

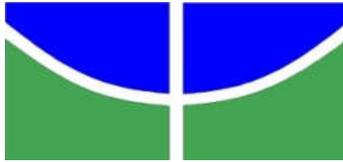


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

**CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DE BRASÍLIA – O CASO DO HOSPITAL DE BASE/HBDF.**

Morgana de Souza Alcântara

Brasília
2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE BRASÍLIA – O CASO DO HOSPITAL DE BASE/HBDF.

Morgana de Souza Alcântara

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em Saúde Coletiva. Orientado pela prof^aMsC Carla Pintas Marques.

Brasília
2013

**CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL
TERCIÁRIO DE BRASÍLIA - O CASO DO HOSPITAL DE BASE/HBDF.**

Morgana de Souza Alcântara

BANCA EXAMINADORA

Profa. Carla Pintas (FCE/UNB)

Profa. Tânia Rehem (FCE/UNB)

Prof. José Iturri (FCE/UNB)

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) referem-se a hospitalizações que poderiam ser solucionadas pela qualidade dos serviços oferecidos pela Atenção Básica (AB), que possui papel fundamental no controle e acompanhamento do movimento das doenças nas regiões quando relativos à rede de atenção. Nesse estudo utilizamos as CSAP como instrumento avaliativo dos serviços oferecidos pelo sistema de saúde no DF, com o objetivo de avaliar a acessibilidade e efetividade da atenção básica quando que, a demanda relativa a esse serviço encontrada nos serviços de média e alta complexidade sugeriria uma deficiência nos serviços prestados pela mesma. Essa avaliação vem sendo implementada em vários países e recentemente chegou ao Brasil e se estabeleceu como Portaria nº 221/2008 representada pela Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, direcionando os estudos à realidade nacional e identificando as doenças passíveis de tratamento na atenção primária. O presente estudo busca identificar condições sensíveis à atenção primária nos casos atendidos na Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) nos meses de Junho, Agosto e Outubro de 2013 totalizando uma amostra de 300 atendimentos coletados através de prontuários informatizados. Observou-se uma proporção de 30% de CSAP no serviço de Emergência do hospital variando entre os grupos diagnósticos segundo CID-10, além de uma dinâmica de atendimento coerente com a oferta oferecida pelo HBDF como referência de atendimento no DF e Entorno. Foi possível ainda, analisar o movimento de atendimento do HBDF, os principais diagnósticos segundo CID-10 e a proporção de CSAP também nos respectivos grupos. Os resultados mostram a importância do monitoramento em saúde e da compreensão da relação de condicionamento entre os serviços oferecidos para o sucesso da rede de atenção.

Palavras-Chave: Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) refers to hospitalizations that could be solved by the quality of services offered by Primary Care, which has a primary role in controlling and monitoring the movement of diseases in regions where on the network attention. This indicator was constructed to evaluate the accessibility and effectiveness of primary care that when the demand on this service found in medium and high complexity suggest a deficiency in the services provided by the core network. This assessment has been implemented in several countries and recently came to Brazil and established himself as Ordinance Number. 221/2008 represented by the Brazilian List Hospitalizations Primary Care Sensitive Conditions, directing studies to national realities and identifying diseases susceptible to treatment in primary care. This study seeks to identify primary care sensitive conditions in patients treated in the Emergency Hospital of the Federal District (HBDF) in the months of June, August and October 2013 a total sample of 300 calls collected through computerized medical records. There was a proportion of 30 % of ACSC in the Emergency department of the hospital ranging from diagnostic groups according to ICD- 10, plus a dynamic service with a consistent supply offered as reference service, HBDF. Our study could analyze the movement's service HBDF, the main diagnoses according ICD- 10 and the proportion of ACSC also in their respective groups. The results show the importance of monitoring health and understanding of the conditioning relationship between the services offered to the successful care network.

Keywords: Health Care (Public Health), Primary Health Care, Health Services.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo sou muito grata a Deus, que felizmente vem me proporcionando inúmeros momentos inesquecíveis. Um desses grandes momentos foi o nascimento da minha filha Heloíse, hoje a razão da minha caminhada e a ti agradeço minha princesa, por dar sentido à minha vida e forças para lutar e ser melhor a cada dia.

À minha família, agradeço humildemente o apoio, a paciência e o carinho, principalmente minha mãe a quem dedico todas as minhas vitórias. Agradeço também a todos os meus professores, instrutores de um senso aprimorador e evolutivo do conhecimento no qual devo meu sucesso acadêmico/profissional e em especial a minha orientadora Carla Pintas, que esteve ao meu lado incentivando e desenvolvendo meu lado crítico a respeito de um tema com tamanha complexidade como os sistemas de saúde.

Aos meus amigos, àqueles que conheci na universidade e que vou levar pra a vida toda, aos demais que me ajudaram na fase gestacional conciliada aos estudos e, a todos que torceram por mim e me ajudaram de alguma forma para a realização desse sonho, o meu muito obrigada. Neste momento sinto que somos todos protagonistas em mais uma conquista, em mais um momento inesquecível nessa história.

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
CONASS	Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HBDF	Hospital de Base do Distrito Federal
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Proporção total de CSAP por atendimento na Emergência do HBDF segundo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2013.

Tabela 2 - As principais causas de internação no SUS em valores percentuais, segundo Mendes, 2005.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição do N° de atendimentos na Emergência do HBDF segundo CID-10 e a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília. 2013.

Quadro 2 - Principais diagnósticos segundo grupo CID-10 na Emergência do HBDF nos meses de Junho, Agosto e Outubro. Brasília.2013.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Principais diagnósticos segundo grupo CID-10 na emergência do HBDF nos meses de Junho, Agosto e Outubro de 2013. Brasília. 2013.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVOS.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1. A Atenção Básica a partir da construção do SUS.....	16
3.2.As Redes de Atenção à Saúde.....	19
3.3.A Atenção Hospitalar.....	21
3.4.As Condições Sensíveis à Atenção Primária.....	22
3.5.A Lista Brasileira de Internações Por Condições Sensíveis À Atenção Primária.....	25
3.6.O Hospital de Base do Distrito Federal.....	27
4. METODOLOGIA.....	28
5. ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS.....	30
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXO I	44
ANEXO II.....	48

1. INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberativas às necessidades das populações que se manifestam nas suas situações de saúde. Por isso, é necessário que haja uma fina sintonia entre essas necessidades e a forma com que os sistemas de saúde se organizam para respondê-las socialmente (OPAS, 2011).

No Brasil para melhor assistir a população em termos de saúde, após a Constituição Federal de 1988 (CF/88) e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o governo estabelece diretrizes para a consolidação do sistema através de novas medidas, sendo algumas delas o estabelecimento da estruturação da rede em três níveis hierarquizados de atenção obedecendo às reformas institucionais estabelecidas pelo Pacto da Saúde e as Normas Operacionais (NOB-Normas Operacionais Básicas e NOAS-Normas Operacionais de Assistência à Saúde), e a Atenção Primária instituída como mediadora na gestão dos serviços de saúde e como porta de entrada ao usuário (BRASIL, 2012).

Segundo Mendes (2011), a estruturação por arranjos produtivos de acordo com suas densidades tecnológicas, variando da menor densidade, a APS, para os níveis de atenção secundários e terciários, “são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs” (MENDES, 2011, p. 78).

O fortalecimento da APS surge também através da implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1990, e alguns anos depois em 1994, com a regulamentação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar, herança da medicina previdenciária, em que a alocação de recursos federais em estados e municípios se dava com base principalmente na produção de serviços e na capacidade instalada, os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos e transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (*per capita*) (SCOREL et, al. 2007, p. 1).

Dessa forma, percebe-se o movimento de ações em prol da efetivação dos serviços em que reforçam o papel da atenção básica enfatizando que, uma conduta regular dos serviços oferecidos pela atenção primária influencia e assim ordena os demais níveis de atenção para que eles realizem suas atividades sem uma demanda excessiva, passando a trabalhar de forma programada e integralizada as relações de condicionamento entre os níveis hierárquicos de atenção.

Segundo a OPAS (2011), vários estudos demonstraram que uma equipe de Atenção Primária de qualidade pode resolver de 85 a 90% dos problemas de saúde de uma comunidade. Neste sentido, a APS que busca atender sua população de forma eficiente e equânime responderá quase pela totalidade das necessidades de saúde da região e os hospitais terão suas demandas reduzidas e trabalhadas de forma direcionada para atender o restante dos problemas encontrados. Foi neste sentido que a APS se estabeleceu como um dos principais instrumentos da política de saúde do Brasil.

Porém, embora a APS possua em sua essência, segundo a Política da Atenção Básica (PNAB, 2012), o papel de promover saúde e prevenir agravos através da informação e do acompanhamento clínico, ações de vigilância epidemiológica e controle com as ações de imunização, que contribuem para diminuir os fluxos no sistema e organizar as ações na rede, percebe-se ainda uma procura elevada por atendimentos em hospitais contraditória à proposta de organização do SUS que contribuem para a superlotação dos hospitais públicos e gastos demasiados em saúde.

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. Indica, em última instância, baixo desempenho do sistema de saúde, como um todo e do hospital em particular, e induz à baixa qualidade assistencial (BITTENCOURT & HORTALE, 2009, p. 1).

[...] A crise contemporânea dos sistemas de saúde manifesta-se, inequivocamente, no SUS, apesar dos significativos avanços que esse sistema apresentou para a população brasileira em pouco mais de duas décadas de existência. A razão principal é que há uma incoerência entre a situação de saúde e a resposta social a essa situação, estabelecida pelo sistema público de saúde brasileiro. A situação de saúde no Brasil está fortemente influenciada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças (OPAS, 2011, p. 41).

A transição demográfica é apenas um dos fatores influenciadores da incoerência dos serviços ofertados. Atualmente, o processo de mudança na carga de doenças que variam das doenças agudas para as doenças crônicas, decorrente do envelhecimento populacional nos países em desenvolvimento, gera sobrecarga nos serviços e forçam os gestores a tomarem novas medidas apesar dos recursos limitados quando considerado o subfinanciamento da área da saúde como outro grande desafio para o Sistema Único de Saúde.

[...] Ao se analisar o gasto público em saúde como percentual do gasto total em saúde, o Brasil atingiu um valor de 41,6%. Esse percentual é muito baixo, inferior ao de países latino-americanos como: Argentina (50,8%); Chile

(58,7%); Colômbia (84,2%); Costa Rica (72,9%);Cuba (95,5%); e México, (45,4%). É inferior, inclusive, ao percentual encontrados nos Estados Unidos, um sistema fortemente segmentado, que foi de 45,5%. Os países que, efetivamente, implantaram sistemas de saúde públicos universais, sejam Beveridgeanos, sejam Bismarkianos, despendem, sem exceção, de mais de 70% do gasto total em saúde com seus sistemas públicos: Alemanha, 76,9%; Canadá, 70,0%; Dinamarca, 84,5%; Espanha, 71,8%; Finlândia, 74,6%; França, 79,0%; Itália, 81,3%; Noruega, 84,1%; Portugal, 70,6%; Reino Unido, 81,7%; Japão, 81,3%; Suécia, 81,7%. Portanto, as evidências internacionais sugerem que a universalização dos sistemas públicos implica gastos públicos iguais ou superiores a 70% dos gastos totais em saúde (OPAS, 2011, p. 46).

Portanto, entende-se que para alcançar a universalização do sistema é necessário alto investimento em saúde em resposta a essa demanda generalista, o que não vem ocorrendo no Brasil como aponta a OPAS. Em torno disso, nota-se a necessidade do acompanhamento e da análise dos serviços na tentativa de observar as principais necessidades dessa demanda e como os serviços as suportam a fim de oferecer melhorias através de planejamentos estratégicos.

Em meados da década de 90 nos Estados Unidos da América (EUA), surge um instrumento avaliativo da atividade hospitalar chamado como Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) traduzido como “Condições Sensíveis à Atenção Primária” para a língua portuguesa.

Para Nedel (2010), Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos por ações típicas do primeiro nível de atenção, cuja evolução, na falta de atenção oportuna e efetiva, pode exigir a hospitalização. Neste sentido, esse instrumento busca avaliar a qualidade dos serviços a partir de uma análise do impacto dos serviços da atenção básica nos demais serviços especializados pelos casos de internações hospitalares.

[...] Alguns estudos apresentam significativas diferenças entre as taxas de internação hospitalar por determinadas afecções entre populações distintas, denotando acesso diferenciado aos serviços de atenção primária. Assim, embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade resolutiva dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde (FERNANDES et, al. 2009, p.3).

Para Ferreira, Dias & Mishima (2012), a utilização das internações por CSAP como um indicador de efetividade, no sentido de avaliar os serviços de saúde no nível primário, pode-se perceber que este fornece subsídios ao planejamento de ações de saúde, permitindo realizar uma avaliação da efetividade dos serviços, programas e políticas.

Alguns anos após a utilização desse método avaliativo no Brasil criam-se a Lista Nacional de ICSAP baseadas na realidade da saúde do país pela Portaria nº 221/2008 (ANEXO

I). Este indicador tornou-se um dos meios para alcançar possíveis melhorias, diminuindo internações hospitalares e reorganizando os fluxos do sistema à medida que este marcador pode revelar problemas de acesso e efetividade da atenção primária, representando um sinal para novas ações contra os problemas em busca da resolutividade dos serviços (ALFRADIQUE, 2009).

O propósito de uma lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária é desenvolver mais uma ferramenta que possa contribuir para avaliar a atenção primária no país e comparar seu desempenho. A institucionalização do uso de indicadores como as internações por condições sensíveis à atenção primária faz parte de uma estratégia para aprimorar o planejamento e gestão dos serviços de saúde por autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE, 2009, p.2).

A escolha pelo tema se deu em função de ter participado durante a graduação de um projeto de pesquisa, envolvendo as CSAP na regional de saúde de Ceilândia, me motivando a expandir as possibilidades, verificando essas CSAP em um hospital de grande porte, referência para o DF e Entorno de Goiás.

2.OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Analisar a proporção dos casos de condições sensíveis à atenção primária na Emergência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) de acordo com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o quantitativo dos casos sensíveis à atenção primária atendidos nos meses de Junho, Agosto e Outubro de 2013 na emergência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).
- Identificar os principais diagnósticos estabelecidos por grupos da CID-10 nos casos atendidos na emergência do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A Atenção Básica a partir da construção do SUS

A Atenção Primária à Saúde é definida na Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2012), como aquela capaz de promover a saúde e prevenir agravos através da informação e do acompanhamento clínico, ações de vigilância epidemiológica e controle com as ações de imunização, contribuindo para diminuir os fluxos no sistema e organizar as ações na rede de saúde.

Segundo a OPAS (2011), quando a APS se estabelece como peça central na estruturação das redes integradas de atenção à saúde, ela consegue melhorar o estado de saúde da população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços.

Alguns desafios importantes para a constituição de uma APS de qualidade, organizadora de rede integrada de cuidados, são, além da fixação de profissionais qualificados nas equipes de Saúde da Família, o grau de efetividade clínica das equipes frente aos problemas de saúde mais frequentes e a prática efetiva da coordenação do cuidado individual com garantia da sua integralidade (OPAS, 2011, p. 49).

Ainda sobre os aspectos da Atenção Básica em função da rede de atenção, Barbara Starfield (2002), menciona que a eficiência da atenção médica não está restrita ao tratamento somente da enfermidade, mas deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive. Entende-se então a importância da valorização do conhecimento sobre as características sociais de cada grupo populacional em que o sistema deve estar atento para a tomada de decisões.

Toda essa expansão, que, por um lado, inegavelmente ampliou o acesso das pessoas à APS, por outro carece de um incremento na qualidade dos serviços oferecidos à população. O acesso com qualidade é uma prioridade de governo para a atenção primária, e entendemos que essa busca da qualidade possui duas dimensões: uma interna, que diz respeito à ampliação do conhecimento e da qualidade do processo de trabalho das equipes multidisciplinares – e outra externa, que fala da inserção da APS nas redes de atenção para promover a integralidade vertical do cuidado e garantir o melhor resultado para a saúde da população (OPAS, 2011, p. 9).

O documento do CONASS sobre o Sistema Único de Saúde e a qualificação do acesso, discute sobre as mudanças dos serviços para a concretização do direito à saúde, incluindo as mudanças de gestão instituídas pelo Pacto pela saúde e menciona sobre a descentralização do

poder e dos recursos através da autonomia dos municípios ao gerir suas próprias situações de saúde:

[...] O processo de descentralização e regionalização vem gradativamente transferindo aos municípios deveres e responsabilidades na atenção à saúde da população, que antes competiam ao governo do estado e ao Governo Federal. Ampliam-se a autonomia e o poder de decisão municipal para a definição de ações estratégicas no enfrentamento dos problemas e das necessidades locais. Confere-se ao município a possibilidade de plena gestão do seu sistema de saúde na perspectiva de conformação de redes locais de serviços capazes de ofertar atenção à saúde de forma integral, resolutiva e humanizada à sua população (CONASS, 2009, p. 24).

As articulações políticas passaram a utilizar a territorialização e a municipalização como mecanismos para fortalecer a rede de atenção e favorecer a gestão dos serviços buscando atender demandas diretamente associadas às questões locais.

As forças foram voltadas para a legitimação do direito à saúde a partir da resolutividade da APS configurada como o nível de maior demanda na saúde decorrente de um fenômeno chamado transição demográfica, referente a mudança da faixa etária populacional e conseqüentemente nas doenças que acometem esses indivíduos.

A referida transição demográfica acelerada se associa com uma transição de natureza epidemiológica, o que acarreta o fato de que as DCNT já superam as doenças transmissíveis nas estatísticas. Segundo o Banco Mundial, as doenças crônicas representam hoje dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e chegará aos três quartos até 2030 (GOULART, 2011, p. 13).

As doenças configuradas crônicas se tornaram prioridade à medida que o número de idosos foi progredindo, uma condição diretamente ligada ao desenvolvimento acelerado dos países emergentes, resultando no aumento da expectativa de vida em função do progresso econômico e tecnológico do atual panorama desenvolvimentista mundial. Devido a esse fenômeno, cria-se a Portaria nº 252 de 19 de fevereiro de 2013, que institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS).

[...] Art. 3º A finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2013).

As mudanças no modelo de atenção à saúde se fizeram ainda, com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1994 como uma prática inovadora para a reorganização do sistema.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua. As primeiras equipes começaram a ser implantadas no Brasil a partir de 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial da atenção primária, em substituição ao modelo tradicional, centrado na consulta médica, orientado para cura de doenças e realizado principalmente em hospitais (FERNANDES et, al. 2009, p. 1).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada logo alguns anos depois ao PACS e revigorou a ideia inicial de reforçar a APS. A estratégia trabalha na operacionalização das ações através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que por sua vez cadastram e descrevem o contexto social da região, instalam Unidades da Saúde da Família (USF) contempladas por uma equipe multiprofissional com médico, enfermeiro, ACS, assistente social, psicólogo, odontólogo, dentre outros, sendo considerada uma estratégia que possibilita a integração e a organização das atividades com ênfase na educação e prevenção de riscos e agravos de saúde (GIOVANELLA et, al. 2008).

Segundo a Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde, que revisa e aprova a política nacional de atenção básica estabelecendo normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS), menciona que:

A estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma re-orientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2011).

Propõem-se ainda o acolhimento, a Política Nacional de Humanização (PNH) e as linhas de cuidado como ferramentas para a interação tanto entre os próprios profissionais de saúde quanto entre os profissionais e os usuários, resultando também em aspectos positivos na organização institucional e com isso estabelecendo responsabilização pelos pacientes nas diferentes áreas em que o paciente possa necessitar, troca de informações e experiências entre aqueles que possuem papel essencial para o cuidado integralizado, os profissionais do SUS.

A APS é caracterizada como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção

da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 2011), considerando ainda:

[...] o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011).

Desse modo, observa-se que há um avanço na concepção que se tem sobre o indivíduo e sobre suas necessidades de saúde, isso vem se tornando um conceito compartilhado, porém com dificuldades na sua otimização pelo contexto social atual, entendendo que se passa a:

[...] Utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.[...] Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos 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, 2012).

3.2 As Redes de Atenção à Saúde

Segundo Mendes (2011), os serviços de saúde se organizam numa rede de pontos de atenção à saúde, constituída por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser oferecidos, espacialmente, de forma ótima.

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011, p. 61).

A busca por melhores formas de combinações e arranjos institucionais são fundamentais para a excelência dos sistemas de saúde que buscam o equilíbrio entre os pontos da rede junto aos sistemas de apoio em função da acessibilidade dos usuários.

A estruturação dessas redes deve ter como ponto de partida a organização da atenção primária, situada no centro dessa rede, como ordenadora de fluxos e contra fluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, à execução dos casos de urgência e emergência (REHEM & EGRY, 2011, p. 3).

E por que tem sido tão difícil essa interação entre os níveis de atenção? Existem ainda grandes desafios para a real concretização do sistema, sendo um deles fragmentação da

rede de saúde. Segundo Mendes (2010) em um sistema de saúde fragmentado a atenção primária não dialoga com os demais níveis de atenção impossibilitando seu papel de mediador e coordenador do cuidado. Para o autor:

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em todos os países do mundo, decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica e de transição epidemiológica completa nos países desenvolvidos e de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações (MENDES, 2010, p. 2).

Além de questões relativas ao subfinanciamento, como já mencionado, acredito que existe um grande elo entre o sujeito e o meio em que vive e que a saúde também possui o dever de exercer função de mediadora nessa relação em busca de melhorias, mas que ainda não consegue lidar com a variedade de problemas gerados em consequência das disparidades sociais, que por sua vez são os maiores condicionantes de saúde.

[...] O estado de saúde de uma população é determinado pelos mesmos fatores que agem em nível ecológico (população), em vez do nível individual. Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza da população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para os seus membros. (STARFIELD, 2002, p. 2002).

Além dos determinantes sociais, o Brasil vive hoje uma transformação em seu Modelo de Atenção à Saúde, passando do modelo de atenção hegemônico centrado no uso da saúde/doença como mercadoria em processos descontínuos e individualizado para o redirecionamento das ações seguindo as diretrizes do SUS, utilizando equipes de saúde multi e interdisciplinares, dentre outros mecanismos como ferramenta para uma mudança de paradigma relativo ao sistema de saúde e sua concepção (GIOVANELLA et, al. 2008).

Diante dessa situação de crise, o Brasil procura meios para enfrentar as mudanças decorrentes do desenvolvimento do país. As doenças crônicas passam a ter prioridade devido a transição demográfica, porém como mencionado por Mendes (2010), as doenças agudas ainda pesam na rede configurando uma situação de dupla carga de doenças no país. Com isso, o trabalho em saúde ao invés de ser direcionado acaba sendo generalista e muito difícil de atingir sua plenitude, além do alto custo para suprir toda a demanda em saúde.

3.3 A Atenção Hospitalar

Mesmo com todas essas transformações e inovações para a garantia do cuidado em saúde, a atenção hospitalar capaz de oferecer leitos para hospitalizações decorrentes de suas atividades especializadas, ainda se mantém como parte fundamental para a assistência dos usuários do SUS.

A política nacional da atenção hospitalar surge com a finalidade de “Promover o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais na atenção hospitalar, mediante um planejamento cooperativo e solidário entre as esferas governamentais, com vistas a qualificação e resolutividade da atenção” (BRASIL, 2013).

O centrismo do hospital e a sua departamentalização/fragmentação excessiva devem ceder espaço ao hospital que dê valor ao conjunto da rede de serviços e coopere, eficazmente, com seus usuários (internos e externos) antes e depois da hospitalização. Esta evolução é necessária para melhorar a organização da atenção, responder às necessidades da população e aproximar-se dela, bem como para eliminar os gastos desnecessários (BRASIL, 2011).

Pensar a rede significa pensar em uma atenção continuada e que seja capaz de ofertar os serviços de acordo com as necessidades dos indivíduos, que valorize as ações de promoção, prevenção e reabilitação e não atue de forma fragmentada com a supervalorização clínica e de determinadas profissões de saúde. Há que se discutir a capacidade de resolutividade do SUS e na otimização das práticas visando a construção de uma saúde pública de qualidade através de cada indivíduo que compõe essa rede de saúde.

Segundo O'Dwyer no texto sobre avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS:

A situação da assistência às urgências é bastante complexa, tendo em vista os diversos fatores envolvidos: a necessidade de assistência para os casos de violência e acidentes nos grandes centros urbanos; a difusão dos serviços de pronto atendimento; o processo de transferência da gestão do sistema público de saúde para os municípios; os interesses dos prestadores; as expectativas de assistência por parte da população. Independente da dificuldade de abordar uma questão tão complexa, a principal justificativa para o investimento nos serviços de emergência é que são altamente rentáveis em termos de benefícios sociais, isto é, a redução da morbimortalidade (O'DYWER, OLIVEIRA, SETA, 2009, p. 2).

Os serviços hospitalares são de fato indispensáveis para o cuidado em saúde com isso, nos deparamos com a complexidade de uma rede que propõe responsabilização por toda a população em termos de saúde. O atendimento deve ser resolutivo em todos os sentidos, deve gerar satisfação ao usuário e principalmente salvar vidas e gerar melhores condições de vida.

3.4 As Condições Sensíveis à Atenção Primária

Tem-se observado nos últimos tempos, o empenho político na adoção da avaliação como prática regular e sistemática de suas ações. Estudos em diversos países vêm desenvolvendo pesquisas direcionadas à construção de indicadores capazes de avaliar a resolução da Atenção Primária. Nesse contexto, a análise das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAA) um dos indicadores propostos para avaliar resultado, efeito ou impacto da atenção oferecida neste nível do sistema de saúde (ELIAS & MAGAJEWSKI, 2008).

Desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) por Billings, *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)*, traduzido para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária surgiu na década de 1990 inicialmente com o objetivo de avaliar impactos financeiros nas relações dos serviços da rede. Segundo Ferreira, Dias & Mishima (2012) este conceito é relativamente novo e foi construído inicialmente baseado no conceito de mortes evitáveis com a intenção de identificar parcelas da população norte-americana sem acesso à atenção ambulatorial assim como conhecer e analisar o impacto financeiro decorrente deste fator.

O indicador internações por condições sensíveis à atenção primária tem sido abordado por diferentes perspectivas. Na Europa, observa-se uma preocupação dos autores em relação à correta composição da lista de morbidades sensíveis à atenção primária e a validação dessa lista. Nos Estados Unidos, os estudos são direcionados a comparações entre usuários portadores de seguros de saúde e os não portadores de seguro saúde, ao tipo de seguro saúde, ao custo destas internações para os seguros saúde, a análise por gênero e etnia e o efeito dos serviços de saúde de atenção primária nas internações potencialmente evitáveis. No Brasil, foi formulado o indicador composto Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) a partir de uma lista de problemas de saúde para os quais ações efetivas no nível da atenção primária, tais como prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, diminuiria o risco de internações (MOURA et, al. 2010, p. 2).

Esse instrumento passou então a ser analisado de outras formas variando de acordo com as necessidades dos sistemas de saúde de cada país. Em um estudo sobre a possibilidade de avaliação da APS através das ICSAP, os autores mencionam sobre a utilização desse método na Espanha que: “por possuir um sistema nacional de saúde universal, com base na Atenção Primária à Saúde (APS), apresenta aplicação das CSAP um pouco diferente da original, passando a serem utilizadas como indicador de efetividade do nível primário da assistência à saúde” (FERREIRA, DIAS & MISHIMA, 2012, p.2).

Com isso, as ICSAPs se tornaram marcadores que avaliam a acessibilidade e efetividade dos serviços da atenção básica a partir de investigações sobre a atividade hospitalar,

sendo por ele compreendido como “um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da atenção primária deve ter como consequência a redução das internações e permanência no hospital” (ALFRADIQUE et, al. 2009, p. 1).

Para Alfradique, não há consenso na literatura sobre as internações por condições sensíveis à atenção primária.

Essas causas são historicamente mutáveis, uma vez que representam eventos que poderiam ser evitados, em sua totalidade ou em parte, pela presença de serviços efetivos de saúde. O conceito de evitabilidade depende, portanto, das evidências científicas disponíveis em dado período (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 3).

Esse mesmo autor considera ainda que, internações por doenças infecciosas podendo ser prevenidas através de imunização como sarampo, tétano e difteria, entre outras, podem ser controladas, acompanhadas e assim evitadas. Para o autor:

É também possível evitarem-se aquelas cujas complicações podem ser atenuadas por meio de diagnóstico e tratamento precoces (como gastroenterites). Igualmente, considerasse que, sendo de qualidade, a atenção primária à saúde reduza as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis (por exemplo, coma diabético), assim como reduza as readmissões e o tempo de permanência no hospital por diversas doenças (entre as quais, o exemplo mais proeminente é a insuficiência cardíaca congestiva) (ALFRADIQUE et. al, 2009, p. 2).

Ferreira demonstra a importância dos indicadores em saúde dizendo:

A utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos, que de certa forma facilita a compreensão da realidade social, constituindo-se em ferramentas auxiliadoras do processo de avaliação das ações implantadas (FERREIRA, 2012, p. 2).

Infere-se então que os indicadores promovem a compreensão de determinados aspectos sociais e que auxiliam nos estudos para redução de danos. Cabe destacar também a importância dos estudos que oferecem informações sobre o movimento da saúde das regiões e as principais doenças acometidas àquela população para a identificação de parcelas carentes de acesso à atenção básica e assim estabelecer medidas em prol da resolutividade do cuidado em saúde.

Em outro estudo realizado por Nedel (2010), sobre as características das hospitalizações por CSAP, considera que em algumas regiões como em Maryland, Estados Unidos:

[...] realizar mais consultas por problemas clínicos em serviços de atenção primária associou-se a um maior risco de internação por CSAP em menores de 19 anos de idade, enquanto um maior número de consultas preventivas associou-se à redução no risco de internação por essas causas. Esse resultado contrasta em parte com os encontrados em Victoria, Austrália, onde o número de consultas de APS associou-se a um pequeno efeito redutor das taxas de internação por CSAP em pessoas de todas as faixas etárias. Em conclusão, os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de internar por CSAP (NEDEL et.al, 2010, p. 6).

Em outro estudo, que aponta ainda aspectos relacionados à cobertura da ESF, o inquérito de morbidade hospitalar no estado de Minas Gerais evidenciou que:

[...] a população avaliada apresenta um elevado percentual de internações por condições que poderiam ser mais bem controladas na atenção primária (38,8%). a não realização de controle de saúde no psf implicou maior associação com internações por condições sensíveis e a falta de vínculo com o PSF manteve-se no modelo multivariado final, registrando uma probabilidade duas vezes maior de internações por condições sensíveis ao cuidado primário (FERNANDES et. al, 2009, p. 4).

Esses pontos realçam o trabalho das equipes da ESF resultante direto nas hospitalizações e evolução da gravidade dos casos. Por ser uma estratégia para o combate e erradicação de algumas doenças, esse método promove ainda o contato com comunidade e insere o profissional de saúde no cotidiano das pessoas para então ajudá-los com base na realidade das doenças que acometem determinada região.

É imprescritível apontar que existem contrapontos ao uso desse método avaliativo relativo às limitações desse indicador como menciona Alfradique:

Uma redução nas taxas de internação por essas causas apenas sugere possíveis melhorias na atenção primária à saúde. Os outros diversos fatores que afetam as taxas de internações não são facilmente mensurados e ajustados/controlados. A análise dessas internações depende de dados administrativos (como as autorizações de internação hospitalar), e isso pode exacerbar os problemas presentes nesses bancos de dados, que não foram criados pela pesquisa. O uso das internações por condições sensíveis à atenção primária na pesquisa requer uma análise cuidadosa das próprias fontes de dados hospitalares. (ALFRADIQUE et al., 2009, p. 10).

O SUS apresenta, assim como as práticas de atenção à saúde, sistemas de informações fragmentados. O sistema lida com inúmeros programas para a consolidação de dados que seriam facilmente consolidados em um sistema de informação integrado. Ainda é comum o desconhecimento das novas tecnologias e a falta de um processo de educação permanente.

3.5 A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Segundo Elias & Magajewski (2008) no Brasil, o Ministério da Saúde indicou uma significativa diminuição das internações infantis a partir da implantação do PSF, e menciona como fatores contribuintes para essa redução o acompanhamento sistemático e a garantia de acesso às crianças com problemas agudos ao atendimento médico nas unidades de saúde.

Estudo realizado em hospitalizações por causas evitáveis em crianças de um a quatro anos na Região Nordeste do Brasil, durante o ano de 1994, encontrou taxa de hospitalização de 24,4%, sendo a maioria por pneumonia (7,3%) e diarreia (7,1%), e na sua maioria, custeadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (78,1%). Na avaliação dos autores, a maior parte das hospitalizações na região ocorreu por causas evitáveis ou sensíveis à atenção ambulatorial (ELIAS & MAGAJEWSKI, 2008, p. 5).

Para que o trabalho realmente funcione faz-se necessário que toda a rede opere adequadamente o seu papel em função do SUS. Estudos que aprimoram o conhecimento sobre a saúde são fundamentais para o funcionamento sistema, como o estudo realizado no sul de Santa Catarina que analisou os aspectos a atenção básica, das mudanças decorrentes da implantação da ESF que impactam no trabalho assistencial mensurado pelas ICSAPs.

Com o avanço científico nacional nesta temática, aliado à possibilidade de sua utilização como um indicador de acesso e qualidade da atenção, assim como um indicador indireto de efetividade da atenção primária, passa a haver um impulso na necessidade da criação de uma lista de condições sensíveis adaptada à realidade brasileira, e que possibilitasse sua aplicabilidade no contexto nacional (FERREIRA et. al, 2012, p. 2).

A partir de estudos como esses que avaliam a atenção básica através das ICSAP em algumas regiões do país e considerando a versatilidade desse indicador utilizado em diferentes países e sistemas de saúde, no Brasil em 2008, cria-se a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária estabelecida pela Portaria nº 221, refletindo as diversidades das condições de saúde no território nacional.

De acordo com a portaria, para a implementação desse método foram considerados estudos desenvolvidos em outros países que identificaram a influência da APS na redução de internações hospitalares por condições sensíveis e considera: “a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2008).

No Brasil, foi formulado o indicador composto Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) a partir de uma lista de problemas de saúde para os quais ações efetivas no nível da atenção primária, tais como

prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas, diminuiria o risco de internações (MOURA et, al. 2010, p. 2).

Para a produção da lista citada, segundo o autor:

[...] assume-se que, para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. Isso significa que o cuidado deve ser resolutivo e abrangente, de forma que a referência se dará somente naqueles casos raros e incomuns que extrapolarem sua competência, sendo responsabilidade da atenção primária a coordenação do cuidado daqueles que utilizarem serviços em outros níveis de atenção, tornando-os integrados. (ALFRADIQUE et, al. 2009, p. 2).

Dando continuidade a esse trabalho, foram utilizados conceitos e modelos já existentes, fazendo uma revisão de outras listas (nacionais e internacionais), trabalhada da seguinte forma:

As etapas seguidas para a elaboração da lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária incluíram: (1) realização de reuniões de trabalho estruturadas com pesquisadores e gestores para a primeira fase de validação da lista (face *validity*); (2) consolidação e revisão da lista elaborada nessa oficina; (3) consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e (4) consulta pública. [...] Foram adaptados os seguintes critérios utilizados por Caminal et, al. para guiar a inclusão/exclusão dos diagnósticos: (1) existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à atenção primária à saúde; (2) ser uma condição de fácil diagnóstico; (3) ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); (4) ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; (5) haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; (6) o diagnóstico não é induzido por incentivos financeiros (ALFRADIQUE et, al. 2009, p. 4).

Um tema relativamente novo e que vem tomando grandes proporções, as CSAP se caracterizam principalmente como uma ferramenta para avaliação, monitoramento e planejamento com o objetivo de contribuir para melhorias no sistema de saúde.

3.6 O Hospital de Base do Distrito Federal

Recebendo o nome de Hospital de Base de Brasília (HBDF) devido ao fruto de seu atendimento especializado prestado à população da cidade, o HBDF em 1978 passa a atender patologias de alta complexidade (terciárias) quando a proposta de hierarquização da atenção à saúde implanta-se no sistema de saúde. Os Hospitais, agora Regionais e não mais Rurais, passam a exercer atividades sobre patologias de média complexidade (secundárias), e os Centros de Saúde, responsáveis pela atenção primária (Portal GDF).

Hoje, o HBDF atende toda a população do DF, entorno e estados circunvizinhos e utiliza como instrumento operacional um software chamado Trackcare® para o controle gerencial da rede. O sistema, relativamente novo, busca integrar a rede através da tecnologia da informação, levando conteúdos informatizados que possam ser acessado em todas as localidades de saúde, sendo este aperfeiçoado cotidianamente.

4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo que buscou identificar as proporções das Condições Sensíveis à Atenção Primária de acordo com a Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária, no serviço de Emergência do Hospital de Base (HBDF) a partir de uma coleta de dados do tipo primária, utilizando-se de um sistema gerencial de informação.

Estudo quantitativo, ou seja, que se dá pela quantificação tanto na coleta quanto na consolidação das informações, se utiliza, então, técnicas estatísticas com intuito de obter dados sem distorções de análise e interpretação (DALFOVO, LANA e SILVEIRA, 2008)

A coleta dos dados se deu através do sistema gerencial de informação denominado Trackcare®. A montagem dos relatórios utilizando as ferramentas oferecidas pelo sistema foi realizada com o auxílio do coordenador de informática do hospital.

Foram coletados de forma aleatória, de um total de 300 prontuários, sendo 100 de cada mês respectivamente: Junho, Agosto e Outubro de 2013. A escolha desses meses foi em função destes serem períodos de pós-férias escolares e de grande fluxo de pacientes no hospital. Foram sorteados os prontuários em cada um dos meses escolhidos.

A amostra aleatória é bastante precisa e apresenta todos os elementos da população com probabilidade conhecida de serem escolhidos para fazer parte da amostra. O processo consiste em selecionar uma amostra “n” a partir de uma população “N”. Geralmente a seleção é feita sem reposição e cada amostra é feita unidade a unidade até que se atinja o número pré-determinado (MONTENEGRO, 1981). As duas modalidades mais utilizadas de obter a amostra “n” são o método de sorteio, no qual são escolhidos um a um até que esteja completa a amostragem e a tabela de números aleatórios, na qual serão sorteados até que seja satisfeita a solicitação da amostra (NAZARETH, 1999).

Foram coletados dados referentes ao diagnóstico do paciente quando atendido no serviço de Emergência do HBDF através de prontuários informatizados daquele hospital. Esses diagnósticos foram compatibilizados com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10.

Em um segundo momento, foi realizado uma análise comparativa dos resultados encontrados com a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) para a identificação de casos sensíveis à atenção primária. Todos os dados foram

agrupados em tabelas utilizando-se do programa Excel® 2010 além de anotações realizadas quando da coleta junto ao sistema Trackcare®.

Sabendo da importância dos direitos humanos como pesquisadora, e dos aspectos éticos em pesquisas com seres humanos determinados pela Resolução nº 196/98 que incorpora a autonomia a não maleficência, beneficência e justiça do indivíduo como referenciais básicos da Bioética, é importante ressaltar que os dados levantados foram retirados de prontuários em uma pesquisa que utiliza medidas éticas e legais devidamente autorizados pela instituição, garantindo sigilo de todos os dados não mencionados na pesquisa, cor designada pela classificação de risco de forma quantitativa e a CID-10 para fins comparativos.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FEPECS e aceita com parecer nº 484.028 de 02/12/2013 (Anexo II). Foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devido à coleta de dados ter ocorrido através de prontuário eletrônico, sem qualquer tipo de identificação do usuário.

5. ANÁLISE DOS DADOS E RESULTADOS

Os dados coletados permitiram verificar a proporção de pacientes que procuraram o serviço terciário para atendimento. A partir dessa procura foi possível então analisar as doenças diagnosticadas de cada atendimento relacionando-as com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-10, estabelecida nos prontuários.

Segundo a Portaria 221/2008, Art. 2º - “a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal” (BRASIL, 2012).

É neste sentido que esse estudo se propôs a analisar o fluxo de atendimento da emergência do Hospital de Base e fornecer subsídios para a mensuração de seu rendimento através da avaliação de CSAP, enfatizando a importância do diálogo entre os níveis de atenção para o funcionamento da rede.

A CID-10 publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) busca a padronização de doenças, sinais e sintomas, queixas, causas externas dentre outras, que favorecem a comunicação entre os profissionais de saúde. O Volume I contém a classificação propriamente dita, assim chamada lista tabular. Esta é formada por categorias, isto é, códigos de três caracteres (uma letra e dois algarismos) e subcategorias (nesse caso, quando a uma categoria é atribuído um outro número, tem-se, portanto, as subdivisões de três caracteres iniciais acrescidos de um ponto e de outro número. Um conjunto de categorias que contém doenças semelhantes constitui um agrupamento. Vários agrupamentos constituem um capítulo (DATASUS, 2008).

Foi proposto para a tabela 1, a distribuição do número de atendimentos que, segundo a CID-10, pertencem ao grupo da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Tabela 1 — Proporção total de CSAP por atendimento na Emergência do HBDF segundo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2013.

Grupo CID-10	Diagnóstico segundo CID-10	n°	N° total de casos por CSAP	%
A	A09 – Diarreia e gastroenterites de origem infecciosa presumível	1	4	1,33%
	A17.0 – Tuberculose Meníngea	1		
	A49 - Infecção bacteriana de local não especificado	1		
	A90 – Dengue Clássico	1		
E	E10 – Diabetes Mellitus	1	2	0,66%
	E16.1 – Outra Hipoglicemia	1		
G	G40 – Epilepsia	2	3	1%
	G44.4 – Cefaléia induzida por drogas	1		
H	H60 – Otite externa	2	15	5%
	H61.2 – Cerume compactado	2		
	H65 – Otite média aguda serosa	3		
	H65.1 – Otite média aguda e subaguda mucoide	1		
	H66 – Otite média supurativa	1		
	H66.9 – Otite média crônica	1		
	H92 – Otolgia	5		
I	I10 – Hipertensão essencial (primária)	9	34	11,33%
	I20 – Angina pectoris	3		
	I20.9 – Angina cardíaca	1		
	I21 – Infarto agudo do miocárdio	4		
	I41.2 – Miocardite em outras doenças infecciosas e parasitárias classificadas em outra parte	1		
	I44.2 – Bloqueio atrioventricular total	1		
	I49- Outras arritmias cardíacas	1		
	I50 – Insuficiência cardíaca	2		
	I64 – Acidente Vascular Cerebral	12		

	I65 – Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais	1		
	I67 – Aneurisma cerebral não-roto	2		
J	J01 – Sinusite aguda	3		
	J03 – Amigdalite aguda	5		
	J14 – Pneumonia devida a <i>HaemophilusInfluenzae</i>	1		
	J15.9 – Pneumonia bacteriana	2		
	J30.4 – Rinite alérgica não especificada	1	16	5,33%
	J32 – Sinusite crônica	1		
	J35 - Doenças crônicas das amígdalas e das adenoides	1		
	J36 – Abscesso periamigdalino	1		
	J44.1 – Doença pulmonar obstrutiva crônica	1		
K	K29 – Gastrite e duodenite	1	3	
	K92 – Outras gastroenterites e colites não infecciosas	1		1%
	K92.2 – Hemorragia gastrointestinal	1		
L	L02 – Abscesso cutâneo, furúnculo e carbúnculo	1	1	0,33%
N	N18 – Insuficiência renal crônica	2	12	
	N20 – Calculose do rim e do ureter	7		
	N23 – Cólica nefrética	1		4%
	N39 – Infecção do trato urinário	2		
TOTAL			90	30%

Fonte: Sistema Trackcare, Brasília. 2013.

Verifica-se que o número de atendimentos na emergência relacionados aos casos por CSAP nos três meses de coleta foi de um total de 300 atendimentos, 90 ou seja, 30% são condições sensíveis à atenção primária. Esse dado representa que um terço dos atendimentos não deveria estar sendo realizados no HBDF.

Entre os diagnósticos dos grupos identificados como CSAP, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) foi o mais frequente. Em segundo lugar a Hipertensão Essencial Primária e em terceiro, a Calculose do Rim e Ureter.

Mendes (2011) revela dados importantes a respeito das principais causas de internações no país no ano de 2005. Na tabela abaixo, elaborada pelo autor, podemos perceber que muitas dessas causas de internações estão incluídas na Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Primária, conferindo credibilidade à lista e o mais importante, evidenciando o valor deste indicador para melhorias na saúde.

Tabela 2 – As principais causas de internação no SUS em valores percentuais, segundo Mendes, 2005.

Causa de Internação	%
Parto Normal	13,5
Pneumonia	6,9
Parto Cesáreo	4,9
Enteroinfecção	3,1
Insuficiência Cardíaca	2,9
Curetagem pós-aborto	2,1
Doença pulmonar obstrutiva crônica	1,5
Acidente vascular cerebral	1,5
Crise asmática	1,5
Herniorrafia inguinal	1,3
Crise hipertensiva	1,3
Pielonefrite	1,2
Diabetes	1,0

Fonte: Mendes, 2011.

É importante destacar que no nosso estudo, os casos analisados não foram os de internações mas àqueles que chegam ao serviço de emergência do HBDF à procura por atendimento clínico, sob uma perspectiva de análise a respeito de potenciais riscos de internações e agravos.

Os grupos A (100%), E (100%), G (25%), H (30,61%), I (85%), J (100%), K (50%), L (100%) e N (92,3%) foram aqueles identificados com percentuais referentes às doenças preveníveis e/ou controláveis, sendo eles relativos ao número de atendimentos em seu respectivo grupo. Os grupos acima poderiam então, ter resolutividade na APS e utilizar os serviços do HBDF quando houver a real necessidade de suporte tecniário.

O grupo de doenças preveníveis por imunização (Grupo A), diabetes mellitus (Grupo E), epilepsias (Grupo G), doenças gastrointestinais (Grupo K) e de doenças inflamatórias da pele (Grupo L) tiveram atendimentos inferiores a 15 casos (Quadro 1). Percebe-se então uma baixa representatividade desses casos quando comparada aos grupos de doenças da área de otorrino e oftalmologia (Grupo H), de doenças cardíacas hipertensivas e cerebrovasculares (Grupo I), doenças pulmonares (Grupo J) e de doenças do trato urinário (Grupo N) que possuem o número total de atendimentos superior a 15 e uma proporção de CSAP expressiva como podemos evidenciar neste quadro.

Quadro 1 - Distribuição do N° de atendimentos na Emergência do HBDF segundo CID-10 e a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília. 2013.

CID-10	N° total de atendimentos	N° total de atendimentos por CSAP	Proporção de CSAP por atendimentos
Grupo: A	4	4	100%
Grupo: B	3	0	0%
Grupo: C	10	0	0%
Grupo: D	3	0	0%
Grupo: E	2	2	100%
Grupo: F	5	0	0%
Grupo: G	12	3	25%
Grupo: H	49	15	30,61%
Grupo: I	40	34	85%
Grupo: J	16	16	100%
Grupo: K	6	3	50%
Grupo: L	1	1	100%
Grupo: M	26	0	0%
Grupo: N	13	12	92,3%
Grupo: O	0	0	0%
Grupo: P	0	0	0%
Grupo: Q	1	0	0%
Grupo: R	19	0	0%
Grupo: S	63	0	0%
Grupo: T	16	0	0%
Grupo: U	0	0	0%
Grupo: V	0	0	0%
Grupo: W	3	0	0%
Grupo: X	1	0	0%
Grupo: Y	2	0	0%
Grupo: Z	5	0	0%
TOTAL	300	90	30%

Fonte: Sistema Trackcare, Brasília, 2013.

Outro grupo de grande expressividade foi o de doenças cardíacas hipertensivas e neurológicas (Grupo I) que apresentou 13,33% do total de atendimentos sendo seu percentual de condições sensíveis à atenção primária 85%, representando quase que a totalidade dos atendimentos nesse grupo específico.

O grupo J (pneumonias) foi identificado com 5,33% do total de atendimentos, porém sua totalidade foi identificada como CSAP, sendo o grupo J da amostra todo relativo a casos pertinentes a APS primeiramente, isso demonstra o quão sensível deve ser a compreensão desse

indicador, pois alguns fatores como, por exemplo, a gravidade clínica, irá determinar o fluxo de atendimento deste paciente, se para os níveis de alta, média complexidade ou APS. Nota-se então, a importância do cuidado e acompanhamento de doenças específicas na rede de saúde para a diminuição/extinção desses casos ou para medidas de controle sobre doenças como essa, que são comuns, mas que podem levar à graves complicações de saúde.

Fernandes et, al. (2009) aponta alguns aspectos sobre a possibilidade de internações associadas a fatores como idade, cobertura da ESF, entre outros, manifestadas estatisticamente para a relação das CSAP.

Internações pregressas e realização de controles regulares de saúde podem denotar condições mais graves e/ou pacientes mais vulneráveis. Em condições habituais, uma fonte regular e contínua de cuidados em saúde está associada a menores taxas de internação. Contudo, diante de pacientes mais graves e com relatos de internações prévias, a insegurança doméstica, do paciente e da própria família conduzem a uma conduta mais intervencionista, geralmente em nível hospitalar. No presente estudo, pacientes que referiam realizar controle de saúde regularmente também apresentaram maior chance de estarem hospitalizados por CSAA (OR=2,20; IC 95%: 1,44). Em princípio, essa associação parece paradoxal. Consideramos que ela releva tanto a possibilidade de pacientes mais críticos quanto à qualidade precária do acompanhamento (FERNANDES et, al. 2009, p. 5).

Compreende-se então a linha tênue que envolve este método avaliativo que depende de vários fatores para sua compreensão e representação fidedigna. É necessário que levemos em consideração vários aspectos relativos às internações hospitalares como as condições sanitárias, hereditárias, idade, dentre várias outras que vão além de dados estatísticos quando consideramos ainda a precária alimentação dos dados nos sistemas de informação de saúde.

Para analisar o atendimento da Emergência no HBDF foram destacados os grupos de diagnósticos segundo CID-10 que obtiveram mais atendimentos no período em questão, como pode ser visto no quadro abaixo.

Quadro 2 -Principais diagnósticos segundo grupo CID-10 na Emergência do HBDF nos meses de Junho, Agosto e Outubro. Brasília.2013.

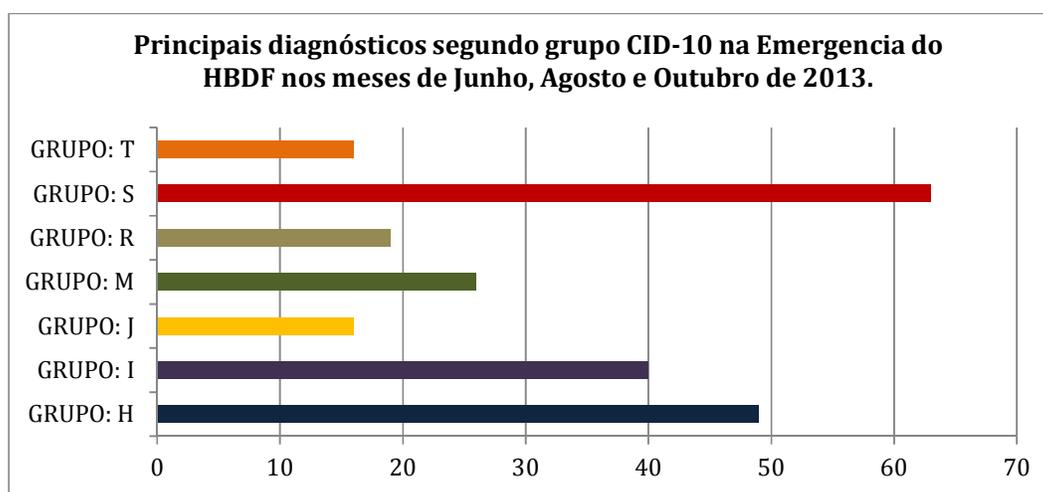
CID-10	Nº total de atendimentos	Proporção do nº de atendimentos
Grupo: H	49	16.33%
Grupo: I	40	13.33%
Grupo: J	16	5.33%
Grupo: M	26	8.66%
Grupo: R	19	6.33%
Grupo: S	63	21%
Grupo: T	16	5.33%
TOTAL	229	76.33%

Fonte: Sistema Trackcare, Brasília.2013

Identificou-se que os casos estão visualmente perceptíveis nas áreas em que o hospital é referência na rede de serviços do DF e Entorno, como o Grupo S representado pelos traumas que foi identificado como a área mais demandada com 21% do total do geral dos atendimentos. O segundo grupo com o maior número de atendimentos foi o da oftalmologia e otorrinolaringologia, o Grupo H, com 49 atendimentos dos 300 atendimentos da amostra (16,33%). Ainda no grupo H o número de condições sensíveis representou um quantitativo de 15 de 49 (30,61%).

Para melhor visualizaçãodos grupos que tiveram mais atendimentos durante os meses de Junho, Agosto e Outubro de 2013, o gráfico a seguir busca representar os principais diagnósticos segundo grupo CID-10.

Gráfico 1 – Principais diagnósticos segundo grupo CID-10 na emergência do HBDF nos meses de Junho, Agosto e Outubro de 2013. Brasília. 2013.



Fonte: Sistema Trackcare, Brasília. 2013

O grupo M voltado às doenças acometidas na área de ortopedia representou 8,33% do total de atendimentos sem resultados de condições sensíveis, pois o grupo não está inserido na lista usada como parâmetro. Todavia, é um grupo que também pode ser suprido pelos serviços de menor complexidade como os dos Hospitais Regionais que oferecem assistência clínica e exames de imagem que permitiriam reduzir ainda mais os fluxos do Hospital de Base.

Com isso, os resultados mostram a importância do monitoramento em saúde e da compreensão da relação de condicionamento entre os serviços oferecidos para o sucesso da rede de atenção.

Ampliar o potencial de resolutividade dos serviços, por intermédio da estruturação e adequação física das unidades, aliadas à reorganização dos fluxos assistenciais (fluxos de referência e contra-referência) e à qualificação do atendimento e a estratégias de capacitação dos servidores são aspectos que indicam a melhoria dos processos de gestão, ampliando e qualificando o acesso nesta área considerada crítica (BRASIL, 2012).

O investimento em tecnologias que favorecem o gerenciamento das atividades em saúde colabora com melhorias nos serviços em vários aspectos, como na identificação e análise dos problemas de saúde encontrados no território e como encontrar o melhor caminho para solucioná-los, buscando sempre a coerência nas ações em função da qualidade de vida da população.

Com esse estudo podemos verificar a dificuldade enfrentada pelo HBDF em suprir todas as necessidades compreendidas por esses casos que vão além de sua demanda, ou seja, para além do seu perfil assistencial. Por outro lado, sabemos que a maioria das doenças desencadeiam outros sintomas e acabam por favorecer o agravamento do quadro clínico dos pacientes, por isso reafirmo a importância da atenção básica, que leva informação, oferece acompanhamento através da assistência generalista e que está inserida em sua comunidade mediando os processos da rede e compreendendo as situações de saúde da região.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos voltados para as condições sensíveis à atenção primária questiona a falta de integralidade evidente nas esferas dos serviços e busca com a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária identificar as doenças e agravos que possam ser evitadas ou melhores acompanhados pela rede. Essa é apenas uma das ferramentas que auxiliam na redução dos fluxos no sistema e que consequentemente reflete em melhorias dos serviços para a população.

A rede de atenção à saúde é favorável à dinamicidade da realidade desenvolvimentista do país. Está diretamente ligada a questões locais e abre as portas para o diálogo entre os níveis do sistema através da referência e contra-referência, desempenhando papel fundamental na qualidade dos serviços e no aumento da qualidade de vida da população. Porém, a real efetivação desses serviços está comprometida pela fragmentação e individualização do atendimento, que vai de encontro à integralidade dos serviços preconizados pelo sistema, resultando em gastos redobrados e políticas públicas desconexas com a realidade.

A superlotação dos hospitais evidencia a dificuldade hoje enfrentada pela população a respeito das disparidades sociais. Apesar dos projetos sociais que atendem a população menos favorecida através de benefícios, o SUS com todo seu aparato e ideais de concepção não consegue sozinho suportar a demanda decorrente pela falta de informação e saneamento básico, pela violência que aumenta a cada dia e o modo de vida globalizado atual. Acontece que infelizmente aqueles que estão sob vulnerabilidade social são os mesmos que enfrentam obstáculos no acesso e necessitam maior atenção.

Com isso, é necessário refletir sobre as práticas atuais em saúde. Considerar o favorecimento da promoção da saúde e empoderamento dos indivíduos através da autonomia no cuidado de seu próprio corpo e da sua comunidade que resultariam em aspectos positivos para a saúde da população em geral (reduzindo complicações clínicas) e também para o sistema.

Diante da realidade da grande demanda do hospital, sendo cerca de 200 a 800 atendimentos/dia, este estudo deveria ser aprofundado para tornar os dados mais completos, o que demandaria mais tempo e recursos para o trabalho de coleta e análise dos dados. Porém, ainda sim foi possível perceber e avaliar a atividade de oferta e demanda de serviços do HBDF, mesmo considerando apenas os atendimentos da emergência.

Com isso avaliar e monitorar os serviços do sistema significa buscar o aperfeiçoamento do que se é oferecido, sinaliza a busca por melhores formas de se reduzir os problemas de saúde e amenizar as dificuldades vividas pela população. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde se encontra hoje como peça chave para funcionamento da rede, por isso a importância de se estabelecer novas formas de vínculos entre os serviços do sistema e também com a educação e a segurança do nosso país para que conjuntamente com toda a população as ações em saúde sejam de fato exercidas com sucesso.

Nesse sentido, a graduação em Saúde Coletiva permitiu desenvolver o conhecimento crítico sobre as questões sociais que condicionam a saúde, epidemiologia, vigilância e proporciona conteúdos concernentes ao trabalho em saúde que deve ser pensado de forma organizada e coerente para oferecer o melhor serviço à população. Além de estudar questões burocráticas e históricas dos sistemas de saúde, a Saúde Coletiva discorre ainda sobre planejamento, monitoramento e comunicação que contribuem para o cumprimento da integralidade como essência do sistema abrindo horizontes para novas práticas de saúde em função do usuário.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE, M. E. *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, v.25, n.6, 2009.

As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25(7):1439-1454, jul, 2009.

BRASIL. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pactos pela Vida e de Gestão – Regulamento. **Série Pactos pela Saúde 2006**. Vol. 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 221 de 17 de Abril de 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 252 de 19 de Fevereiro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de Outubro de 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 22 de fev. de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM 95, de 26/01/01. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/01. **Diário Oficial da União** 2001;26 jan.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde. Plano de Ação da Rede de Urgência e Emergência do Distrito Federal RUE – DF, 2012.

BRASIL. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

ESCOREL, S; GIOVANELLA, L; MENDONCA, M. H. M.; SENNA, M. C. M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** [online]. vol.21, n.2-3, pp. 164-176, 2007.

FERNANDES, V. B. L.; CALDEIRA, A. P.; FARIA, A. A.; NETO, J. F. R. Interações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**.p.928-36, 2009.

FERREIRA, M.; DIAS, B. M.; MISHIMA, S. M. Interações por condições sensíveis: possibilidade de avaliação na atenção básica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 14(4):p. 760-70, 2012.

GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L. V. C; NORONHA, J. C; CARVALHO, A. I. (orgs). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.7, p. 2297-2305, 2011.

Ministério da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 28 fev. 2014.

MONTENEGRO, E. J. S. Estatística programada passo a passo. São Paulo: Editora Ática, 1981.

MOURA, B. L. A. *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.** [online]. vol.10, p. s83-s91, 2010.

NAZARETH, H. Curso básico de Estatística. São Paulo: Editora Ática, 1999.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A. ; MARTIN, M.; NAVARRO, A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online]. Brasília, vol.19, n.1, pp. 61-75, 2010.

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema único de Saúde- mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, 2004.

O'DYWER, G. O.; OLIVEIRA, S. P.; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QUALISUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(5):1881-1890, 2009.

PERPETUO, I. H. O. ; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **Anais do Seminário de Economia Mineira Belo Horizonte**. Editora: UFMG, 2007.

REHEM, T. C.M. S.B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 16(12):4755-4766, 2011.

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Hospital de Base do DF. Portal GDF. Disponível em: < <http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/271-hospital-de-base-do-df.html>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO 1

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

Art. 2º - Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da

atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

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

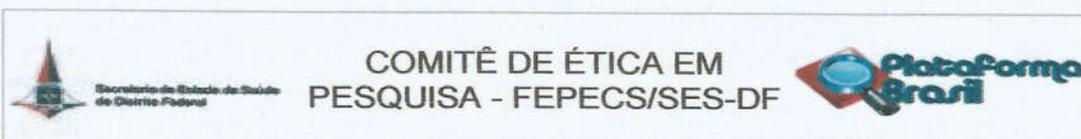
JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por 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	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição 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
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
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11

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

ANEXO II



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE BRÁSÍLIA, O HOSPITAL DE BASE/HBDF.

Pesquisador: Carla Pintas Marques

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21993313.5.0000.5553

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO DE ENSINO PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 484.028

Data da Relatoria: 02/12/2013

Apresentação do Projeto:

sem alterações

Objetivo da Pesquisa:

sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pendência atendida

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendência atendida

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pendência atendida

Recomendações:

Enviar relatório ao final da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Saúde do Distrito Federal

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA - FEPECS/SES-DF**



Continuação do Parecer: 484.028

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 09 de Dezembro de 2013

Assinador por:

**luiz fernando galvão salinas
(Coordenador)**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com