Regional de Saúde do Paranoá e da gestão hospitalar.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Estudar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) - com ênfase em doenças infecciosas e no sistema de informações hospitalares quanto ao registro das internações por essas condições, no Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Distrito Federal, no ano de 2012.

3.2 Objetivos Específicos:

- a. Descrever o perfil clínico e epidemiológico dos pacientes internados por condições sensíveis à atenção primária e demais causas de internação, com ênfase nas doenças infecciosas;
- b. Validar o SIH-SUS estimando sensibilidade (S), especificidade (E), valor preditivo positivo (VPP), valor preditivo negativo (VPN) com relação às ICSAP, tendo como padrão ouro o prontuário hospitalar.

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo:

Trata-se de uma pesquisa que utilizou métodos quantitativos em dois diferentes estudos: um estudo epidemiológico descritivo de coorte clínica e um estudo epidemiológico de validação de critério.

4.2 Local do Estudo:

O estudo foi realizado no Hospital Regional do Paranoá (HRPa), localizado na região Administrativa do Paranoá, Quadra 02, conjunto K, área especial, no Distrito Federal. Trata-se de uma instituição de gestão do Distrito Federal, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde, subordinado à administração direta da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) com o número 2645157.

O hospital possui 211 leitos cadastrados para especialidades clínicas (clínica geral), cirúrgicas (ginecologia, orto-traumatologia e cirurgia geral), Obstétrica (cirúrgica e clínica), pediatria clínica, além de Unidade de Terapia Intensiva (adulto), Unidade Intermediária Neonatal e Isolamentos.

É classificado como Hospital Geral no SCNES, embora, apresente alta complexidade com habilitação na Linha de Cuidado do Trauma e Unidade de Terapia Intensiva, conforme nomenclatura da portaria GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (Brasil, 2011d).

A Regional de Saúde do Paranoá é constituída de um hospital regional, Hospital Regional do Paranoá – HRPa, dois centros de saúde, sendo um no próprio Paranoá, o Centro de Saúde Nº 01, que abrange todas as quadras do Paranoá - menos a quadra 18 - Capão da Onça, Sobradinho dos Melos, Capão da Erva, Boqueirão e Altiplano Leste; e o Centro de Saúde do Itapoã. Com duas equipes de atenção domiciliar, sendo 01 equipe multiprofissional de atenção domiciliar (EMAD) e 01 equipe multiprofissional de apoio a atenção domiciliar (EMAP), 01 equipe de ESF, 04 equipes rurais de ESF (Capão Seco, Cariru, Jardim II e Itapuã) e 02 unidades básicas de saúde (UBS), sendo

uma na quadra 18 e outra na área rural de Café sem Tronco, conforme informações contidas no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) e SCNES.

Possuem também um Centro de Atenção Psicossocial II - CAPS II, que abrange: Paranoá, Itapoã - Del Lago e Fazendinha, zonas rurais e São Sebastião, Sobradinho, Lago Sul e Lago Norte e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD.

O Hospital Regional do Paranoá (HRPa) é porta aberta de urgência, e por isso presta atendimento emergencial por demanda espontânea e/ou regulada pelo SAMU 192 e Corpo de Bombeiros nas áreas de pediatria, clínica médica, cirurgia geral e ginecologia e obstetrícia. Tem 42 leitos disponíveis no pronto-socorro (porta de entrada) destinados a internação.

Em relação ao serviço de diagnóstico possui atendimento de urgência, e referenciado no setor de RX/ecografia e um laboratório de análises clínicas. Possui ambulatório de egressos e demanda referenciada da rede, com regulação ambulatorial nas especialidades: acupuntura, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia ginecológica, climatério, dermatologia, endocrinologia, endocrinologia pediátrica, gastropediatria, geriatria, gerontologia, infante puberal, infectologia, mastologia, neurologia, neurologia pediátrica, obesidade pediátrica, odontologia, oftalmologia, oncologia ginecológica, ortopedia, ostomizados, pequena cirurgia, planejamento familiar, pneumopediatria, psicologia, psiquiatria, reumatologia, urologia. A emergência atende clínica médica, pediatria, ortopedia, ginecologia e obstetrícia e possui 28 leitos de observação para as especialidades de clínica médica, ginecologia, obstetrícia e cirurgia e 14 para a pediatria, conforme consta no sítio eletrônico da secretarias de saúde do DF.

4.3 População do Estudo:

Pacientes internados no HRPa, no período de 01 de Janeiro a 31 de dezembro de 2012, tendo em vista que este ano era o último ano com dados já fechados, no Sistema de informações Hospitalares (SIH/SUS), quando do começo da análise.

4.4 Definição de Caso:

Foram consideradas como casos de ICSAP as internações que tiveram diagnósticos contemplados na Lista Brasileira de ICSAP com base na CID 10 (Anexo1), publicada como anexo da portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

A partir da Lista Brasileira de ICSAP foram selecionadas os diagnósticos referentes às doenças infecciosas (Anexo 2), para a definição de internação por ICSAP devido a esse grupo de doenças.

4.5 Estudo epidemiológico descritivo de coorte clínica:

Para a realização desse estudo foram analisadas todas as internações realizadas no HRPa no ano de 2012, considerando-se o tempo de permanência e o tipo de alta hospitalar.

A partir do levantamento dessas internações foi descrito o perfil dos pacientes internados por CSAP e pelas demais causas NÃO ICSAP que ocorreram no HRPa, com base em variáveis e indicadores selecionados.

Foram excluídas as internações por partos, CID O80 e O82, considerando que não se configuram como doenças.

4.5.1 Variáveis estudadas:

- Idade;
- Sexo;
- Local de Residência;
- Grupos de Diagnóstico;
- Tempo de Internação (em dias);
- Especialidades Clínico-cirúrgicas;
- Tipo de Internação (eletiva/emergência);
- Tipo de Alta (óbito, cura, outros).

4.5.2 Fonte e coleta de dados

Os dados utilizados neste estudo foram gerados, a partir de um conjunto de registros de todas as internações ocorridas no HRPa, no período de 01 de Janeiro a 31 de dezembro de 2012.

O SIH/SUS foi utilizado como fonte de dados para a descrição das internações. Para maior confiabilidade foram utilizados dados de contas pagas ao hospital, comprovando-se que, efetivamente, a internação ocorreu.

Os parâmetros para elaboração do perfil das ICSAP foram obtidos com base na Lista Brasileira de ICSAP, composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 - com três dígitos (Anexo 1).

4.5.3 Processamento e análise dos dados

Para a identificação das ICSAP no SIH/SUS, foi gerado um arquivo de definição (DEF) para tabulação a partir da seleção das causas de internações por meio dos respectivos códigos. O aplicativo Tabwin — Versão 3.6 — desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS também foi utilizado, e a partir da tabulação os dados foram transferidos para o excel ® para o processamento dos dados.

No processamento e análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e calculadas as frequências absolutas e relativas; para variáveis quantitativas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. Os resultados foram organizados, classificados e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

Os procedimentos analíticos foram realizados por meio do aplicativo estatístico SPSS® 20, versão 20 (SPSSStatistics20, 2011, IBM - Estados Unidos).

4.6 Estudo epidemiológico de validação de critério:

Foram estimadas as seguintes medidas: Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) do SIH/SUS para o registro adequado de ICSAP, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% (IC95%), em comparação ao prontuário do HRPa, que foi o padrão-ouro.

4.6.1 Fonte dos dados e amostragem:

As fontes de dados para o estudo de validação foram os 8.171 prontuários das internações do ano de 2012, excluindo – se as internações referentes aos CID 080 e

088, referentes a partos e seus respectivos pares de AIH. Para a análise, foram considerados os grupos de diagnósticos ICSAP e as demais causas de internações.

A amostragem foi aleatória simples e no cálculo para definição do número amostral, foi utilizada a fórmula descrita a seguir, para cálculo de amostra para uma proporção com população finita:

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{[d^2(N-1)] + (z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Onde:

p= proporção esperada.

q = p-1.

d = Erro amostral = semi-amplitude do IC.

Z = 1,96 para α 0,05 e IC 95%.

N = tamanho da população.

Os parâmetros utilizados para os valores de sensibilidade e especificidade, foram, respectivamente, 0,75 e 0,93, baseados nos valores inferiores dos respectivos intervalos de confiança a 95% dos resultados do estudo de Rehem (2011a) e foi considerada a precisão de 0,04.

Para a estimativa da sensibilidade do SIH, o número amostral (n) estimado foi de **426** prontuários. Assumindo-se a possibilidade de 20% de perdas, o número amostral final foi de **512** prontuários. Para a estimativa da especificidade, foi estimado o número amostral (n) de 100 prontuários e considerando-se 20% de perda, **184** prontuários. Os 696 prontuários foram sorteados por meio de lista de números aleatórios tendo como código para o sorteio, o número da AIH.

Foi utilizado o software SPSS® 20, para a geração da lista de números aleatórios e os cálculos amostrais foram realizados no aplicativo Excel ®.

4.6.2 Processamento e análise dos dados:

Para realização deste estudo, foram percorridas as mesmas etapas desenvolvidas no estudo de validação elaborado por Rehem (2011a), quais sejam:

1. Foi desenvolvido um banco de dados, utilizando o aplicativo Access, para a entrada dos dados da AIH e do Prontuário, contemplando as seguintes variáveis para linkage: número da AIH; sexo e data de nascimento;

2. Foi considerado para o estudo o diagnóstico principal, por ser aquele que, pela avaliação clínica, é considerado como causa da admissão no hospital e a CID correspondente, registrada pelo médico no relatório de alta no prontuário;
3. As informações procedentes da AIH como número, sexo e data de nascimento, necessárias para *linkage* com as informações do prontuário, e, conseqüentemente, para eleição do par para o estudo, foram inseridas no banco de dados, previamente, a partir do SIH/SUS, antes do início da coleta dos dados nos prontuários no hospital;
4. As informações procedentes da AIH a respeito do diagnóstico e da CID-10 correspondente só foram inseridas no banco de dados posteriormente, a partir do SIH/SUS, após o término da coleta dos dados nos prontuários no hospital (especialmente o diagnóstico/CID-10), de forma a evitar que, na dúvida quanto ao registro do diagnóstico pelo médico no prontuário, se verificasse o diagnóstico inserido no banco de dados procedente da AIH;
5. As informações sobre o diagnóstico principal e a CID registrado no prontuário foram coletadas da aba ALTA MÉDICA, do sistema do prontuário eletrônico utilizado em todas os hospitais da secretaria de saúde do Distrito Federal, “software” privado, denominado “Trak Care”, que integra o prontuário e que é preenchido pelo médico assistente do paciente (interSystems Corporation, 2012);
6. No momento da coleta dos dados no prontuário, foram considerados apenas o diagnóstico por extenso que estivesse nessa aba ALTA MÉDICA, uma vez que na aba ADMISSÃO também possui descrito o diagnóstico;
7. Nos casos em que foram observadas a inexistência de descrição do diagnóstico por extenso na aba ALTA MÉDICA, não foi considerado esse dado e conseqüentemente o prontuário entrou para o critério de exclusão, de forma a garantir a fidedignidade;

8. Nos casos em que a AIH se referia a atenção domiciliar não havia inclusão desse atendimento no prontuário eletrônico, pois essa modalidade de atenção ainda não foi inserida e não registra os atendimentos em prontuário, nesses casos também o prontuário entrou para o critério de exclusão, pois não havia dado a ser coletado;
9. Nos casos em que a AIH se referia a vasectomia, procedimento cirúrgico que não gerava internação naquele hospital, mas que havia registro de AIH para a cobrança do procedimento eletivo, também não havia registro do atendimento em prontuário, apenas descrição do procedimento cirúrgico, sem aba de ALTA MÉDICA, conforme esse sistema utilizado, nesses casos também o prontuário entrou para o critério de exclusão, pois não havia dado a ser coletado;
10. Foram considerados prontuários elegíveis para o estudo aqueles que coincidiram as informações constantes na AIH e no prontuário, referentes ao número da AIH, sexo e data de nascimento - Linkage;
11. Para a redução no número de perdas no estudo, no que diz respeito à localização do prontuário, utilizou-se também como recurso, além das variáveis de linkage, a comparação entre o nome da mãe e do paciente e nome da mãe, entre prontuário e AIH.
12. Foram consideradas como perdas no estudo as seguintes situações:
 - Discordância de SEXO considerando a AIH/prontuário;
 - Sexo não coletado no prontuário (falha na coleta);
 - Discordância de DATA DE NASCIMENTO, considerando a AIH/prontuário;
 - Internação não registrada no prontuário eletrônico;
 - Diagnóstico principal não registrado na aba de alta médica;
 - Mais de um diagnóstico principal, diferentes entre si;
 - Diagnóstico principal não identificado na CID-10;
 - Diagnóstico de admissão assumido como principal, por falta de preenchimento do diagnóstico na alta médica (o diagnóstico de

admissão é mais uma suspeita diagnóstico do que o verdadeiro diagnóstico. Na AIH, o diagnóstico informado é o diagnóstico de alta e não de admissão);

- Situações descritas nos itens 8 e 9 acima.

12. Após a finalização da coleta dos dados no prontuário, foram inseridas as informações referentes à AIH, no banco do ACCESS, procedentes do SIH/SUS,

13. Após a inserção de todas as informações, de acordo com os procedimentos relatados, foi realizada a análise das informações e estimadas a sensibilidade, especificidade, VPP e VPN e calculados os seus respectivos IC95%.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

5.1 Estudo epidemiológico descritivo de coorte clínica:

5.1.1 PERFIL DAS INTERNAÇÕES QUE OCORRERAM NO HRP

No ano de 2012 ocorreram 9.993 internações no HRP. Excluindo as internações por partos correspondentes às CID 080 e 082, o total de internações, no mesmo período, foi de 8.171 (81,76%), com média de permanência de 5,6 dias.

Quanto à procedência dos pacientes internados, 7.738 (94,70%) foram de pacientes residentes no Distrito Federal; seguidos pelos pacientes do Estado de Goiás, com 292 (3,57%) registros e em terceiro lugar o Estado de Minas Gerais com 124 registros (1,52%) (Tabela 01).

Tabela 01 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por local de residência, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Estado de Residência	Número Absoluto	%
Distrito Federal	7.738	94,7
Goiás	292	3,57
Minas Gerais	124	1,52
Bahia	8	0,1
Alagoas	4	0,05
Paraná	2	0,02
Ceará	1	0,01
Amapá	1	0,01
Amazonas	1	0,01
Total	8.171	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao analisar os pacientes procedentes do DF, verifica-se que 6.464 (79,11%) foram procedentes do próprio Paranoá; 811 (9,93%) de São Sebastião e 103 (1,26%) de Brasília (Tabela 02).

Tabela 02 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por região do DF, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Regiões do DF	Número absoluto	%
Paranoá	6.464	83,54
São Sebastião	811	10,48
Brasília	103	1,33
Lago Norte	71	0,92
Sobradinho	67	0,87
Ceilândia	37	0,48
Lago Sul	37	0,48
Samambaia	30	0,39
Taguatinga	25	0,32
Gama	20	0,26
Guará	15	0,19
Santa Maria	15	0,19
Recanto das Emas	12	0,16
Riacho Fundo	12	0,16
Brazlândia	8	0,10
Cruzeiro	7	0,09
Núcleo Bandeirante	4	0,05
Total	7.738*	100,00

* Incluídos apenas os pacientes do Distrito Federal.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dentre os residentes no Estado de Goiás, considerando-se o número de pacientes e de municípios com mais de 70% das internações, destacam-se os municípios próximos a Brasília e municípios do entorno. A distribuição encontrada foi de 53,08% (155) pacientes residentes em Planaltina/GO, 11,64% (34) residentes em Cristalina e 8,22% (24) residentes na Cidade Ocidental, conforme descrito abaixo (Tabela 03).

Tabela 03 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por município referentes ao total de internações registradas no Estado de Goiás, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

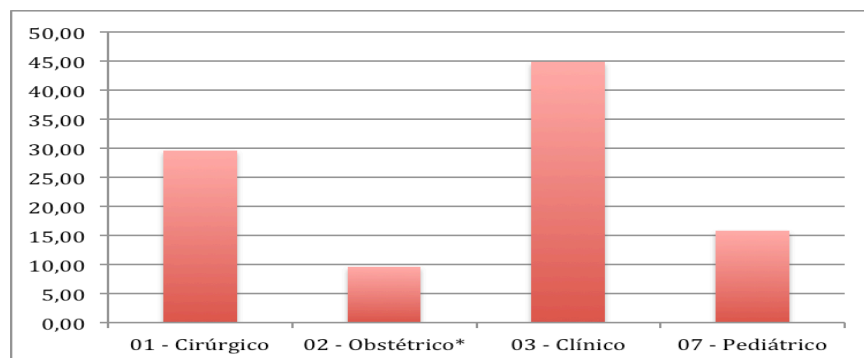
Municípios do Goiás	Frequência	%
Águas Lindas de Goiás /GO	3	1,03
Alto Paraíso de Goiás /GO	2	0,68
Anápolis/GO	1	0,34
Aparecida de Goiânia/GO	2	0,68
Cabeceiras/GO	1	0,34
Campos Belos/GO	1	0,34
Cavalcante/GO	1	0,34
Cidade Ocidental/GO	24	8,22
Cristalina/GO	34	11,64
Flores de Goiás/GO	1	0,34
Formosa/GO	16	5,48
Goiânia/GO	2	0,68
Goiás/GO	3	1,03
Iaciara/GO	1	0,34
Itumbiara/GO	1	0,34
Luziânia/GO	14	4,79
Monte Alegre de Goiás/GO	1	0,34
Novo Gama/GO	8	2,74
Padre Bernardo/GO	4	1,37
Planaltina/GO	155	53,08
Santo Antônio do Descoberto/GO	7	2,40
Teresina de Goiás/GO	1	0,34
Valparaíso de Goiás/GO	9	3,08
Total	292*	100,00

* Incluídos apenas os pacientes do Goiás.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Observando-se o perfil das internações, por especialidades clínicas, verifica-se que a clínica médica foi a que mais recebeu pacientes no ano de 2012, com 3.666 (44,87%) internações (Figura 1).

Figura 1 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por especialidades clínicas, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.



* excluído os partos.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No ano de 2012 a idade média dos pacientes internados foi de 33,03 anos (DP = 22,2 anos). Houve 901 (11,03%) internações de pacientes com mais de 65 anos, com predominância do sexo feminino nessa faixa etária, com 536 (59,49%) internações. Seguidos pelos pacientes na faixa de 20 a 24 anos, com 880 (10,77%) internações, com 645 (73,30%) do sexo feminino; e na faixa etária de 25 a 29 anos, houve 843 (10,32%) internações, também com predominância de registros para o sexo feminino, com 595 (70,58%) do total de internações para essa faixa etária (Tabela 04).

Tabela 04 — Distribuição das internações registradas no SIH/SUS por faixas etárias , no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Número Absoluto	%
< 1 ano	289	3,54
1 a 4 anos	584	7,15
5 a 9 anos	408	4,99
10 a 14 anos	334	4,09
15 a 19 anos	715	8,75
20 a 24 anos	880	10,77
25 a 29 anos	843	10,32
30 a 34 anos	801	9,80
35 a 39 anos	657	8,04
40 a 44 anos	481	5,89
45 a 49 anos	427	5,23
50 a 54 anos	305	3,73
55 a 59 anos	301	3,68
60 a 64 anos	245	3,00
65 anos e mais	901	11,03
TOTAL	8.171	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No ano estudado, as cinco principais causas de internação foram: 1) lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas em 1.584 (19,39%) internações; 2) gravidez, parto e puerpério nas condições classificadas em outros códigos que não as CID O80 e O82 em 1.501 (18,37%); 3) doenças do aparelho respiratório em 906 (11,09%); 4) doenças do aparelho digestivo em 833 (10,19%); e 5) doenças do aparelho geniturinário em 578 (7,07%) registros (Tabela 05).

Tabela 05 — Internações hospitalares segundo o capítulo da CID10, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Diagnóstico por Capítulo da CID10	Códigos da CID10	Número absoluto	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	A00-B99	483	5,91
II. Neoplasmas [tumores]	C00-D48	161	1,97
III. Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	D50-D89	52	0,64
IV. Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	E00-E90	229	2,80
V. Transtornos mentais e comportamentais	F00-F99	7	0,09
VI. Doenças do sistema nervoso	G00-G99	238	2,91
VII. Doenças do olho e anexos	H00-H59	0	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	H60-H95	17	0,21
IX. Doenças do aparelho circulatório	I00-I99	479	5,86
X. Doenças do aparelho respiratório	J00-J99	906	11,09
XI. Doenças do aparelho digestivo	K00-K93	833	10,19
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	L00-L99	202	2,47
XIII. Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	M00-M99	293	3,59
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	N00-N99	578	7,07
XV. Gravidez, parto e puerpério	O00-O99	1501	18,37
XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal	P00-P96	278	3,40
XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	Q00-Q99	43	0,53
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	R00-R99	38	0,47
XIX. Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas	S00-T98	1584	19,39
XX. Causas externas de morbidade e de mortalidade	V01-Y98	0	0,00
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	Z00-Z99	249	3,05
Total		8.171	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.1.2 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA QUE OCORRERAM NO HRP

Em 2012 houve 1.604 (19,63%, IC95%= 18,73 a 20,46) internações por ICSAP no HRP, entre as 8.171 internações estudadas. Dentre as internações por ICSAP, 1.554 (96,88%) foram de pacientes residentes no DF, e, dentre estas, cerca de 85% são do Paranoá/DF, região onde o hospital está localizado (Tabela 06).

Tabela 06 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária, por região do DF, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Regiões do DF	Frequência	% (Total de ICSAP)
Paranoá/DF	1.365	87,84
São Sebastião/DF	124	7,98
Brasília/DF	18	1,16
Lago Norte/DF	10	0,64
Sobradinho/DF	9	0,58
Lago Sul/DF	6	0,39
Riacho Fundo/DF	5	0,32
Samambaia/DF	4	0,26
Guara/DF	3	0,19
Ceilândia/DF	2	0,13
Cruzeiro/DF	2	0,13
Gama/DF	2	0,13
Taguatinga/DF	2	0,13
Brazlândia/DF	1	0,06
Recanto das Emas/DF	1	0,06
Total	1.554*	100,00

* Incluídos apenas os pacientes do DF.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

A média de permanência das ICSAP foi de 5,61 dias (DP = 11,39 dias). Entretanto, cerca de 63% dos pacientes internados por ICSAP permaneceram no hospital por no máximo três dias (Tabela 07).

Tabela 07 — Distribuição das ICSAP por tempo de permanência, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Tempo de Permanência	Frequência	%
Até 3 dias	1.012	63,09
4 a 7 dias	317	19,76
8 a 15 dias	155	9,66
16 a 30 dias	72	4,49
31 a 60 dias	43	2,68
61 a 90 dias	3	0,19
Maior que 90 dias	2	0,12
TOTAL	1.604	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quanto à frequência das ICSAP segundo sexo, 930 (57,98%) internações foram em pacientes do sexo feminino. A idade média dos pacientes internados por CSAP foi de 36,74 anos (DP = 26,81 anos). Segundo a faixa etária, independentemente da causa, observa – se maior frequência de internações por ICSAP em pacientes com mais de 65 anos (329 - 20,51%); seguidos por crianças, com mais de um ano e menos de quatro anos (217 - 13,53%) (Tabela 08).

Tabela 08 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária por faixa etária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Frequência	%
<1 ano	15	0,94
1 a 4 anos	217	13,53
5 a 9 anos	126	7,86
10 a 14 anos	79	4,93
15 a 19 anos	117	7,29
20 a 24 anos	103	6,42
25 a 29 anos	86	5,36
30 a 34 anos	79	4,93
35 a 39 anos	79	4,93
40 a 49 anos	70	4,36
45 a 49 anos	55	3,43
50 a 54 anos	69	4,30
55 a 59 anos	78	4,86
60 a 64 anos	102	6,36
65 e mais	329	20,51
Total	1.604	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

No ano estudado, os seis principais grupos de causas de ICSAP foram: 1) infecção do rim e trato urinário: 304 (18,95%); 2) infecção de pele e tecido subcutâneo: 167 (10,41%); 3) gastroenterites infecciosas e complicações: 153 (9,54%); 4) insuficiência cardíaca: 151 (9,41%); 5) diabetes mellitus: 150 (9,35%); e 6) doenças das vias aéreas inferiores: 131 (8,17%). Essas causas foram responsáveis por quase dois terços (65,84%) do total de ICSAP registradas.

O grupo das infecções do rim e trato urinário foi a primeiro entre as causas de internações por ICSAP, além de ser a primeira causa das ICSAP, no sexo feminino com 263 (28,82%) registros, seguido de insuficiência cardíaca com 92 casos (9,89%) e diabetes mellitus com 84 casos (9,03%), ambas com predomínio, também, para o sexo feminino. Quanto ao sexo masculino, houve destaque em relação às infecções da pele e tecido subcutâneo com 99 internações (14,69%) (Tabela 09).

Tabela 09 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo grupo de diagnósticos e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Total de internações por CSAP				Total	%
		Feminino	%	Masculino	%		
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77	7	0,75	10	1,48	17	1,06
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	78	8,39	75	11,13	153	9,54
3. Anemia	D50	13	1,40	8	1,19	21	1,31
4. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64	10	1,08	12	1,78	22	1,37
5. Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	15	1,61	12	1,78	27	1,68
6. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15.8-J15.9, J18.1	3	0,32	5	0,74	8	0,50
7. Asma	J45-J46	48	5,16	62	9,20	110	6,86
8. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47	61	6,56	70	10,39	131	8,17
9. Hipertensão	I10-I11	46	4,95	30	4,45	76	4,74
10. Angina	I20	8	0,86	12	1,78	20	1,25
11. Insuficiência cardíaca	I50, J81	92	9,89	59	8,75	151	9,41
12. Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46	60	6,45	59	8,75	119	7,42
13. Diabetes mellitus	E10-E14	84	9,03	66	9,79	150	9,35

(continua,,,))

Tabela 09 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo grupo de diagnósticos e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012. (continuação...)

14. Epilepsias	G40-G41	34	3,66	51	7,57	85	5,30
15. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0	263	28,28	41	6,08	304	18,95
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	68	7,31	99	14,69	167	10,41
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	38	4,09	0	0,00	38	2,37
18. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	1	0,11	3	0,45	4	0,25
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0	1	0,11	0	0,00	1	0,06
Total de ICSAP		930	100	674	100	1604	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Referente à especialidade clínica da internação, de um total de 1.604 internações por ICSAP, 1.154 (71,95%) foram da clínica médica (Tabela 10).

Tabela 10 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo especialidade clínica, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Especialidade Clínica	Número absoluto	%
03 – Clínica Médica	1154	71,95
07 - Pediátrico	413	25,75
01 - Cirúrgico	37	2,31
Total	1.604	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em relação ao caráter do atendimento observa-se que mais de 95% dos pacientes são internados a partir da entrada na urgência, com 1.533 (95,57%) registros, com predomínio para o sexo feminino (58,70%).

Em relação ao tipo de saída ou alta dos pacientes internados por CSAP temos 1.318 (82,17%) pacientes que mudaram de AIH, mas permaneceram internados; 114 óbitos (7,11%), 78 (4,86%) altas por cura, 71 (4,43%) por transferências para outro estabelecimento de saúde e 23 (1,43%) por transferência para a internação domiciliar (Tabela 11).

Importante explicar que a tipologia “permanência-internado”, pode ocorrer em algumas circunstâncias devido às próprias características de preenchimento da AIH. Cada AIH registra um procedimento realizado e um período de permanência referente a esse procedimento e diagnóstico correspondente. Quando o paciente recebe alta de um serviço, mas continua internado em outro dentro do mesmo hospital, ou recebe alta da UTI para enfermaria, por exemplo, ou entre enfermarias diferentes, por mudança de especialidade, ou ainda por realizar um novo procedimento, na AIH o registro de saída do paciente para aquela determinada AIH é dado como “permanência-internado” e descreve-se o motivo em outro campo.

Tabela 11 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária segundo tipo de alta, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Tipo de Alta	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Permanência-internado	779	539	1.318	82,17
Óbito	70	44	114	7,11
Alta (cura, domicílio)	31	47	78	4,86
Transferência para outro estabelecimento	39	32	71	4,43
Transferência para internação domiciliar	11	12	23	1,43
Total	930	674	1.604	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dentre os 114 óbitos, a maioria foi de pacientes de sexo feminino, com 70 óbitos (61,40%). Na análise dos óbitos por faixa etária, observa-se que mais de 60% dos óbitos encontram-se distribuídos entre os pacientes acima de 50 anos. A faixa etária de maior predominância é a de 65 e mais anos, com 45 óbitos (39,47%); seguidos da faixa etária de 55 a 59 anos, com 12 (10,53%); e em terceiro lugar a faixa etária de 50 a 54 anos, com nove (7,89%) (Tabela 12).

Tabela 12 — Distribuição dos óbitos nas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo faixa etárias, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Número Absoluto	%
< 1 ano	1	0,88
1 a 4 anos	3	2,63
5 a 9 anos	2	1,75
10 a 14 anos	7	6,14
15 a 19 anos	1	0,88
20 a 24 anos	1	0,88
25 a 29 anos	1	0,88
30 a 34 anos	7	6,14
35 a 39 anos	6	5,26
40 a 44 anos	5	4,39
45 a 49 anos	7	6,14
50 a 54 anos	9	7,89
55 a 59 anos	12	10,53
60 a 64 anos	7	6,14
65 anos e mais	45	39,47
TOTAL	114*	100

*Refere-se apenas aos óbitos ocorridos entre as ICSAP.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dentre as principais causas de óbitos nas ICSAP, no ano analisado o HRPa apresentou como principais causas: insuficiência cardíaca com 21 (18,42%) óbitos; seguida pelas doenças cerebrovasculares, com 17 (14,91%) óbitos; em terceiro lugar diabetes mellitus, com 15 (13,16%) óbitos e em quarto as gastroenterites infecciosas e suas complicações, com 10 (8,77%) óbitos (Tabela 13).

Tabela 13 — Distribuição dos óbitos segundo grupo de diagnósticos nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Número absoluto	%
1. Doenças previsíveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77	1	0,88
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	10	8,77
3. Anemia	D50	3	2,63
4. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64	5	4,39
5. Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	0	0,00
6. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15. 8-J15.9, J18.1	1	0,88
7. Asma	J45-J46	3	2,63
8. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47	7	6,14
9. Hipertensão	I10-I11	4	3,51
10. Angina	I20	4	3,51
11. Insuficiência cardíaca	I50, J81	21	18,42

(continua,,,))

Tabela 13 — Distribuição dos óbitos segundo grupo de diagnósticos nas Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012. (continuação...)

12. Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46	17	14,91
13. Diabetes mellitus	E10-E14	15	13,16
14. Epilepsias	G40-G41	6	5,26
15. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0	6	5,26
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	9	7,89
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	2	1,75
18. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	0	0,00
19. Doenças relacionadas ao pré – natal e parto	O23, A50, P35.0	0	0,00
Total de Óbitos por ICSAP		114*	100

*Refere-se apenas aos óbitos ocorridos entre as ICSAP.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.1.3 PERFIL DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA E COM DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS NO HRP.

Entre as ICSAP, 724 (45,14%) internações foram por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), com média de permanência hospitalar de 5,73 dias (DP = 9,99 dias). A idade média dos pacientes internados com DIP, dentre as ICSAP, foi de 23,99 anos (DP = 20,55 anos), com predominância no sexo feminino, com 471 (65,06%) internações por DIP.

Analisando essas internações por DIP observa-se que a faixa etária de maior frequência é a de um a quatro anos, com 138 (19,06%) internações; seguida pelas faixas etárias de 15 a 19 anos, com 99 (13,67%); de 20 a 24 anos, com 87 (12,02%) e cinco a nove anos, com 69 (9,53%) internações (Tabela 14).

Tabela 14 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo faixa etária e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Sexo				Total	%
	Feminino	%	Masculino	%		
< 1 ano	2	0,28	5	0,69	7	0,97
1 a 4 anos	66	9,12	72	9,94	138	19,06
5 a 9 anos	31	4,28	38	5,25	69	9,53
10 a 14 anos	24	3,31	17	2,35	41	5,66
15 a 19 anos	85	11,74	14	1,93	99	13,67
20 a 24 anos	73	10,08	14	1,93	87	12,02
25 a 29 anos	47	6,49	11	1,52	58	8,01
30 a 34 anos	36	4,97	18	2,49	54	7,46
35 a 39 anos	34	4,70	14	1,93	48	6,63
40 a 44 anos	17	2,35	3	0,41	20	2,76
45 a 49 anos	6	0,83	9	1,24	15	2,07
50 a 54 anos	9	1,24	7	0,97	16	2,21
55 a 59 anos	5	0,69	6	0,83	11	1,52
60 a 64 anos	9	1,24	7	0,97	16	2,21
65 anos e mais	27	3,73	18	2,49	45	6,22
TOTAL	471	65,06	253	34,94	724*	100

* Incluídas apenas as internações por doenças infecciosas.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os quatro principais grupos de causas de internações por DIP foram: 1) infecção do rim e trato urinário: 304 (41,99%); 2) infecção de pele e tecido subcutâneo: 167 (23,07%); 3) gastroenterites infecciosas e complicações: 109 (15,06%); e 4) doenças das vias aéreas inferiores: 60 (8,29%). Essas causas foram responsáveis por cerca de 88% do total de DIP registradas.

Na análise por sexo o grupo das infecções do rim e trato urinário é a maior causa de internações por DIP no sexo feminino com 263 (55,84%) internações, enquanto que no sexo masculino a principal causa de internação por DIP é o grupo Infecção da pele e tecido subcutâneo, com 99 (39,13%) internações (Tabela 15).

Tabela 15 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupo de diagnósticos sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Total de internações por DIP				Total	%
		Feminino	%	Masculino	%		
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16,B05-B06, B26, G00.0,A17.0, A19, A15-A16,A18, A17.1-A17.9,I00-I02,A51-A53,B50-B54,B77	5	1,06	10	3,95	15	2,07
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	57	12,1	52	20,5	109	15,06
5. Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	15	3,18	12	4,74	27	3,73
6. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4,J15.8-J15.9, J18.1	3	0,64	5	1,98	8	1,10
8. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21,J40-J44, J47	26	5,52	34	13,44	60	8,29
15. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34,N39.0	263	55,84	41	16,21	304	41,99
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	68	14,44	99	39,13	167	23,07
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	33	7,01	0	0,00	33	4,56
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0	1	0,21	0	0,00	1	0,14
Total de ICSAP		471	100	253	100	724*	100

* Incluídas apenas as internações por doenças infecciosas.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Em relação ao tipo de alta as internações por DIP apresentaram 664 (91,71%) de pacientes que se mantiveram internados, mas com alteração do número da AIH, conforme já foi explicado anteriormente. Em segundo lugar vieram as transferências com 32 (4,42%) casos; e em terceiro temos a saída/ alta por óbito, em 28 (3,87%) dos casos de DIP (Tabela 16).

Tabela 16 — Distribuição das Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo tipo de alta, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Tipo de Alta	Sexo		Total	%
	Feminino	Masculino		
Permanência - internado	440	224	664	91,71
Óbito	14	14	28	3,87
Transferência para outro estabelecimento	11	8	19	2,62
Transferência para internação domiciliar	6	7	13	1,80
Total	471	253	724	100

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Ao analisar esses óbitos por faixa etária observa – se que a faixa etária de maior predominância é a de 65 e mais anos, com seis óbitos (21,43%); seguida pela faixa etária de 10 a 14 anos, com cinco (17,86%); e em terceiro lugar a faixa etária de 35 a 39 anos, com quatro (14,29%) (Tabela 17).

Tabela 17 — Distribuição dos óbitos nas Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias segundo faixa etárias, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Número Absoluto	%
< 1 ano	0	0
1 a 4 anos	2	7,14
5 a 9 anos	0	0
10 a 14 anos	5	17,86
15 a 19 anos	1	3,57
20 a 24 anos	1	3,57
25 a 29 anos	1	3,57
30 a 34 anos	2	7,14
35 a 39 anos	4	14,29
40 a 44 anos	1	3,57
45 a 49 anos	2	7,14
50 a 54 anos	2	7,14
55 a 59 anos	0	0
60 a 64 anos	1	3,57
65 anos e mais	6	21,43
TOTAL	28*	100

*Incluídos apenas os óbitos ocorridos entre as DIP.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dentre as principais causas de óbitos nas internações por DIP, as três principais causas encontradas foram: a infecção de pele e tecido subcutâneo, com 9 (32,14%) óbitos; seguida por gastroenterites infecciosas e suas complicações, com 8 (28,57%) óbitos; e em terceiro lugar, infecção do rim e trato urinário, com 6 (21,43%) óbitos (Tabela 18).

Tabela 18 — Óbitos segundo grupo de diagnósticos nas Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Número absoluto	%
1. Doenças previsíveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77	0	0
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	8	28,57
5. Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	0	0
6. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15. 8-J15.9, J18.1	1	3,57
8. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47	2	7,14
15. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0	6	21,43
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	9	32,14
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	2	7,14
19. Doenças relacionadas ao pré – natal e parto	O23, A50, P35.0	0	0
Total de Óbitos por DIP		28	100

*Incluídos apenas os óbitos ocorridos entre as DIP.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

5.2 Estudo Epidemiológico de Validação do SIH/SUS para o registro de ICSAP

5.2.1 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO BANCO DE DADOS

Esta etapa foi importante para a realização do estudo de validação. Considerando que o estudo foi feito com base na CID-10, houve a necessidade de verificar se os registros da CID 10 estavam compatíveis com o diagnóstico principal escrito por extenso nos prontuários.

Dos 696 diagnósticos, conforme a CID 10 coletados nos prontuários, após checagem, considerando os critérios definidos, houve concordância em 577 registros (82,90%). Ou seja, do total da amostra, 119 prontuários foram considerados como perdas (par AIH/Prontuário), o que corresponde a 17,10%, tendo como causas mais frequentes: prontuário não identificado considerando a AIH correspondente (47,91%); diagnóstico por extenso não informado no alta (22,69%); AIH referente ao serviço de atenção domiciliar (SAD) (11,76%); e discordância da data de nascimento considerando AIH/Prontuário (10,08%) (Fluxograma 01).

Fluxograma 01 – Distribuição das perdas da amostra. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.



Vale ressaltar que houve um esforço para redução no número de perdas no estudo, no que diz respeito à localização do prontuário. Nesse sentido, utilizou-se também como recurso, além das variáveis de linkage, o nome do paciente e nome da mãe, dessa forma foi possível recuperar 29 internações.

Ao buscar justificativa, com relação a existência de AIH referente à atenção domiciliar, foi informado, pela administração do hospital, que este serviço gera AIH em função da equipe de SAD estar vinculada, na sua habilitação no Ministério da Saúde, ao HRPa. Em outras duas situações foram encontradas internações processadas no ano de 2012, mas que foram realizadas em 2011 e portanto também foram descartadas.

5.2.2 DESCRIÇÃO DAS INTERNAÇÕES SEGUNDO A CID 10

Após organização do banco de dados foram analisadas as internações segundo os diagnósticos registrados na AIH e no prontuário (relatório de alta).

Dos 577 registros (par AIH/prontuário) válidos para esse estudo, em 526 registros (91,16%) foi observado que o CID/diagnóstico por extenso registrado no prontuário não coincidia com o CID/diagnóstico por extenso registrado na AIH correspondente.

Nesse total de registros válidos (577) foram identificados 87 registros nos prontuários para ICSAP (15,08%) e 118 registros na AIH (20,45%), com concordância de 61 registros, entre AIH e prontuários. Ou seja, tratava-se de internação por ICSAP, apesar de nem todos os CID/diagnóstico por extenso serem iguais.

Dos 87 diagnósticos ICSAP nos prontuários o de maior frequência foi asma (J45) com 18 registros (20,69%), seguida de 11 registros de Infecção do trato urinário - ITU, sendo cinco referentes à Infecção do trato urinário de localização não específica (N39); e seis referentes à Infecção não específica do trato urinário na gravidez (O23.4). Em terceiro lugar estão quatro diagnósticos, ambos com cinco registros, quais sejam: Diabetes (E10.1, E10.5, E10.8 e E11.6), Pneumonia bacteriana NE (J15.9), Celulite (L03, L03.1 e L03.8) e Bronquiolite aguda (J21 e J21.0) (Tabela 19).

Tabela 19 - Frequência de diagnóstico ICSAP no prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.

Diagnóstico ICSAP no prontuário	Quantidade	% em relação ao total ICSAP
A15 Tuberculose respiratória c/confirmação bacteriológica e histológica	1	1,15
A46 Erisipela	1	1,15
A51.4 Outras formas de sífilis secundária	1	1,15
G40 Erisipela	1	1,15
J03 Amigdalite Aguda	1	1,15
J42 Bronquite crônica	1	1,15
L08.9 Infecção localizada na pele e do tecido subcutâneo NE	1	1,15
N10 Nefrite	1	1,15
E86 Depleção de volume	2	2,3
J44 DPOC	2	2,3
J25 e J27.9 Úlceras gástricas não perfuradas	2	2,3
K92.0 e K92.2 Hemorragia Digestiva	2	2,3
A09 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3	3,45
I50 Insuficiência cardíaca	3	3,45
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	3	3,45
J20 Bronquite aguda	3	3,45
Infecções da pele e complicações (L02, L02.4 e L02.9 - Abscesso cutâneo furúnculo e antraz)	3	3,45
N30 Cistite	3	3,45
I10 Hipertensão essencial	4	4,6
Diabetes (E10.1 C/cetoacidose/E10.5 C/complicações circulatórias periféricas/E10.8 C/complicações não específicas/E11.6 C/outras complicações específicas)	5	5,75
J15.9 Pneumonia bacteriana não especificada	5	5,75
J21 e J21.0 Bronquiolite aguda	5	5,75
L03, L03.1 e L03.8 Celulite	5	5,75
N39 Infecção do trato urinário de localização não especificada	5	5,75
O23.4 Infecção não específica do trato urinário na gravidez	6	6,9
J45 Asma	18	20,69
Total Geral	87	100

Fonte: Prontuários do HRPa.

Dentre esses 61 registros, apenas 14 registros tem a CID/diagnóstico por extenso iguais na comparação prontuário e AIH. Mas em 38 casos, apesar da CID/diagnóstico por extenso ser diferente remetiam-se ao mesmo grupo de causa.

Dos 61 registros concordantes para ICSAP, considerando AIH e prontuário, as quatro primeiras posições dizem respeito aos seguintes diagnósticos: Asma (J45) com 10 registros (16,39%); Infecção do trato urinário na gravidez (O23.4) com seis registros, (9,84%); Celulite (L03) e Diabetes (E10 e E11), ambas com cinco registros cada (8,20 (Tabela 20).

Tabela 20 - Frequência de diagnóstico ICSAP concordante AIH e prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.

Diagnóstico ICSAP concordante AIH/Prontuário	Quantidade	% em relação ao total ICSAP
A15 Tuberculose respiratória c/confirmação bacteriológica e histológica	1	1,64
A46 Erisipela	1	1,64
E86 Depleção de volume	1	1,64
G40 Epilepsia	1	1,64
J03 Amigdalite Aguda	1	1,64
J42 Bronquite crônica	1	1,64
J44 DPOC	1	1,64
J27.9 Úlceras gástricas	1	1,64
N10 Nefrite	1	1,64
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	2	3,28
L02 Abscesso cutâneo furúnculo e antraz	2	3,28
N30 Cistite	2	3,28
A09 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3	4,92
I50 Insuficiência cardíaca	3	4,92
J20 Bronquite aguda	3	4,92
J21 e J21.0 Bronquiolite aguda	3	4,92
I10 Hipertensão essencial	4	6,56
N39 Infecção do trato urinário de localização não especificada	4	6,56
Diabetes (E10.1 C/cetoacidose/E10.5 C/complicações circulatórias periféricas/E10.8 C/complicações não específicas/E11.6 C/outras complicações específicas)	5	8,2
L03 Celulite	5	8,2
O23.4 Infecção não específica do trato urinário na gravidez	6	9,84
J45 Asma	10	16,39
Total Geral	61	100

Fonte: Prontuários do HRPa.

Dentre os registros de ICSAP nos prontuários e AIH, apenas 14 CID/diagnóstico concordam exatamente entre o registro no prontuário e na AIH. O diagnóstico mais prevalente entre esses registros são: Infecção do rim e trato urinário de localização não especificada (4 registros, 28,57%), seguido de Diarréia, gastroenterite de origem infecciosa presumível e Hipertensão essencial (ambas com 3 registros, 21,43%, cada) (Tabela 21).

Tabela 21 - Frequência de CID, entre as ICSAP. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá/DF, 2012.

Diagnóstico ICSAP no prontuário	Quantidade	% em relação ao total ICSAP
A09 Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	3	21,43
A46 Erisipela	1	7,14
I10 Hipertensão essencial	3	21,43
I64 Acidente vascular cerebral NE como hemorrágico ou isquêmico	2	14,29
L03.8 Celulite de outros locais	1	7,14
N39.0 Infecção do trato urinário de localização NE	4	28,57
Total Geral	14	100

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HRPa.

5.2.3 ESTIMATIVA DE SENSIBILIDADE, ESPECIFICIDADE, VALOR PREDITIVO POSITIVO E VALOR PREDITIVO NEGATIVO DO SIH-SUS.

Ao analisar as ICSAP e NÃO ICSAP, na amostra de 577 registros, considerando o diagnóstico registrado na AIH e no Prontuário, observa-se que, em 61 registros, o diagnóstico era ICSAP tanto na AIH quanto no prontuário, enquanto em 433 registros o diagnóstico era NÃO ICSAP na AIH e NÃO ICSAP no prontuário. Houve discordância em 83 dos registros (Tabela 22).

Tabela 22 — Classificação dos diagnósticos quanto ICSAP e NÃO ICSAP na AIH e no prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá /DF, 2012.

RESULTADO		Prontuário		TOTAL
		ICSAP	Não ICSAP	
AIH	ICSAP	61	57	118
	Não ICSAP	26	433	459
TOTAL		87	490	577

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HRPa.

A sensibilidade do SIH-SUS, tendo como padrão ouro o prontuário, foi de 70,11% (IC95%= 60,48 a 79,72) , a especificidade de 88,37% (IC95%= 85,56 a 91,23) para a condição ICSAP, o VPP de 51,69% (IC95%= 42,68 a 60,72) e o VPN de 94,34% (IC95%= 92,18 a 96,42).

Com sensibilidade de 70,11%, o SIH/SUS deixa de captar cerca de 30% das verdadeiras ocorrências de ICSAP. Quanto à probabilidade de predizer um diagnóstico por ICSAP (VPP), o resultado foi baixo, por ser dependente da frequência de internações por CSAP, que foi de 15,08%.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos a Atenção Primária vem se fortalecendo como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e das redes de atenção à saúde, e, portanto para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Este fortalecimento vem acontecendo primeiro, pelo reconhecimento internacional do papel da APS nos sistemas de saúde; e segundo, não necessariamente nesta ordem, pela posição que vem sendo adotada pelo Ministério da Saúde, no sentido de reorientar o modelo assistencial, que é fragmentado, organizado por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros, incapazes de prestar atenção contínua à população. Atualmente um dos principais desafios da rede de atenção a saúde (RAS), é exatamente consolidar a atenção como uma prática de cuidado horizontal, integrada a vários pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, mas sem hierarquia entre eles (Mendes, 2002; Mendes, 2009; Brasil, 2010c).

É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis de atenção, pois a otimização e os recursos empregados em cada ação devem ser revertidos em resultados, quantificados e monitorados. Quando um nível não corresponde aos critérios de resolutividade e qualidade esperado sobrecarrega o outro e assim o sistema de saúde se desequilibra e isso prejudica a capacidade de resposta de toda a rede de atenção (Mendes, 2009).

Essa reorientação, amplamente discutida pelas três esferas de governo, busca organizar, efetivamente, as redes de atenção à saúde, tendo a APS um papel fundamental, enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos e contra fluxos de usuários dentro do sistema (Brasil, 2010c).

No que diz respeito a estes fluxos e contra-fluxos, em muitas situações em que a APS não é resolutiva, geram-se interações que poderiam aí ser resolvidas. Nessa perspectiva a utilização de indicadores, a exemplo, das Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que de alguma forma mensurem a qualidade dessa assistência, é uma alternativa utilizada tanto nacionalmente quanto internacionalmente (Alfradique, 2009; Rehem, 2011a; Caldeira, 2011).

No caso do Brasil, desde a adoção desse indicador, vários estudos têm sido realizados buscando mensurar o acesso e a efetividade da APS, associar estas internações à implantação da estratégia saúde da família, ou ainda evidenciar os limites e possibilidades do uso do mesmo para avaliar este nível de atenção. (Alfradique, 2009; Rehem, 2011; Rehem, 2011b; Caldeira, 2011; Mafra, 2011; Campos, 2012; Santos, 2013; Vieira, 2013; Ferreira 2014).

Quanto aos resultados deste estudo que analisou 8.171 internações realizadas no HRPa, no ano de 2012, verifica-se que as ICSAP, foram responsáveis por 1.604 internações, o que corresponde a 19,63% (IC95%= 18,73 a 20,46) do total das internações. Este resultado é praticamente igual ao encontrado no estudo realizado por Junqueira (2011), com dados do Distrito Federal, onde as ICSAP foram responsáveis por 19,5% das internações, no ano de 2008. Resultados semelhantes foram observados em outros estudos realizados no Brasil, onde estes percentuais variam de 13,6% a 25,4% (Ferrer, 2009; Rehem, 2011b; Junqueira, 2012; Pazó, 2012; Vieira, 2013; Ferreira, 2014).

No estudo realizado por Vieira (2013), sobre prevalências das ICSAP no Brasil no período de Janeiro de 2012 a Abril de 2013, foi evidenciado que as ICSAP equivalem a 25,41% do total de internações no SUS. Contudo, é possível que esse número tenda a decrescer com uma melhor organização e qualificação da APS, conforme estudos realizados. Nesse sentido, Campos (2012) verificou um declínio na proporção das ICSAP em Campo Grande, passando de 19,03% em 2000 para 10,97% em 2005, permanecendo em 10,24% no ano de 2009; e Nedel (2010) relacionou taxas menores de ICSAP à maior qualidade dos serviços prestados na APS.

Outros estudos demonstraram que existe uma relação entre ICSAP e cobertura por meio da ESF. Batista (2012) analisando a cobertura populacional potencial da ESF evidenciou redução estatisticamente significativa das taxas de ICSAP quando a cobertura é satisfatória; e Caldeira (2011) em estudo realizado em Montes Claros – MG demonstrou risco duplicado, da probabilidade de internação por CSAP, quando o cuidado regular de saúde é realizado fora da ESF.

Quanto à procedência dos pacientes internados, 7.738 (94,70%) foram de pacientes residentes no Distrito Federal; seguidos pelos pacientes do Estado de Goiás,

e Minas Gerais. Ao analisar, isoladamente, os pacientes do DF, verifica-se que 6.464 (79,11%) das internações foram procedentes do próprio Paranoá. Essa mesma tendência observa-se com relação às internações sensíveis onde 1.554 (96,88%) foram de pacientes residentes no DF, e, dentre estas, cerca de 85% são do Paranoá/DF, região onde o hospital está localizado. Esse fato se justifica em função do desenho de regionalização do Distrito Federal onde cada regional é organizada de modo a ofertar serviços de saúde para a sua população. Nesse sentido, os resultados demonstram que a proposta de regionalização está aparentemente adequada. Embora haja oferta e acesso à assistência hospitalar, a presença de ICSAP pode significar, entretanto, problemas na atenção primária.

Existem, também, outras possibilidades para a ocorrência de ICSAP, que pode ser reflexo do modo como opera o sistema de saúde nas diversas regiões. Por exemplo, internações por CSAP podem ocorrer para justificar a existência/sobrevivência de hospitais de pequeno porte que não tendo escala que justifique investimentos em tecnologias, não dispõe de capacidade para prestar assistência de maior complexidade. Ou seja não se trata, neste caso, de falta de acesso e efetividade da APS (Dias-da-Costa, 2010; Ferreira, 2014).

Ainda com relação à oferta de serviços, a proliferação dos prontos-socorros e unidades de atendimentos (UPA 24 horas), tornou-se alternativa, muitas vezes eleita pelos usuários insatisfeitos com o atendimento na APS, seja pela falta de credibilidade na mesma, seja pela limitação do horário de funcionamento, que muitas vezes é incompatível com a sua disponibilidade de horário. Isso, além de mostrar a fragilidade da APS, fomenta grande problema para o sistema de saúde, que é a questão das urgências superlotadas, falta de leitos para internação, longas filas de espera por consulta especializada entre outros, invalidando fluxos de encaminhamentos e criando um desequilíbrio no sistema como um todo (Machado, 2009; Brasil, 2010d).

Na região do Paranoá, não existe outra porta de entrada a não ser a do HRPa e isso pode estar propiciando a maior procura pelo atendimento na emergência do hospital, tendo em vista que a população realiza o seu próprio fluxo na procura de acesso aos serviços de saúde, e que tenha mais resolutividade, inclusive procurando por serviços que oferte acesso a exames diagnósticos e leitos de internação.

Caldeira (2011) em investigação sobre ICSAP identificou que em relação a solicitação da internação, o médico do pronto-socorro foi o principal solicitante quando comparado com o médico do centro de saúde, o que também foi uma realidade no Hospital do Paranoá. Esta situação pode ser justificada em função do desconhecimento do histórico do paciente, falta de vínculo, supervalorização das queixas, além do fato de que o próprio paciente pode manipular a consulta, muitas vezes simulando maior gravidade, durante a classificação de risco, para que o atendimento seja agilizado (Mendes, 2009).

O acesso e a qualidade do serviço prestado pela APS são pontos centrais, nos resultados da análise das ICSAP, considerando que esses podem ser fatores que desencadeiam a sua ocorrência. Outros fatores a serem considerados nesta análise são as questões sócioeconômicas da população, e de práticas de atenção à saúde ainda, predominantemente, hospitalocêntricas por parte de nossos profissionais e culturalmente arraigadas e tão aprovadas pela população brasileira (Rehem, 2011a; Mendes, 2009; Campos, 2012).

Demonstrar qualidade é muito mais do que somente comprovar cobertura. Implica em resultados reais de ganhos para a saúde da população, com diminuição da morbidade e mortalidade, principalmente, em relação às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cuidados preventivos e de controle, entre outros. Para isso há que se lançar mão de estratégias que possam medir tudo isso direta ou indiretamente e a análise das taxas de hospitalização por CSAP podem refletir tanto a qualidade do serviço prestado, quanto a dimensão dos problemas no sistema de saúde (Malta, 2007; Brasil, 2008; Alfradique, 2009; Souza, 2011).

Observando-se o perfil das internações, por especialidades clínicas, verifica-se que a clínica médica foi a que mais recebeu pacientes no ano de 2012, com 3.666 (44,87%) internações. Isto pode ser explicado pelo perfil assistencial definido para o hospital no planejamento da rede. Vale destacar que hospitais de menor complexidade tendem a realizar uma proporção maior de internações clínicas de baixa complexidade que requerem menos do ponto de vista de tecnologia. Por outro lado, a lógica adotada na organização da rede é descentralizar a oferta de serviços de menor complexidade e centralizar a de maior complexidade.

A média de permanência das internações por ICSAP foi de 5,61 dias (DP = 11,39 dias), que também acompanha a tendência do total de internações do HRPa, que foi 5,6 dias; e a geral do Distrito Federal, que no ano de 2012, foi de 6,9 dias, conforme dados do SIH/SUS. Esses valores também são próximos da média observada, em 2012, na rede hospitalar pública do Brasil (SUS), que foi 5,7 dias (Brasil, 2014). O tempo médio de permanência avalia a qualidade do atendimento e a eficiência da gestão clínica, pois está diretamente relacionado a boas práticas clínicas e a gestão operacional do leito. É um indicador clássico de desempenho hospitalar, o qual deve ser monitorado, pois o seu prolongamento pode ocasionar o desperdício de recursos, a dificuldade de acesso por pacientes em condições graves e também está relacionado ao aumento do risco de Infecção hospitalar (CQH, 2011; Brasil, 2013b). A média de permanência esperada tende a variar entre 3 a 5 dias, mas a complexidade do hospital, o perfil clínico dos pacientes (gravidade, faixa etária, comorbidades) e o tipo de procedimentos ofertadas são fatores que diferenciam essa média de permanência. No SUS o preconizado, para leitos clínicos, é uma permanência de no máximo 10 dias (Brasil, 2011d; Brasil, 2013b).

Tendo em vista, no entanto, o percentual de pacientes que permanecem internados devido a renovação da AIH, conforme descrito e explicado nos resultados, há limitação no cálculo dessa média de internação, devido ao viés de informação relacionado a esta variável.

No ano de 2012 a idade média dos pacientes internados foi de 33,03 anos (DP = 22,2 anos). Já para aqueles com diagnóstico de ICSAP a média de idade foi de 36,74 anos (DP = 26,81 anos). Estudos realizados encontraram uma média de idade de 43,54 a 53 anos, em relação às ICSAP (Rehem, 2011b; Fontenelle, 2011).

Quanto à faixa etária, houve maior número de internação em pacientes com mais de 65 anos (11,03%), seguida das faixas etárias de 20 a 24 anos (10,77%) e 25 a 29 anos (10,32%), com predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias. Considerando apenas as ICSAP houve maior número de internações nas faixas etárias maiores de 65 anos (20,51%) e em crianças com mais de um ano e menos de quatro anos (13,53%), o que demonstra que as ICSAP na Regional do Paranoá acometem mais idosos e crianças, possivelmente por estas faixas etárias serem mais vulneráveis e dependentes de cuidadores. Resultado semelhante a estudos realizados em São

Paulo e no Distrito Federal, nos quais as ICSAP na população com mais de 65 anos também foram mais frequentes (Rehem,2011a; Junqueira, 2011 e Junqueira, 2012).

As mudanças demográficas ocorridas, nas últimas décadas, no país levaram ao aumento da população idosa, e conseqüentemente, além disso ter um impacto econômico importante, também desencadeou mudanças históricas no perfil epidemiológico, como foi o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis (Malta, 2007; Geib, 2012). Levando – se em conta o contexto social, temos ainda entre os idosos, aqueles de situação financeira insuficiente, o que também podendo comprometer os cuidados com a saúde, especialmente daqueles que se deparam com dificuldade de acesso ao sistema de saúde. A fragilidade na saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento tendem a diminuir o convívio social, limitar o comportamento e estilo de vida, isso somado ao nível educacional baixo, predominante nessa faixa etária, hábitos alimentares pouco saudáveis, a falta de atividade física, o tabagismo e o abuso do álcool podem determinar diretamente a ocorrência de doenças, e gerar maior demanda de assistência também para essa faixa etária (Geib, 2012).

Da mesma forma que nas internações gerais, as internações por CSAP predominaram em pacientes do sexo feminino no HRPa. Vários estudos relatam um número de internações maior para o sexo feminino quando comparado ao masculino. Uma possível explicação se dá pelo fato das mulheres, no geral, utilizarem mais os serviços de saúde que os homens (Torres, 2011; Rehem, 2011a; Boing, 2012; Vieira, 2013; Pinheiro, 2002). Ainda com relação ao sexo e serviços de saúde, segundo Travassos (2002) o uso dos mesmos, para ambos os sexos, depende do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo, definindo um perfil de desigualdades sociais no acesso.

A morbidade hospitalar causada por condições sensíveis à atenção primária consiste em um conjunto de problemas de saúde, para os quais ações efetivas da atenção primária poderiam reduzir a sua frequência e alterar o perfil epidemiológico. Por isso, as ICSAP são tidas como um possível indicador de resultado para avaliação da qualidade da APS e tem sido tão estudadas nesse intuito (Fernandes, 2009; Moura, 2010; Carminal 2003a).

No ano estudado, as cinco principais causas de internação, conforme os grupos da CID10 foram: lesões por envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, gravidez, parto e puerpério, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho geniturinário. Resultados muito semelhantes ao estudo realizado por Trindade (2013) que demonstrou os principais diagnósticos que causaram internação: em primeiro lugar as lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, seguidas por doenças do aparelho digestivo, doenças do sistema circulatório e doenças infecciosas e parasitárias.

Analisando apenas as ICSAP, os cinco principais diagnósticos foram as doenças infecciosas (Infecção do rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo, gastroenterites infecciosas e complicações), seguido por doenças crônicas não transmissíveis (insuficiência cardíaca e diabetes mellitus). Quase a metade das ICSAP foram por DIP (45,14%). As DIP ainda possuem uma forte influência no perfil da morbimortalidade do país, sobretudo em crianças abaixo de cinco anos e idosos. Apesar da redução considerável no número de mortes por DIP nas últimas seis décadas, elas continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil, determinando um forte impacto social e principalmente, econômico (Paes, 1999; Barreto, 2012; Brasil, 2012b).

Segundo Barreto (2012) as principais causas de internações hospitalares em crianças, no Estado do Piauí, entre 2000 e 2010, em menores de um ano, foram as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias e afecções perinatais. Em 2010, 60% das hospitalizações em crianças menores de cinco anos de idade foram devido às CSAP, principalmente por gastroenterites infecciosas e infecções respiratórias. Vale ressaltar, segundo este estudo, que as duas primeiras causas tiveram declínio ao longo desses 10 anos, enquanto que as afecções perinatais tiveram proporção aumentada nesse período.

Conforme já referido, a segunda faixa etária em número de internações dentre as ICSAP, no HRPa, foi a de um a quatro anos. Ao analisar o grupo de causa mais predominante nesta faixa etária, observa-se que as DIP representam 19,06% do total destas internações. Estudo realizado do DF evidenciou que dentre as causas de ICSAP mais frequentes estavam as gastroenterites e as pneumonias bacterianas, eventos que

demandam atenção de baixa complexidade para seu diagnóstico e manejo quando oportunamente abordados (Junqueira, 2012).

Ferreira (2014) relatou que o grupo das gastroenterites infecciosas e suas complicações representaram os maiores percentuais dentre as causas de ICSAP em crianças, mas que em menores de um ano de idade, as causas principais de ICSAP foram: pneumonias bacterianas, asma e doenças pulmonares.

Em estudo realizado por Pazó (2012) no Espírito Santo a maior parte das internações decorreu de gastroenterites, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca e infecção no rim e trato urinário. Estudo similar, no DF, identificou que as principais causas de internações por CSAP foram gastroenterites, insuficiência cardíaca e infecção do rim e trato urinário (ITU) (Junqueira, 2012).

Outros estudos também sinalizam a importância que as gastroenterites e infecções de pele representam, foi caso de Caldeira (2011) que encontrou como principais causas de internação entre as CSAP: pneumonias, asma, gastroenterites e suas complicações e as infecções da pele e subcutâneo.

Em estudo realizado em São Paulo as principais causas de internação hospitalar em crianças foram as doenças do aparelho respiratório (com elevado percentual de pneumonias e asma), algumas afecções originadas no período perinatal e as doenças do aparelho digestivo (Ferrer, 2009).

Estudo realizado por Caldeira (2011) com foco nas internações por CSAP em crianças teve como principal causa de internação a pneumonia, seguido de infecções de pele, tecido subcutâneo e gastroenterites.

No período de 2008 a 2010, em São Paulo, as ICSAP foram mais frequentes no sexo feminino e em adultos. Em maiores de 40 anos de idade representaram mais de 60% das internações e suas principais causas foram: doenças do aparelho circulatório e as doenças infecciosas (Ferreira, 2014).

Quanto às internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, estudo realizado no Espírito Santo verificou aumento da sua participação no conjunto das ICSAP (variação de 11,9%) (Pazó, 2012). Tendo em vista que as vacinas

são gratuitas, e distribuídas nas unidades de saúde do SUS; e que são realizadas campanhas de esclarecimento e sensibilização periodicamente, na mídia, para a população, pode-se inferir que haja um despreparo ou mesmo uma falha na busca ativa desses usuários, por parte da APS. No HRPa, contudo a participação desse grupo foi quase insignificante com apenas 1,06% das ICSAP e 0,88% dos óbitos.

Ao analisar os óbitos por faixa etária, mais de 60% encontram-se distribuídos entre os pacientes acima de 50 anos, com a faixa etária de 65 e mais anos a mais acometida. A morbidade aumentada entre idosos é reconhecidamente um grande problema nos hospitais e devido às condições inerentes a idade esses pacientes também são os mais predispostos ao óbito durante as internações hospitalares.

Quanto ao estudo de validação, na amostra de 696 registros, houve concordância para o diagnóstico de ICSAP em 61 registros, tendo o SIH-SUS uma sensibilidade de 70,11% (IC95%= 60,48 a 79,72); especificidade de 88,37% (IC95%= 85,56 a 91,23), valor preditivo positivo de 51,69% (IC95%= 42,68 a 60,72) e valor preditivo negativo de 94,34% (IC95%= 92,18 a 96,42).

O SIH/SUS apresentou maior probabilidade de fazer registros acurados de diagnósticos NÃO ICSAP, em comparação ao prontuário, do que de captar esses diagnósticos quando presentes, ou seja, o estudo demonstra que o sistema foi mais específico do que sensível, concordando com estudo anterior de Rehem (2011a), que encontrou sensibilidade de 81,89%, a especificidade de 95,19%, o VPP de 77,61% e o VPN de 96,27%.

Veras (1994), em análise de confiabilidade, analisou a concordância de variáveis contidas nas AIH com os dados de prontuários médicos em 10 hospitais no Rio de Janeiro, para o diagnóstico principal, e identificou que havia diferenças entre os dois instrumentos, com variação de concordância entre 72% e 81%.

Estudo descritivo realizado por Oliveira (2012), que analisou informações da morbidade hospitalar relacionada às hospitalizações de menores de cinco anos por CSAP, no período de 1998 a 2009 em municípios do Paraná, observou que em relação aos diagnósticos registrados no banco de dados do SIH-SUS havia uma variação em relação aos diagnósticos ao longo da série temporal, e também na comparação entre

os municípios analisados em virtude tanto da dificuldade de preenchimento das informações nas AIHs como da subnotificação.

A validade e a confiabilidade dos dados do SIH/SUS estão quase sempre relacionadas ao diagnóstico da internação por diversos fatores. Dentre eles, podemos citar a precariedade das informações no prontuário do paciente; problemas inerentes à codificação de diagnóstico pela CID; adequações e/ou revisão das AIH por médico auditor, além de alterações arbitrárias, praticadas com o intuito de aumentar o reembolso financeiro das AIH. Outro fator relevante diz respeito à transcrição do diagnóstico do prontuário para a AIH por outro agente, comumente uma pessoa da área administrativa. Havendo ausência ou insuficiência de informações o profissional não será capaz de avaliar a importância do seu trabalho e das consequências resultantes dele (Rehem, 2011a; Rehem, 2013).

O SIH/SUS constitui-se em um sistema de informação, mas também serve de base para o pagamento nos casos em que o financiamento ocorre por produção e para o cálculo de valor a ser transferido do MS para estados e municípios. Essa situação põe em risco a fidelidade das informações já que podem sofrer influência de outros interesses (Rehem, 2011a).

Estudos utilizando dados secundários, podem ter limitações. No que se refere ao SIH/ SUS, alguns problemas estão relacionadas com o fato da mesma pessoa ser internada mais de uma vez, não sendo possível categorizar estas reinternações, além das suas informações serem restritas às ocorrências no SUS não possibilitando a generalização dos dados, o que se configuram como limitações importantes (Brasil, 2011e; Batista, 2012; Alfradique, 2009 e Moura, 2010). Ainda com relação às limitações do estudo realizado, destaca-se o fato de estudar apenas o ano de 2012. No estudo de validação houve perdas em quase 20%, o que pode ter ocasionado redução da precisão, para o dado de sensibilidade.

A validação do SIH/SUS faz-se necessária e pode ser relevante para o planejamento em saúde, tendo em vista que se considera que esse sistema é uma das bases de avaliação da efetividade da APS e pode apontar para a necessidade de introdução de medidas, tanto pela gestão pública do SUS, quanto pelas administrações dos hospitais, para a melhoria da qualidade da informação. A informação deveria

refletir, de forma mais precisa, a assistência prestada ao paciente na internação. Assim, se o SIH/SUS não refletir a realidade das internações, não deveria ser utilizado como principal fonte de pesquisas para avaliação da qualidade dos serviços prestados, bem como para demonstrar o perfil das internações ocorridas no país (Rehem, 2011a; Rehem, 2011b).

Espera-se que este estudo contribua para valorizar a importância do acompanhamento da produção de ICSAP, nos hospitais e municípios, como uma forma de avaliar as políticas de saúde implementadas, e que possa ajudar os gestores a perceber a necessidade do acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde.

Mais estudos são necessários, a fim de analisar os fatores associados às ICSAP, tais como a condição socioeconômica dos usuários deste hospital; ainda, pesquisar sobre a qualidade e cobertura da atenção primária, na região e no Distrito Federal; analisar pactuações acerca da regulação de internação no DF, analisar se o perfil das admissões, conforme o fluxo estabelecido por essa regulação, não estaria influenciando também o quantitativo de ICSAP.

Há que se pensar em ações que possam reduzir essas internações, seja por meio de qualificação dos profissionais, por ações integradas entre os diversos pontos de atenção nas regiões de saúde, ou mesmo pelo fortalecimento da cooperação entre profissionais, gestores e a comunidade, a fim de uma abordagem ampliada e mais efetiva para os problemas de saúde que tem alta resolutividade na APS.

Fica como recomendação e sugestão do estudo que sejam realizadas avaliações a respeito da suficiência dos serviços prestados nos centros de saúde e ESF da região do Paranoá. Tendo em vista que esse trabalho detectou quase 20% de internações, que, em princípio, poderiam ser evitadas com uma atenção de boa qualidade nesses serviços, um estudo avaliativo poderia levar a maior compreensão desses dados e proporcionaria ferramentas para o planejamento de ações de combate a essas internações.

Um outro ponto importante seria o investimento em treinamentos e a instituição de protocolos e profissionais horizontais na emergência, porta de entrada desses

pacientes, a fim de qualificar melhor o diagnóstico e a condução destes casos.

A partir da detecção dos pacientes que veem de outras regiões e municípios, seria importante uma avaliação de como, onde e por que estes pacientes estão sendo encaminhados, a fim de planejar estratégias para a diminuição desse fluxo, num trabalho conjunto entre o hospital a regulação de internação e a APS.

A regional poderia avaliar a causa básica de cada uma das internações, por grupo de causas. Por exemplo, o número alto de infecções urinárias dentre as mulheres e dentre elas as grávidas pode indicar problemas durante a realização do pré-natal, ou mesmo registro de diagnósticos erroneamente, no SIH. Neste caso, uma comissão de investigação de prontuários e a auditoria clínica poderiam estar revendo seus processos de trabalho, a fim de melhor identificar e avaliar a causa dessas internações e os dados podem ser levados a regional para discussão da melhor forma de atuar.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSÕES

No ano de 2012, no Hospital Regional do Paranoá, dentre 8.171 internações estudadas houve 19,6% de internações por CSAP, com predominância no sexo feminino e nas faixas etárias acima de 65 anos, sendo a maioria dos pacientes residente do Distrito Federal.

Os principais diagnósticos das ICSAP foram as infecções do rim e trato urinário, infecções da pele e tecido subcutâneo e gastroenterites infecciosas e complicações; ainda estiveram representadas: insuficiência cardíaca, diabetes mellitus e doenças das vias aéreas inferiores.

As DIP responderam por 45,14% das internações por CSAP. Em relação ao grupo de causas as DIP acompanham a mesma tendência do total das ICSAP, e os três principais diagnósticos, conforme a CID10 são: N39.0 Infecção do trato urinário de localização não especificada; A09 Diarréia e gastroenterite originada de infecção presumida e L03.8 Celulite de outros locais. O grupo de causas que mais ocasionou óbitos foram as gastroenterites infecciosas e complicações. Acometem mais o sexo feminino e a faixa etária de 14 a 24 anos de idade.

Cerca de 7,1% pacientes internados por CSAP evoluíram a óbito, sendo a maioria pacientes do sexo feminino (61,4%); mais de 60% desses óbitos estão na faixa etária acima de 50 anos e as principais causas dos óbitos foram insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, diabetes mellitus e gastroenterites infecciosas e complicações.

O SIH-SUS foi mais específico do que sensível, deixando de detectar cerca de 30% das ICSAP, quando presentes.

CAPÍTULO VIII

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfradique Maria Elmira, Bonolo Palmira de Fátima, Dourado Inês, Lima-Costa Maria Fernanda, Macinko James, Mendonça Claunara Schilling et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP Brasil). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro:2009 [Acesso em 09/04/2012]; 25(6):1337-1349.
2. Almeida Márcia Furquim de, Alencar Gizelton Pereira, França Jr. Ivan, Novaes Hillegonda Maria Dutilh, Siqueira Arnaldo Augusto Franco de, Schoeps Daniela et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso- controle. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2006;22(3):643-652.
3. Amaral Tereza Cristina Lins. Mortalidade hospitalar na Rede SUS: espelho dos óbitos ocorridos na população brasileira? Orientador: Cid Manso de Mello Vianna. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Administração de Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na área de concentração de Gestão de Negócios. Rio de Janeiro: 2002. 86f.
4. Barreto Jorge Otávio Maia, Nery Inez Sampaio, Costa Maria do Socorro Candeira. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública [2012 Acesso em 28/05/2013].Rio de Janeiro, 28(3):515-526. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300012&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>.
5. Batista Sandro Rogério Rodrigues, Jardim Paulo César Brandão Veiga, Sousa Ana Luiza Lima, Salgado Cláudia Maria. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. Rev. Saúde Pública, Goiânia: 2012 [Acesso em 10/04/2014]; 46(1): 34-42.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0034-89102012000100005&lng=en. Epub Jan 06,2012.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000001>.

6. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. *Health aff (Millwood)*. Washington: 1990 [Acesso em 10/04/2012];9(4):158–65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2289752>
7. Bittencourt Sonia Azevedo, Camacho Luiz Antônio Bastos, Leal Maria do Carmo. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2006;22(1):19 - 30.
8. Boing Antonio Fernando, Vicenzi Rafael Baratto, Magajewski Flávio, Boing Alexandra Crispim, Moretti-Pires Rodrigo Otávio, Peres Karen Glazer et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo: 2012; 46(2): 359-366.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Tabnet Win 32 3.0: Internações hospitalares do US – por local de internação – Brasil. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em 10/06/2014.
10. Brasil. Ministério da Sa.de. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: 2013a. 84 p.
11. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa de qualificação de prestadores de serviços de saúde. QUALISS - Indicadores hospitalares essenciais - 2013/14. Brasília: 2013b, V1.02 Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-05.pdf>. Acesso em: 20/05/2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. RIPSAs. Tabnet Win 32 3.0: Internações

hospitalares do SUS – por local de internação – Brasil. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em 11/06/2014.

13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Tabnet Win 32 3.0: Mortalidade proporcional por grupos de causas - Brasil. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: 2012a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c04.def>. Acesso em: 20/06/2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília; 2011a. A evolução do termo Atenção Primária à Saúde (APS); p. 13.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília; 2011b. [citado 2011 abr.8]. Disponível em: <http://w3.datasus.gov.br/data sus/index.php>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p.48-55.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.395, de 13 de outubro de 2011. Organiza o componente hospitalar da rede de atenção às urgências no âmbito

do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 13 out. 2011d. Seção 1, p.79-81.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência: notas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011e [acesso em 20/02/2014]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nrdescr.htm>.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado componente de qualidade do piso de atenção variável – PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde; 2011f [acesso em 26/03/2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html
21. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares (SIH). Brasília: 2010a. [Acesso em 10/04/2012]. Disponível em: http://w3.datasus.gov.br/sih/Manuais_SIH_SETEMBRO_2010.pdf. Acesso em 12/04/2013.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2010b. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: 2010c; Seção 1:89.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A falácia do discurso das partes em saúde: ubs, upa, ames, amas, policlínicas, mutirões, por Gilson Carvalho. [Acesso em 10/06/2014] Brasília: 2010d. Disponível em: [http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/110-a-falacia-do-](http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/110-a-falacia-do)

25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: 2008. 72 p. (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde e Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 21 set. 2008c. Seção 1:50.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família nos Territórios da Cidadania. Entrevista sobre internações por condições sensíveis à atenção primária. Rev. Brasileira Saúde Família. 2008d;9(18):4-6.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS; 2007a.
29. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). SUS: avanços e desafios. Brasília; 2006a.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006b. p. 7-51.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília; 2006c.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos

principais resultados / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; [elaborado por Sarah Escorel (Coord.); Lígia Giovanella; Maria Helena Mendonça; Rosana Magalhães; Mônica de Castro Maia Senna]. – 2. ed. atual. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 210 p.: il. color.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 4. ed. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 332 p.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: Res. CNS n. 196/96 e outras. 2a ed. ampl. Brasília; 2003a. (Série Cadernos técnicos - CNS).
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
36. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:18055.
37. Caldeira Antônio Prates, Fernandes Viviane Braga Lima, Fonseca Walysson Pereira, Faria Anderson Antônio. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife: 2011 [Acesso em 10/06/2014]; 11(1): 61-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000100007&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S151938292011000100007>.
38. Caminal Josefina, Sánchez Emília, Morales Espinoza Marianela, Peiró Rosana, Márquez Soledad. Avances en España en la investigación con el indicador «Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria». Rev. Esp. Salud Publica. Madri: 2002 [Acesso em

10/02/2013]; 76(3):189-196. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000300003&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000300003>.

39. Caminal Homar Josefina, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atencion Primaria*. Espanha: 2003;31(1):61-5.
40. Caminal Homar Josefina, Morales Espinoza Marianela, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Atencion Primária*. Espanha: 2003;31(1):6-14.
41. Campos Amanda Zandonadi de, Theme-Filha Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2012. [Acesso em 10/04/2014]; 28(5): 845-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>.
42. Cardoso Clareci Silva, Pádua Cristiane Menezes, Rodrigues-Júnior Arnaldo Almeida, Guimarães Denise Alves, Carvalho Suzana Freitas, Valentin Rosangela Freitas et al. Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. *Rev Panam Salud Publica*. Washington: 2013. [Acesso em 09/06/2014]; 34(4): 227-234. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001000003&lng=en.
43. CQH. Terceiro Caderno de Indicadores CQH. Programa Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), São Paulo, 2009. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127. Acesso em 12/06/2014.
44. Dias-da-Costa Juvenal Soares, Büttgenbender Dóris Clarita, Hoefel Ana Lucia, Souza Leonardo Lemos de. 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: 2010 [Acesso em

20/04/2014]; 26(2): 358-364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200014>

45. Fernandes Viviane Braga Lima, Caldeira Antônio Prates, Faria Anderson Antônio, Neto João Felício Rodrigues. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. São Paulo: 2009; 43: 928-36.
46. Ferreira Janise Braga Barros, Borges Márcio José Garcia, Santos Luciane Loures dos, Forster Aldaísa Cassanho. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília: 2014, vol.23, no.1 [Acesso em 10/06/2014], p.45-56. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=pt&nrm=iso>.
47. Ferrer Ana Paula Scoleze. Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo. Orientadora: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi [dissertação]. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; São Paulo: 2009. [Acesso em: 10/01/2014]. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde.../AnaPSFerrer.pdf.
48. Fontenelle, Leonardo Ferreira. Estratégia Saúde da Família e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP): revisão sistemática da literatura. Orientadora: Aldaísa Cassanho Forster. Dissertação para obtenção do título de mestrado. FMRP/USP. Ribeirão Preto: 2011, 44f.
49. Geib Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. saúde coletivo. Rio de Janeiro: 2012 [Acesso em 01/06/2014] ; 17(1): 123-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>.
50. Gérvas Juan, Caminal Homar Josefina. Las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) desde el punto de vista del médico de

Atención Primaria. Rev. Esp. Salud Publica. Espanha: 2007 [Acesso em 10/06/2013]; 81(1): 07-13. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272007000100002&lng=es.

51. InteSystems Corporation. Guia da solução TrakCare. InterSystems do Brasil. São Paulo, 2012. Disponível em: www.intersystems.com.br/static/pdf/Solution-Guide-TrakCare.pdf. Acesso em: 10/11/2013.
52. Junqueira, Rozania Maria Pereira. Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal – 2008 Orientadora: Elizabeth Carmem Duarte. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília (UnB). Brasília: 2011. 111f.
53. Lavras Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. Saude soc. São Paulo: 2011 [Acesso em 10/04/2013]; 20(4): 867-874. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
54. Lessa Fábio José Delgado, Mendes Antônio Cruz Gouveia, Farias Sidney Feitosa, Sá Domício Aurélio, Duarte Petra Oliveira, Melo Filho Djalma Agripino. Novas metodologias para vigilância epidemiológica: uso do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. Inf. Epidemiológica SUS. Recife: 2000;9 (1):3-19.
55. Machado Katia. Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Revista RADIS. Rio de Janeiro: 2009. (83); 12-16. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/83/reportagens/novidade-no-sus>
56. Macinko James, Guanais FC, Souza MFM. An evaluation of the family health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Health. London: 2006;60:13-9.
57. Macinko James. Estudo da lista de internações por condições sensíveis à

atenção básica. [Acesso em 10/01/2013] Brasília: 2008. Disponível em: [http://drt2004.saúde.gov.br/dab/docs/publicações/geral/3seminário internacional relatório atividades. pdf](http://drt2004.saúde.gov.br/dab/docs/publicações/geral/3seminário_internacional_relatório_atividades.pdf).

58. Mafra Fabio. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil. Orientador: Alexandre Xavier Ywata de Carvalho
Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios, da Universidade de Brasília (UnB), na área de concentração de Gestão de Negócios. Brasília, 2011. 129 f.
59. Malta Deborah Carvalho; Duarte Elisabeth Carmen; Almeida Márcia Furquim; Dias Maria Angélica Salles; Neto Otaliba Libânio de Moraes; Moura Lenildo; Ferraz Walter; Souza Maria de Fátima Marinho. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília: 2007, vol.16, no.4 [Acesso em: 23/06/2014], p.233-244. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>
60. Mendes Eugenio Vilaça. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza: 2002.
61. Merhy Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. Hucitec. [Acesso em 10/02/2013] São Paulo:1997. 71-112. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-03.pdf>
62. Moura Bárbara Laisa Alves, Cunha Renata Castro da, Aquino Rosana, Medina Maria Guadalupe, Mota Eduardo Luís Andrade, Macinko James et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife: 2010;10 (1):83-91.
63. Nedel Fúlvio Borges, Facchini Luiz Augusto, Martín Miguel, Navarro Albert. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília: 2010; 19(1): 61-75.

64. Oliveira Rosana Rosseto de, Costa Josane Rosenilda da, Mathias Thais Aidar de Freitas. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto: 2012; 20(1): 135-142.
65. Organização Pan-Americana da Saúde Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. / Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
66. Paes Neir Antunes, Silva Lenine Angelo A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 1999 [Acesso em 20/05/2013]; 6(2): 99-109. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000700004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000700004>.
67. Paim Jairnilson, Travassos Cláudia, Almeida Célia, Bahia Lígia, Macinko James. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet. London, 2011; (1) 11-31.
68. Pazo Rosalva Grobério, Frauches Diana de Oliveira, Galveas Débora Pereira et al. Hospitalization for primary care sensitive conditions in Espírito Santo: an ecological descriptive study, 2005 - 2009. Epidemiol. Serv. Saúde. 2012, vol.21, no.2 [Acesso em 27/06 2014], p.275-282. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201200200010&lng=en&nrm=iso.
69. Perpétuo Ignez Helena Oliva, Wong Laura Rodriguez. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: Anais do Seminário de Economia Mineira. Editora UFMG; Belo Horizonte: 2007.
70. Rehem Tania Cristina Moraes Santa Barbara, Oliveira Maria Regina Fernandes de, Amaral Tereza Cristina Lins, Ciosak Suely Itsuko, Egry Emiko Yoshikawa. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole

brasileira. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo: 2013a [Acesso em 10/02/2014]; 47(4): 884-890. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400884&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400016>.

71. Rehem Tania Cristina Morais Santa Barbara, Oliveira Maria Regina Fernandes de, Amaral Tereza Cristina Lins, Ciosak Suely Itsuko, Egly Emiko Yoshikawa. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. São Paulo: 2013b; 21(5).
72. Rehem Tania Cristina Morais Santa Barbara, Egly Emiko Yoshikawa, Ciosak Suely Itsuko. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. Texto Contexto Enferm. São Paulo: 2012; 21(3): 535-42.
73. Rehem Tânia Cristina Morais Santa Bárbara, Egly Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. Rev. C S Col. [periódico na internet]. 2011a. [Acesso em 20/08 2012]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
74. Rehem Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira diagnósticos. Orientadores: Emiko Yoshikawa Egly e Suely Itsuko Ciosak. Tese apresentada ao curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na área de concentração em Ciências. São Paulo, 2011b. 307 p.
75. Santos Vilma Constancia Fioravante dos, Ruiz Eiziane Nicolodi Francescato, Roese Adriana, Kalsing Alice, Gerhardt . Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro: 2013; 7(2).
76. Souza HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: Negri B, Viana ALA, organizadores. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio. Sobravime São Paulo: 2002. 12 (2) 221-240.

77. Souza Leonardo Lemos; Costa Juvenal Soares Dias. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. Rev. Saúde Pública. 2011; 45(4): 765-772. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102011000400017&script=sci_arttext Acesso em: 05/06/2012.
78. SPSS Inc. SPSS Statistics 20, IBM – Chicago, Estados Unidos, 2011.
79. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil; 2004.
80. Torres Renata Laszlo, Rehem Tânia Cristina Morais Santa Bárbara, Egry Emiko Yoshikawa, Ciosak Suely Itsuko. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. Rev. esc. enferm. USP [Acesso em 17/06/2012]. São Paulo: 2011; 45(2): 1661-1666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800004>.
81. Travassos, Cláudia; Viacava, Francisco; Pinheiro, Rejane; Brito, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica. 2002; 11(5-6): 365-373. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>.
82. Veras Claudia Maria T., Martins Monica S. A confiabilidade dos dados nos formulários de Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 1994 [Acesso em 25/06/2014]; 10 (3): 339 – 355. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v10n3/v10n3a14.pdf
83. Vieira MMC, Vieira IF, Melo WA. Prevalência das Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. In: Anais eletrônico do VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. [Acesso em 10/06/2014] Editora CESUMAR; Maringá: 2013. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Mateus_Mazorra_Coelho_Vieira.pdf.
84. Vuori, Hannu. Primary health care in Europe: problems and solutions.

Community Medicine. J Public Health. Oxford: 1984; 6 (3) 221-231.

85. World Health Organization. Global report for research on infectious diseases of poverty. For research diseases of poverty UNICEF/UNDP/World Bank/WHO. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases. Geneva, 2012.

ANEXO 1

Quadro 1: Lista Brasileira de Internações por 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 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
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	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	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 VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31

(continua...)

Quadro 1: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (continuação...).

Grupo	Diagnósticos	CID 10
6	Pneumonias bacterianas	
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
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	Angina pectoris	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	Diabetes melitus	
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
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41

(continua...)

Quadro 1: Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (continuação...).

Grupo	Diagnósticos	CID 10
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	<i>Nefrite túbulo-intersticial aguda</i>	N10
15,2	<i>Nefrite túbulo-intersticial crônica</i>	N11
15,3	<i>Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica</i>	N12
15,4	<i>Cistite</i>	N30
15,5	<i>Uretrite</i>	N34
15,6	<i>Infecção do trato urinário de localização NE</i>	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

Fonte: Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

ANEXO 2

Quadro 2: Diagnósticos de Doenças Infecciosas e Parasitárias Contemplados na Lista Brasileira de Internações por 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
1,8	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	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites infecciosas e complicações	
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
5	Infeções 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	Infeção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
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
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40

(continua...)

Quadro 2: Diagnósticos de Doenças Infecciosas e Parasitárias Contemplados na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (continuação...)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
15	<i>Infecção no Rim e Trato Urinário</i>	
15,1	<i>Nefrite túbulo-intersticial aguda</i>	N10
15,2	<i>Nefrite túbulo-intersticial crônica</i>	N11
15,3	<i>Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica</i>	N12
15,4	<i>Cistite</i>	N30
15,5	<i>Uretrite</i>	N34
15,6	<i>Infecção do trato urinário de localização NE</i>	N39.0
16	<i>Infecção da pele e tecido subcutâneo</i>	
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	<i>Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</i>	
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
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
19	<i>Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto</i>	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50

Fonte: Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

APÊNDICE I

Artigo Original

INTERNAÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO COM FOCO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E VALIDAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES, NO HOSPITAL REGIONAL DO PARANOÁ, DISTRITO FEDERAL.

Cavalcante, Danyelle Monteiro¹; Rehem, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara²; Oliveira, Maria Regina Fernandes de³;

1. Fisioterapeuta, mestre em epidemiologia, especialista em terapia intensiva e gestão em saúde; apoiadora da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, do Ministério da Saúde. E-mail: cavalcante.danyelle@gmail.com; danyelle.cavalcante @saude.gov.br;

2. Professora doutora do Curso de enfermagem, da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília (UNB). E-mail: tania.rehem@gmail.com

3. Professora doutora do Núcleo de Medicina Tropical, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília (UNB). E-mail: regifer@unb.br; reginafernan@gmail.com

Submissão no Caderno de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ.

RESUMO

Objetivos: Descrever as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP); analisar as doenças infecciosas e parasitárias (DIP) nessas internações; e validar o sistema de informações hospitalares (SIH) para o registro das ICSAP, num hospital do Distrito Federal, em 2012. **Metodologia:** Realizado dois estudos: epidemiológico descritivo e um estudo de validação, e estimadas: Sensibilidade (S), Especificidade (E), Valor Preditivo Positivo (VPP) e Valor Preditivo Negativo (VPN) do SIH/SUS, com o prontuário, sendo o padrão-ouro. **Resultados:** 1.604 (19,63%, IC95%= 18,73 a 20,46) ICSAP, 930 (57,98%) dos registros para o sexo feminino, idade média de 36,7 anos (DP=26,8 anos), e os diagnósticos mais frequentes foram: infecção do rim e trato urinário (304 - 18,95%), infecção da pele e tecido subcutâneo (167 - 10,41%) e gastroenterites infecciosas e complicações (153 - 9,54). As DIP foram 45% do total de ICSAP; causa principal de internações na faixa etária de 1 a 4 anos (138 - 19,06%) e causaram 28 óbitos. Na validação obteve-se S= 70,11% (IC95%= 60,48 a 79,72), E= 88,37% (IC95%= 85,56 a 91,23), VPP= 51,69% (IC95%= 42,68 a 60,72) e VPN= 94,34% (IC95%= 92,18 a 96,42). **Conclusão:** Os achados de ICSAP neste hospital foram similares a outros estudos publicados e destaca-se a frequência de internações por DIP. O SIH-SUS foi mais específico do que sensível.

Palavras Chaves: ICSAP, DIP, Validação, SUS.

1. INTRODUÇÃO

Em vários países europeus e no Canadá, a APS é concebida como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado e organização do sistema.^{1,2,3} No Brasil, segundo as normativas vigentes, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS); com abrangência desde a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, para uma atenção integral, de impacto positivo na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde.^{4,5}

No contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar como marcadores de resultados da qualidade dos cuidados primários de saúde e como indicador de acesso ao cuidado ambulatorial. Foram inicialmente estudados nos Estados Unidos e posteriormente em outros países, sendo valiosos para monitoramento e a avaliação das ações de promoção à saúde.⁶ Um desses indicadores, denominado *ambulatory care sensitive conditions*, foi desenvolvido por Billings e colaboradores⁷ e representa um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de Internações hospitalares.⁸ O fundamento principal que sustenta esse indicador é que o monitoramento da taxa de internações por causas sensíveis a atenção primária (ICSAP) demonstraria a eficiência da prestação de serviços por parte da APS, assim como a sua resolutividade. Dessa forma seriam detectados os principais problemas para corrigi-los, promovendo o incremento das medidas preventivas, bem como a melhoria do atendimento a nível ambulatorial, com conseqüente diminuição das Internações hospitalares.^{9,10,11}

No Brasil, a discussão sobre esse indicador iniciou-se no ano de 2005, com a formação de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, constituído por técnicos do Departamento de Atenção Básica (DAB), gestores e pesquisadores, tomando como parâmetros as experiências nacionais e internacionais desenvolvidas, por exemplo, nos estados do Ceará, Minas Gerais e no município de Curitiba.^{6,12}

Para a construção da lista brasileira de ICSAP seguiu-se o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano¹¹, com adaptações para as condições brasileiras. Conforme esse modelo, as condições de saúde e a APS oportuna e de boa qualidade podem evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Assim, altas taxas de ICSAP indicariam problemas no acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho.⁶

A lista brasileira de ICSAP foi publicada em abril de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, com 19 grupos de diagnósticos classificados de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), abrangendo as causas mais frequentes de internações hospitalares no âmbito do SUS.¹³

O Ministério da Saúde (MS) define na Portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, art. 2º, que a lista brasileira será utilizada como instrumento de avaliação da APS e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal.¹⁴

Ao analisar a lista brasileira de ICSAP observa-se que vários diagnósticos dizem respeito às doenças infecciosas, as quais, ainda se constituem um problema de saúde pública, no Brasil.¹⁵ Ou seja, significa dizer que se a APS for acessível e efetiva, muitas das internações por causas relacionadas a estas doenças podem ser evitadas, a exemplo das doenças imunopreveníveis, enquanto outras podem ter redução importante na frequência de sua internação.^{6,2,16}

Entretanto para que a lista brasileira de ICSAP possa fornecer subsídios importantes para a implantação e/ou redirecionamento das políticas e ações, faz-se necessário que estas internações estejam expressas de forma fidedigna no SIH/SUS.¹⁷

Um dos métodos para avaliar sistemas de informação são os estudos de validação de critério. Essas validações adotam uma fonte de dados como padrão – ouro, o que permite a obtenção de medidas de sensibilidade, especificidade e valores preditivos.¹⁸

Nesse sentido, justifica-se a realização de estudos no sentido de conhecer o comportamento das ICSAP e das doenças infecciosas no conjunto destas internações, além de se avaliar a qualidade da informação registrada no SIH/SUS. Este estudo tem como objetivo descrever as ICSAP com ênfase em doenças infecciosas e validar o sistema de informações hospitalares quanto ao

registro das internações por essas condições, no Hospital Regional do Paranoá (HRPa), Distrito Federal, no ano de 2012.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa que utilizou métodos quantitativos em estudo epidemiológico descritivo e um estudo de validação de critério, realizado no HRPa, com pacientes internados no período de 01 de Janeiro a 31 de dezembro de 2012, tendo em vista que este era o último ano com dados já fechados, no SIH/SUS, quando do começo da análise.

Foram consideradas como casos de ICSAP as internações que tiveram diagnósticos contemplados na Lista Brasileira de ICSAP com base na CID 10, publicada como anexo da portaria GM/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.

Estudo epidemiológico descritivo

Para a realização desse estudo foram analisadas todas as internações realizadas no HRPA no ano de 2012 e descrito o perfil dos pacientes internados por CSAP e pelas demais causas NÃO ICSAP que ocorreram no HRPA, com base na análise das variáveis: Idade; Sexo; Local de Residência; Grupos de Diagnóstico; Tempo de Internação (em dias); Especialidades clínico-cirúrgicas; Tipo de Internação (eletiva/emergência); Tipo de Alta (óbito, cura, outros).

Foram excluídas as internações por partos, relativas aos CID O80 e O82, considerando que não se configuram como doenças.

Para a identificação das ICSAP no SIH/SUS, foi gerado um arquivo de definição (DEF) para tabulação a partir da seleção das causas de internações por meio dos respectivos códigos, no aplicativo Tabwin — Versão 3.6 — desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do MS, e a partir da tabulação os dados foram transferidos para o excel ® para o processamento dos dados. Os procedimentos analíticos foram realizados por meio do aplicativo estatístico SPSS® 20, versão 20.¹⁹ No processamento e análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva e calculadas as frequências absolutas e relativas; para variáveis quantitativas, foram calculadas

medidas de tendência central e dispersão.

Estudo epidemiológico de validação de critério:

Estudo realizado com base nos diagnósticos contemplados na Lista Brasileira de ICSAP e as demais causas de internação, tendo como padrão ouro o prontuário médico.

Como fontes de dados foram utilizados 8.171 internações do ano de 2012 (excluindo internações por partos) e suas respectivas AIHs. Para a análise, foram considerados os grupos de diagnósticos ICSAP e as demais causas de internações.

Foram estimadas a sensibilidade, a especificidade, o Valor Preditivo Positivo (VPP) e o Valor Preditivo Negativo (VPN) do SIH/SUS para o registro adequado de ICSAP, com seus respectivos Intervalos de Confiança a 95% (IC95%).

A amostragem foi aleatória simples e no cálculo para definição do número amostral, foi utilizada a fórmula descrita a seguir, para cálculo de amostra para uma proporção com população finita:

$$n = (N \cdot z^2 \cdot p \cdot q) / [d^2(N-1)] + (z^2 \cdot p \cdot q)$$

Onde:

p = proporção esperada.

q = p-1.

d = Erro amostral = semi-amplitude do IC.

Z = 1,96 para α 0,05 e IC 95%.

N = tamanho da população.

Os parâmetros utilizados para os valores de sensibilidade e especificidade, foram, respectivamente, 0,75 e 0,93, baseados nos valores inferiores dos respectivos intervalos de confiança a 95% dos resultados do estudo de Rehem (2011) e foi considerada a precisão de 0,04.

Para a estimativa da sensibilidade do SIH, o número amostral (n) estimado foi de **426** prontuários. Assumindo-se a possibilidade de 20% de perdas, o número amostral final foi de **512** prontuários. Para a estimativa da especificidade, foi estimado o número amostral (n) de 100 prontuários e

considerando-se 20% de perda, **184** prontuários. Os 696 prontuários foram sorteados por meio de lista de números aleatórios tendo como código para o sorteio, o número da AIH.

Foi utilizado o software SPSS® 20, para a geração da lista de números aleatórios e os cálculos amostrais foram realizados no aplicativo Excel®. Para o processamento e análise dos dados realização, foram percorridas as mesmas etapas desenvolvidas no estudo de validação elaborado por Rehem.¹⁷

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), com o parecer consubstanciado nº 270.508, de 13/05/2013.

RESULTADOS

No ano de 2012 ocorreram 9.993 internações gerais no HRPa. Excluindo as internações por partos, o total de internações, no mesmo período, foi de 8.171 (81,76%), com média de permanência de 5,6 dias.

Quanto à procedência dos pacientes internados 7.738 (94,70%) foram de pacientes residentes no Distrito Federal sendo 6.464 (79,11%) residentes no Paranoá. A clínica médica foi responsável por 3.666 (44,87%) internações.

Ao analisar isoladamente as ICSAP, verifica-se que neste período ocorreram 1.604 internações (19,63%, IC95%= 18,73 a 20,46), sendo 1.554 (96,88%) de pacientes residentes no DF, e, dentre estas, cerca de 85% procedentes do Paranoá, com uma média de permanência de 5,61 dias (DP = 11,39 dias).

A idade média dos pacientes internados por CSAP foi de 36,74 anos (DP = 26,81 anos), com maior frequência para a faixa etária com mais de 65 anos (329 - 20,51%); seguidos por crianças, com mais de um ano e menos de quatro anos (217 - 13,53%). O sexo feminino foi mais frequente com 930 (57,98%) das ICSAP (Tabela 01).

Tabela 01 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária por faixa etária, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Frequência	%
<1 ano	15	0,94
1 a 4 anos	217	13,53
5 a 9 anos	126	7,86
10 a 14 anos	79	4,93
15 a 19 anos	117	7,29
20 a 24 anos	103	6,42
25 a 29 anos	86	5,36
30 a 34 anos	79	4,93
35 a 39 anos	79	4,93
40 a 49 anos	70	4,36
45 a 49 anos	55	3,43
50 a 54 anos	69	4,30
55 a 59 anos	78	4,86
60 a 64 anos	102	6,36
65 e mais	329	20,51
Total	1.604	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Quanto aos grupos de causas por ICSAP, infecção do rim e trato urinário ocupou o primeiro lugar com 304 (18,95%); seguidos de infecção de pele e tecido subcutâneo com 167 (10,41%); gastroenterites infecciosas e complicações com 153 (9,54%); insuficiência cardíaca com 151 (9,41%); diabetes mellitus com 150 (9,35%); e doenças das vias aéreas inferiores com 131 (8,17%). Esses grupos foram responsáveis por quase dois terços (65,84%) do total de ICSAP registradas (Tabela 2).

Tabela 02 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo grupo de diagnósticos e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Total de internações por CSAP				Total
		Feminino	%	Masculino	%	
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16, B05-B06, B26, G00.0, A17.0, A19, A15-A16, A18, A17.1-A17.9, I00-I02, A51-A53, B50-B54, B77	7	0,75	10	1,48	17
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	78	8,39	75	11,13	153
3. Anemia	D50	13	1,40	8	1,19	21
4. Deficiências nutricionais	E40-E46, E50-E64	10	1,08	12	1,78	22
5. Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	15	1,61	12	1,78	27
6. Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3-J15.4, J15. 8-J15.9, J18.1	3	0,32	5	0,74	8
7. Asma	J45-J46	48	5,16	62	9,20	110
8. Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21, J40-J44, J47	61	6,56	70	10,39	131
9. Hipertensão	I10-I11	46	4,95	30	4,45	76
10. Angina	I20	8	0,86	12	1,78	20
11. Insuficiência cardíaca	I50, J81	92	9,89	59	8,75	151

12. Doenças cerebrovasculares	I63-I67, I69, G45-G46	60	6,45	59	8,75	119	7,42
13. Diabetes mellitus	E10-E14	84	9,03	66	9,79	150	9,35

(continua,,,))

Tabela 02 — Distribuição das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo grupo de diagnósticos e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012. (continuação...)

14. Epilepsias	G40-G41	34	3,66	51	7,57	85	
15. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0	263	28,28	41	6,08	304	
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	68	7,31	99	14,69	167	
17. Doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos	N70-N73, N75-N76	38	4,09	0	0,00	38	
18. Úlcera gastrointestinal	K25-K28, K92.0, K92.1, K92.2	1	0,11	3	0,45	4	
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23, A50, P35.0	1	0,11	0	0,00	1	
Total de ICSAP		930	100	674	100	1604	

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Da mesma forma que nas internações gerais a maioria das ICSAP teve como especialidade a clínica médica 1.154 (71,95%). Ao analisar as ICSAP independentemente da especialidade 1.533 (95%) foram procedentes da unidade de urgência do hospital.

Em relação ao tipo de saída ou alta por CSAP, 1.318 (82,17%) pacientes mudaram de AIH, mas permaneceram internados; houve 114 óbitos (7,11%); 78 (4,86%) altas por cura; 71 (4,43%) por transferências para outro estabelecimento de saúde e 23 (1,43%) por transferência para a internação domiciliar.

Dentre os 114 óbitos, 70 (61,40%) foram de pacientes do sexo feminino. Na análise dos óbitos por faixa etária, mais de 60% encontram-se distribuídos entre os pacientes acima de 50 anos. A faixa etária de maior predominância é a de 65 e mais anos, com 45 óbitos (39,47%); seguidos da faixa etária de 55 a 59 anos, com 12 (10,53%); e em terceiro lugar a faixa etária de 50 a 54 anos, com nove (7,89%) (Tabela 3).

Tabela 3 — Distribuição dos óbitos nas Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária segundo faixa etárias, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Número Absoluto	%
< 1 ano	1	0,88
1 a 4 anos	3	2,63
5 a 9 anos	2	1,75
10 a 14 anos	7	6,14
15 a 19 anos	1	0,88
20 a 24 anos	1	0,88
25 a 29 anos	1	0,88
30 a 34 anos	7	6,14
35 a 39 anos	6	5,26
40 a 44 anos	5	4,39
45 a 49 anos	7	6,14
50 a 54 anos	9	7,89
55 a 59 anos	12	10,53
60 a 64 anos	7	6,14
65 anos e mais	45	39,47
TOTAL	114*	100

*Refere-se apenas aos óbitos ocorridos entre as ICSAP.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Dentre as principais causas de óbitos nas ICSAP, estão a insuficiência cardíaca com 21 (18,42%); seguida pelas doenças cerebrovasculares, com 17 (14,91%); diabetes mellitus, com 15 (13,16%) e as gastroenterites infecciosas e suas complicações, com 10 (8,77%), outros, com 51 (44,74%).

Entre as ICSAP, 724 (45,14%) foram por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), com média de permanência hospitalar de 5,73 dias (DP = 9,99 dias). A idade média dos pacientes internados com DIP, dentre as ICSAP, foi de 23,99

anos (DP = 20,55 anos), com predominância no sexo feminino, com 471 (65,06%) internações por DIP.

Analisando essas internações por DIP observa-se que a faixa etária de maior frequência é a de um a quatro anos, com 138 (19,06%) internações; seguida pelas faixas etárias de 15 a 19 anos, com 99 (13,67%); de 20 a 24 anos, com 87 (12,02%) e cinco a nove anos, com 69 (9,53%) internações (Tabela 4).

Tabela 4 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo faixa etária e sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Faixa Etária	Sexo				Total	%
	Feminino	%	Masculino	%		
< 1 ano	2	0,28	5	0,69	7	0,97
1 a 4 anos	66	9,12	72	9,94	138	19,06
5 a 9 anos	31	4,28	38	5,25	69	9,53
10 a 14 anos	24	3,31	17	2,35	41	5,66
15 a 19 anos	85	11,74	14	1,93	99	13,67
20 a 24 anos	73	10,08	14	1,93	87	12,02
25 a 29 anos	47	6,49	11	1,52	58	8,01
30 a 34 anos	36	4,97	18	2,49	54	7,46
35 a 39 anos	34	4,70	14	1,93	48	6,63
40 a 44 anos	17	2,35	3	0,41	20	2,76
45 a 49 anos	6	0,83	9	1,24	15	2,07
50 a 54 anos	9	1,24	7	0,97	16	2,21
55 a 59 anos	5	0,69	6	0,83	11	1,52
60 a 64 anos	9	1,24	7	0,97	16	2,21
65 anos e mais	27	3,73	18	2,49	45	6,22
TOTAL	471	65,06	253	34,94	724*	100

* Incluídas apenas as internações por doenças infecciosas.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Os quatro principais grupos de causas de internações por DIP foram: 1) infecção do rim e trato urinário: 304 (41,99%); 2) infecção de pele e tecido subcutâneo: 167 (23,07%); 3) gastroenterites infecciosas e complicações: 109 (15,06%); e 4) doenças das vias aéreas inferiores: 60 (8,29%). Essas causas foram responsáveis por cerca de 88% do total de DIP registradas (Tabela 5).

Tabela 5 — Internações por Doenças Infecciosas e Parasitárias dentre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupo de diagnósticos sexo, no Hospital Regional do Paranoá, Paranoá - DF, em 2012.

Grupos de diagnósticos	CID 10	Total	%
Doenças preveníveis e imunização e condições sensíveis	A33-A37, A95, B16,B05-B06, B26, G00.0,A17.0, A19, A15- A16,A18, A17.1-A17.9,I00- I02,A51-A53,B50-B54,B77	15	2,07
Gastroenterites infecciosas e complicações	E86, A00-A09	15,06	
Infecções do ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31	27	3,73
Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3- J15.4,J15. 8-J15.9, J18.1	8	1,10
Doenças das vias aéreas inferiores	J20, J21,J40-J44, J47	60	8,29
. Infecção do rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34,N39.0	304	41,99
. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08	167	23,07
. Doença inflamatória de órgãos genitais femininos	N70-N73, N75-N76	33	4,56
. Doenças relacionadas ao pré- natal e parto	O23, A50, P35.0	1	0,14
Total de ICSAP		724*	100

* Incluídas apenas as internações por doenças infecciosas.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Na análise por sexo o grupo das infecções do rim e trato urinário é a maior causa de internações por DIP no sexo feminino com 263 (55,84%) internações, enquanto que no sexo masculino a principal causa de internação por DIP é o

grupo Infecção da pele e tecido subcutâneo, com 99 (39,13%) internações.

Em relação ao tipo de alta as internações por DIP apresentaram 664 (91,71%) de pacientes que se mantiveram internados, mas com alteração do número da AIH, conforme já foi explicado anteriormente. Em segundo lugar vieram as transferências com 32 (4,42%) casos; e em terceiro temos a saída/alta por óbito, em 28 (3,87%) dos casos de DIP.

Ao analisar esses óbitos por faixa etária observa – se que a faixa etária de maior predominância é a de 65 e mais anos, com seis óbitos (21,43%); seguida pela faixa etária de 10 a 14 anos, com cinco (17,86%); e em terceiro lugar a faixa etária de 35 a 39 anos, com quatro (14,29%).

Dentre as principais causas de óbitos nas internações por DIP, as três principais causas encontradas foram: a infecção de pele e tecido subcutâneo, com 9 (32,14%) óbitos; seguida por gastroenterites infecciosas e suas complicações, com 8 (28,57%) óbitos; e em terceiro lugar, infecção do rim e trato urinário, com 6 (21,43%) óbitos.

Quanto aos resultados do estudo de validação de critério a sensibilidade do SIH-SUS foi de 70,11% (IC95%= 60,48 a 79,72) , a especificidade de 88,37% (IC95%= 85,56 a 91,23) para a condição ICSAP, o VPP de 51,69% (IC95%= 42,68 a 60,72) e o VPN de 94,34% (IC95%= 92,18 a 96,42) (Tabela 6).

Tabela 6 — Classificação dos diagnósticos quanto ICSAP e NÃO ICSAP na AIH e no prontuário. Hospital Regional do Paranoá, Paranoá /DF, 2012.

RESULTADO		Prontuário		TOTAL
		ICSAP	Não ICSAP	
AIH	ICSAP	61	57	118
	Não ICSAP	26	433	459
TOTAL		87	490	577

Fonte: SIH/SUS e Prontuários do HRPa.

Com sensibilidade de 70,11%, o SIH/SUS deixa de captar cerca de 30% das verdadeiras ocorrências de ICSAP. Quanto à probabilidade de predizer um

diagnóstico por ICSAP (VPP), o resultado foi baixo, por ser dependente da frequência de internações por CSAP, que foi de 15,08%.

6. DISCUSSÃO

Ao longo dos últimos anos a Atenção Primária vem se fortalecendo como condição necessária para a estruturação dos sistemas locais de saúde e das redes de atenção à saúde, e, portanto para a efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.^{2,16, 4}

É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis de atenção, pois os recursos empregados em cada ação devem ser revertidos em resultados, quantificados e monitorados. Quando um nível não corresponde aos critérios de resolutividade e qualidade esperado sobrecarrega o nível acima e assim o sistema de saúde se desequilibra e isso prejudica a capacidade de resposta de toda a rede.

Essa reorientação, amplamente discutida pelas três esferas de governo, busca organizar, efetivamente, as redes de atenção à saúde (RAS), tendo a APS um papel fundamental, enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos e contra - fluxos de usuários dentro do sistema.⁴ Nessa perspectiva, a utilização de indicadores, a exemplo, das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que de alguma forma mensurem a qualidade dessa assistência, é uma alternativa utilizada tanto nacionalmente quanto internacionalmente.^{6,17}

No caso do Brasil, desde a adoção desse indicador, vários estudos têm sido realizados buscando mensurar o acesso e a efetividade da APS, associar estas internações à implantação da ESF, ou ainda, evidenciar os limites e possibilidades do seu uso para avaliar este nível de atenção.^{6,17,20,21,22,23,24,25,26}

Quanto aos resultados deste estudo, que analisou 8.171 internações realizadas no HRPa, verifica-se que é praticamente igual ao encontrado em outros estudos realizados no Brasil, incluindo o Distrito Federal, onde estes percentuais variam de 13,6% a 25,4%.^{27,20,28,29,30,31,25,26}

Outros estudos demonstraram que existe uma relação entre ICSAP e a

cobertura da ESF. Batista³² analisando a cobertura populacional potencial da ESF evidenciou redução estatisticamente significativa das taxas de ICSAP quando a cobertura é satisfatória; e Caldeira²¹ em estudo realizado em Montes Claros – MG demonstrou risco duplicado, da probabilidade de internação por CSAP, quando o cuidado regular de saúde é realizado fora da ESF.

Quanto à procedência dos pacientes internados, observa-se com relação às ICSAP que 1.554 (96,88%) foram pacientes residentes no DF, e, dentre estas, cerca de 85% são do Paranoá/DF, região onde o hospital está localizado. Esse fato se justifica em função do desenho de regionalização do Distrito Federal onde cada regional é organizada de modo a ofertar serviços de saúde para a sua população. Nesse sentido, os resultados demonstram que a proposta de regionalização está aparentemente adequada. Embora haja oferta e acesso à assistência hospitalar, a presença de ICSAP pode significar, entretanto, problemas na atenção primária.

Existem, também, outras possibilidades para a ocorrência de ICSAP. Por exemplo, internações por CSAP podem ocorrer para justificar a existência/sobrevivência de hospitais pequenos. Ou seja não se trata, neste caso, de falta de acesso e efetividade da APS.^{33,26}

Ainda com relação à oferta de serviços, a proliferação dos prontos-socorros e unidades de atendimentos (UPA 24 horas), tornou-se alternativa, muitas vezes eleita pelos usuários insatisfeitos com o atendimento na APS. Seja pela falta de credibilidade na APS, seja pela limitação do horário de funcionamento, que muitas vezes é incompatível com a sua disponibilidade de horário. Isso determina além da fragilidade da APS, fomenta também um grande problema para o sistema de saúde, que é a questão das urgências superlotadas, a falta de leitos para internação, longas filas de espera por consulta especializada, entre outros, invalidando fluxos de encaminhamentos e criando um desequilíbrio no sistema como um todo.^{34,35}

Caldeira²¹ em investigação sobre ICSAP identificou que em relação a solicitação da internação, o médico do pronto-socorro foi o principal solicitante quando comparado com o médico do centro de saúde, o que também foi uma

realidade no Hospital do Paranoá, neste as internações a partir do serviço de urgência foram a maior fonte das internações, principalmente das ICSAP. Esta situação pode ser justificada em função do desconhecimento do histórico do paciente, falta de vínculo, supervalorização das queixas.

O acesso e a qualidade do serviço prestado pela APS são pontos centrais, nos resultados da análise das ICSAP, considerando que esses podem ser fatores que desencadeiam a sua ocorrência. Outros fatores a serem considerados nesta análise são as questões sócioeconômicas da população, e de práticas de atenção à saúde ainda, predominantemente, hospitalocêntricas por parte de nossos profissionais e culturalmente arraigadas e tão aprovadas pela população brasileira.^{17,16,23}

Observando-se o perfil das internações, por especialidades clínicas, verifica-se que a clínica médica foi a que mais recebeu pacientes no ano de 2012, com 3.666 (44,87%) internações. Isto pode ser explicado pelo perfil assistencial definido para o hospital no planejamento da rede. Vale destacar que hospitais de menor complexidade tendem a realizar uma proporção maior de internações clínicas de baixa complexidade que requerem menos do ponto de vista de tecnologia. Por outro lado, a lógica adotada na organização da rede é descentralizar a oferta de serviços de menor complexidade e centralizar a de maior complexidade e isso também ocorre no Distrito Federal.^{22,30}

A média de permanência das internações por ICSAP foi de 5,61 dias (DP = 11,39 dias), que também acompanha a tendência do total de internações do HRPa, que foi 5,6 dias; e a geral do Distrito Federal, que no ano de 2012, foi de 6,9 dias, conforme dados do SIH/SUS. Esses valores também são próximos da média observada, em 2012, na rede hospitalar pública do Brasil (SUS), que foi 5,7 dias.³⁶

Quanto à faixa etária, houve maior número de internação por CSAP nas faixas etárias maiores de 65 anos (20,51%) e em crianças com mais de um ano e menos de quatro anos (13,53%), o que demonstra que as ICSAP na Regional do Paranoá acometem mais idosos e crianças, possivelmente por estas faixas etárias serem mais vulneráveis e dependentes de cuidadores. Resultado

semelhante a estudos realizados em São Paulo e no Distrito Federal, nos quais as ICSAP na população com mais de 65 anos também foram mais frequentes.^{17,20,28,13}

As mudanças demográficas ocorridas, nas últimas décadas, no país levaram ao aumento da população idosa, e conseqüentemente, além disso ter um impacto econômico importante, também desencadeou mudanças históricas no perfil epidemiológico, como foi o aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não-transmissíveis.^{37,38} A fragilidade na saúde e as incapacidades impostas pelo envelhecimento determinam diretamente a ocorrência de mais doenças, e gera maior demanda de assistência para essa faixa etária.³⁸

As internações por CSAP predominaram em pacientes do sexo feminino no HRPa. Vários estudos relatam um número de internações maior para o sexo feminino quando comparado ao masculino e uma possível explicação para isto é fato das mulheres, no geral, utilizarem mais os serviços de saúde que os homens.^{39,17,40,25,41} Ainda com relação ao sexo e serviços de saúde, segundo Travassos⁴¹ o seu uso, depende do poder aquisitivo das famílias e das características sociais do próprio indivíduo, definindo um perfil de desigualdades sociais no acesso.

No ano estudado, os cinco principais diagnósticos de ICSAP, foram causados por doenças infecciosas (Infecção do rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo, gastroenterites infecciosas e complicações), seguido por doenças crônicas não transmissíveis (insuficiência cardíaca e diabetes mellitus). Quase a metade das ICSAP foram por DIP (45,14%). As DIP ainda possuem uma forte influência no perfil da morbimortalidade do país, sobretudo em crianças abaixo de cinco anos e idosos. Apesar da redução considerável no número de mortes por DIP nas últimas seis décadas, elas continuam sendo um problema de saúde pública no Brasil, determinando um forte impacto social e principalmente, econômico.^{42,15,43}

Segundo Barreto¹⁵ as principais causas de internações hospitalares em crianças, no estado do Piauí, entre 2000 e 2010, em menores de um ano, foram

as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias e afecções perinatais. Em 2010, 60% das hospitalizações em crianças menores de cinco anos de idade foram devido às CSAP, principalmente por gastroenterites infecciosas e infecções respiratórias.

Conforme já referido, a segunda faixa etária em número de internações dentre as ICSAP, no HRPa, foi a de um a quatro anos. Ao analisar o grupo de causa mais predominante nesta faixa etária, observa-se que as DIP representam 19,06% do total destas internações. Estudo realizado do DF evidenciou que dentre as causas de ICSAP mais frequentes estavam as gastroenterites e as pneumonias bacterianas, eventos que demandam atenção de baixa complexidade para seu diagnóstico e manejo quando oportunamente abordados.³⁰

Em estudo realizado por Pazó³¹, no Espírito Santo, a maior parte das internações decorreu de gastroenterites, pneumonias bacterianas, insuficiência cardíaca e infecção no rim e trato urinário. Estudo similar, no DF, identificou que as principais causas de internações por CSAP foram gastroenterites, insuficiência cardíaca e infecção do rim e trato urinário (ITU).³⁰

Quanto às internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, estudo realizado no Espírito Santo verificou aumento da sua participação no conjunto das ICSAP (variação de 11,9%).³¹ Tendo em vista que as vacinas são gratuitas, e distribuídas nas unidades de saúde do SUS; e que são realizadas campanhas de esclarecimento e sensibilização periodicamente, na mídia, para a população, pode-se inferir que haja um despreparo ou mesmo uma falha na busca ativa desses usuários, por parte da APS. No HRPa, contudo a participação desse grupo foi quase insignificante com apenas 1,06% das ICSAP e 0,88% dos óbitos.

Ao analisar os óbitos por faixa etária, mais de 60% encontram-se distribuídos entre os pacientes acima de 50 anos, com a faixa etária de 65 e mais anos a mais acometida. A morbidade aumentada entre idosos é reconhecidamente um grande problema nos hospitais e devido às condições inerentes a idade esses pacientes também são os mais predispostos ao óbito

durante as internações hospitalares.³⁸

O SIH/SUS apresentou maior probabilidade de fazer registros acurados de diagnósticos NÃO ICSAP, em comparação ao prontuário, do que de captar esses diagnósticos quando presentes, ou seja, o estudo demonstra que o sistema foi mais específico do que sensível, concordando com estudo anterior de Rehem¹⁷, que encontrou sensibilidade de 81,89%, a especificidade de 95,19%, o VPP de 77,61% e o VPN de 96,27%.

Estudos utilizando dados secundários, podem sofrer limitações. No que se refere ao SIH/ SUS, alguns problemas estão relacionadas com o fato da mesma pessoa ser internada mais de uma vez, não sendo possível categorizar estas reinternações, além das suas informações serem restritas às ocorrências no SUS não possibilitando a generalização dos dados, o que se configuram como limitações importantes.^{44,32,6,12} Ainda com relação às limitações do estudo realizado, destaca-se o fato de estudar apenas o ano de 2012. No estudo de validação houve perdas em quase 20%, o que pode ter ocasionado redução da precisão, para o dado de sensibilidade.

A validação do SIH/SUS faz-se necessária e pode ser relevante para o planejamento em saúde, tendo em vista que se considera que esse sistema é uma das bases de avaliação da efetividade da APS e pode apontar para a necessidade de introdução de medidas, tanto pela gestão pública do SUS, quanto pelas administrações dos hospitais, para a melhoria da qualidade da informação.^{17,29} A informação deveria refletir, de forma mais precisa, a assistência prestada ao paciente na internação. Assim, se o SIH/SUS não refletir a realidade das internações, não deveria ser utilizado como principal fonte de pesquisas para avaliação da qualidade dos serviços prestados, bem como para demonstrar o perfil das internações ocorridas no país.^{17,20,29}

CONCLUSÕES

Espera-se que este estudo contribua para valorizar a importância do acompanhamento da produção de ICSAP, nos hospitais e municípios, como uma forma de avaliar as políticas de saúde implementadas, e que possa ajudar

os gestores a perceber a necessidade do acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações de saúde.

Mais estudos são necessários, a fim de analisar os fatores associados às ICSAP, tais como a condição socioeconômica dos usuários deste hospital; ainda, pesquisar sobre a qualidade e cobertura da atenção primária, na região e no Distrito Federal; analisar pactuações acerca da regulação de internação no DF, analisar se o perfil das admissões, conforme o fluxo estabelecido por essa regulação, não estaria influenciando também o quantitativo de ICSAP.

Há que se pensar em ações que possam reduzir essas internações, seja por meio de qualificação dos profissionais, por ações integradas entre os diversos pontos de atenção nas regiões de saúde, ou mesmo pelo fortalecimento da cooperação entre profissionais, gestores e a comunidade, a fim de uma abordagem ampliada e mais efetiva para os problemas de saúde que tem alta resolutividade na APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1:18055.
2. Mendes Eugênio Vilaça. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza: 2002.
3. Conill Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 2008 [Acesso em 28/04/2013]; 24(1): s7-s16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 4.279, 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília. 31 dez 2010c; Seção 1:89.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF, 24 out. 2011c. Seção 1, p.48-55.
6. Alfradique Maria Elmira, Bonolo Palmira de Fátima, Dourado Inês, Lima-Costa Maria Fernanda, Macinko James, Mendonça Claunara Schilling et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP Brasil). Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro:2009 [Acesso em 09/04/2012]; 25(6):1337-1349.
7. Billings J, Teicholz N. Uninsured patients in District of Columbia hospitals. Health aff (Millwood). Washington: 1990 [Acesso em 10/04/2012];9(4):158–65. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2289752>
8. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil; 2002.
9. Caminal Josefina, Sánchez Emília, Morales Espinoza Marianela, Peiró Rosana, Márquez Soledad. Avances en España en la investigación con el indicador «Hospitalización por Enfermedades Sensibles a Cuidados de Atención Primaria». Rev. Esp. Salud Publica. Madri: 2002 [Acesso em 10/02/2013]; 76(3):189-196. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000300003&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S1135-57272002000300003>.
10. Caminal Homar Josefina, Casanova Matutano C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive

conditions. Marco conceptual. Atencion Primaria. Espanha: 2003a;31(1):61-5.

11. Caminal Homar Josefina, Morales Espinoza Marianela, Sánchez Ruiz E, Cubells Larrosa MJ, Bustins Poblet M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. *Atencion Primária*. Espanha: 2003b; 31(1): 6-14.
12. Moura Bárbara Laisa Alves, Cunha Renata Castro da, Aquino Rosana, Medina Maria Guadalupe, Mota Eduardo Luís Andrade, Macinko James et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife*: 2010;10 (1):83-91.
13. Junqueira, Rozania Maria Pereira. Descrição das internações por causas sensíveis à atenção primária e análise da mortalidade hospitalar em atendimentos do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal – 2008 Orientadora: Elizabeth Carmem Duarte. Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado em Ciências Médicas, da Faculdade de Medicina, da Universidade de Brasília (UnB). Brasília: 2011. 111f.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 221, de 17 abril de 2008. Publicada em forma do anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. *Diário Oficial* da União, Poder Executivo, Brasília. 21 set. 2008c. Seção 1:50.
15. Barreto Jorge Otávio Maia, Nery Inez Sampaio, Costa Maria do Socorro Candeira. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2012 [Acesso em 28/05/2013]. Rio de Janeiro, 28(3):515-526. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2012000300012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012>.
16. Mendes Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [serial on the Internet]. 2010 [Acesso em 10/07/203];15(5): 2297-2305. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

17. Rehem Tânia Cristina Morais Santa Bárbara, Egry Emiko Yoshikawa. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. Rev. C S Col. [periódico na internet]. 2011a. [Acesso em 20/08 2012]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>.
18. Almeida Márcia Furquim de, Alencar Gizelton Pereira, França Jr. Ivan, Novaes Hillegonda Maria Dutilh, Siqueira Arnaldo Augusto Franco de, Schoeps Daniela et al. Validade das informações das declarações de nascidos vivos com base em estudo de caso- controle. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2006;22(3):643-652.
19. SPSS Inc. SPSS Statistics 20, IBM – Chicago, Estados Unidos, 2011.
20. Rehem Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira diagnósticos. Orientadores: Emiko Yoshikawa Egry e Suely Itsuko Ciosak. Tese apresentada ao curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), na área de concentração em Ciências. São Paulo, 2011b. 307 p.
21. Caldeira Antônio Prates, Fernandes Viviane Braga Lima, Fonseca Walysson Pereira, Faria Anderson Antônio. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife: 2011 [Acesso em 10/06/2014]; 11(1): 61-71. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292011000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S151938292011000100007>.
22. Mafra Fabio. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil. Orientador: Alexandre Xavier Ywata de Carvalho Dissertação de Mestrado apresentada ao curso de Mestrado

Profissional em Regulação e Gestão de Negócios, da Universidade de Brasília (UnB), na área de concentração de Gestão de Negócios. Brasília, 2011.129 f. Campos Amanda Zandonadi de, Theme-Filha Mariza Miranda. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro: 2012. [Acesso em 10/04/2014]; 28(5): 845-855. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000500004&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500004>.

23. Santos Vilma Constancia Fioravante dos, Ruiz Eiziane Nicolodi Francescato, Roesse Adriana, Kalsing Alice, Gerhardt . Internações por condições sensíveis a atenção primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro: 2013; 7(2).

24. Vieira MMC, Vieira IF, Melo WA. Prevalência das Internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil. In: Anais eletrônico do VIII EPCC – Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar. [Acesso em 10/06/2014] Editora CESUMAR; Maringá: 2013. Disponível em: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Mateus_Mazorra_Coelho_Vieira.pdf.

25. Ferreira Janise Braga Barros, Borges Márcio José Garcia, Santos Luciane Loures dos, Forster Aldáisa Cassanho. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. Epidemiol. Serv. Saúde. Brasília: 2014, vol.23, no.1 [Acesso em 10/06/2014], p.45-56. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=pt&nrm=iso.

26. Ferrer Ana Paula Scoleze. Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo.

Orientadora: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi [dissertação]. Faculdade de Medicina da USP; São Paulo: 2009. [Acesso em: 10/01/2014]. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde.../AnaPSFerrer .pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde.../AnaPSFerrer.pdf).

27. Rehem Tania Cristina Morais Santa Barbara, Egry Emiko Yoshikawa, Ciosak Suely Itsuko. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Hospital Geral de uma Microrregião de Saúde do Município de São Paulo, Brasil. *Texto Contexto Enferm.* São Paulo: 2012; 21(3): 535-42.
28. Rehem Tania Cristina Morais Santa Barbara, Oliveira Maria Regina Fernandes de, Amaral Tereza Cristina Lins, Ciosak Suely Itsuko, Egry Emiko Yoshikawa. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo: 2013 [Acesso em 10/02/2014]; 47(4): 884-890. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400884&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400016>.
29. Junqueira Rozania Maria Pereira, Duarte Elisabeth Carmen. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2012 [Acesso em 20/05/2013] ; 46(5): 761-768. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000500001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500001>
30. Pazó Rosalva Grobério, Frauches Diana de Oliveira, Galveas Débora Pereira et al. Hospitalization for primary care sensitive conditions in Espírito Santo: an ecological descriptive study, 2005 - 2009. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012, vol.21, no.2 [Acesso em 27/06 2014], p.275-282. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-4974201200200010&lng=en&nrm=iso.

31. Batista Sandro Rogério Rodrigues, Jardim Paulo César Brandão Veiga, Sousa Ana Luiza Lima, Salgado Cláudia Maria. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. Rev. Saúde Pública, Goiânia: 2012 [Acesso em 10/04/2014]; 46(1): 34-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100005&lng=en. Epub Jan 06,2012.<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000001>.
32. Dias-da-Costa Juvenal Soares, Bütttenbender Dóris Clarita, Hoefel Ana Lucia, Souza Leonardo Lemos de. 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: 2010 [Acesso em 20/04/2014]; 26(2): 358-364. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200014&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000200014>
33. Machado Katia. Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Revista RADIS. Rio de Janeiro: 2009. (83); 12-16. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/83/reportagens/novidade-no-sus>.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A falácia do discurso das partes em saúde: UBS, UPA, AMES, AMAS, policlínicas, mutirões, por Gilson Carvalho. [Acesso em 10/06/2014] Brasília: 2010d. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br/index.php/comunicacao/artigos/110-a-falacia-do-discurso-das-partes-em-saude-ubs-upaames-amas-por-gilson-carvalho>.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Tabnet Win 32 3.0: Internações hospitalares do US – por local de internação – Brasil. Sistema de informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS, 2014. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em

10/06/2014.

36. Malta Deborah Carvalho; Duarte Elisabeth Carmen; Almeida Márcia Furquim; Dias Maria Angélica Salles; Neto Otaliba Libânio de Moraes; Moura Lenildo; Ferraz Walter; Souza Maria de Fátima Marinho. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília: 2007, vol.16, no.4 [Acesso em: 23/06/2014], p.233-244. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v16n4/v16n4a02.pdf>
37. Geib Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletivo*. Rio de Janeiro: 2012 [Acesso em 01/06/2014] ; 17(1): 123-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>.
38. Torres Renata Laszlo, Rehem Tânia Cristina Moraes Santa Bárbara, Egy Emiko Yoshikawa, Ciosak Suely Itsuko. O panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária em um distrito de São Paulo. *Rev. esc. enferm. USP* [Acesso em 17/06/2012]. São Paulo: 2011; 45(2): 1661-1666. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342011000800004&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800004>.
39. Boing Antonio Fernando, Vicenzi Rafael Baratto, Magajewski Flávio, Boing Alexandra Crispim, Moretti-Pires Rodrigo Otávio, Peres Karen Glazer et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo: 2012; 46(2): 359-366.
40. Travassos, Cláudia; Viacava, Francisco; Pinheiro, Rejane; Brito, Alexandre. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev Panam Salud Publica*. 2002; 11(5-6): 365-373. Disponível em:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500011.
000500011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000500011>.

41. Paes Neir Antunes, Silva Lenine Angelo A. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil: uma década de transição. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 1999 [Acesso em 20/05/2013]; 6(2): 99-109. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891999000700004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49891999000700004>.
42. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis. Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases : plano de ação 2011-2015. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.100 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
43. Brasil. Ministério da Saúde. Morbidade Hospitalar do SUS por local de residência: notas técnicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2011e [acesso em 20/02/2014]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/nrdescr.htm>.