



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

ELLEN DE SOUZA SILVA

**PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA – DF**

BRASÍLIA
2013

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA

ELLEN DE SOUZA SILVA

**PANORAMA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO
HOSPITAL REGIONAL DA CEILÂNDIA – DF**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Comissão de Graduação para Trabalho de Conclusão de Curso da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

BRASÍLIA
2013

Ficha Catalográfica

Silva, Ellen de Souza.

Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no Hospital Regional da Ceilândia – DF/ Ellen de Souza Silva. -2013. 59f; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2013.

Orientadora: Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde Coletiva. 4. Política de Saúde. 5. Avaliação em saúde. I. Rehem, Tania Cristina Morais Santa Barbara. II. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. III. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde no Hospital Regional da Ceilândia – DF.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade de estudo concedida, por estar comigo em todos os momentos me fazendo forte e perseverante, por mostrar que seus planos são infinitamente maiores e melhores que os meus e por me ensinar a descansar nele.

Aos meus pais, por todo o apoio concedido nesta corrida, onde nada foi fácil e que sem eles eu não teria conseguido. Por todo o incentivo, dedicação, compreensão e paciência nas horas de grande estresse. Agradeço por sempre acreditarem nos meus sonhos e me proporcionarem meios para conquistá-los.

Aos professores do colegiado de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília, por todo conhecimento transmitido e pela contribuição para minha formação pessoal e acadêmica.

À minha orientadora, Dra. Tânia Cristina Moraes Santa Barbara Rehem, pela orientação precisa à qual sou imensamente grata, por contribuir de forma grandiosa e impecável no desenvolvimento deste trabalho, pela contínua disponibilidade e por todo o conhecimento compartilhado.

À 2ª Turma de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília - a “turma mais bonita da cidade” e minha turma de coração, pelo acolhimento, amizade e colaboração durante o curso, por compartilharem de forma agradável essa experiência e por tornar a jornada menos pesada com o bom humor de sempre.

Aos meus melhores amigos de infância (Vanessa Borges, Carla Vidal, Kleyton Amorim, Edney Oliveira e Valquíria Borges), por estarem presentes desde o dia em que recebi a notícia da aprovação na Universidade de Brasília, por torcerem pelo meu sucesso, pela cumplicidade, e por toda a dedicação e carinho nos momentos difíceis e de dúvidas.

Às eternas amigas construídas durante a graduação (Glauciane Pessôa, Luísa Barros, Nágila Sthefany e Paulo Henrique), pelo companheirismo, pelos momentos descontraídos, risadas, conversas, e motivação para seguir em frente. Vocês são pessoas especiais que conquistei nesse período e que pretendo levar para toda a vida. Obrigada pela amizade sincera e por ajudarem no meu crescimento acadêmico e pessoal.

À Glauciane Pessôa, sempre disposta a ajudar, contribuir e ouvir. Obrigada por suas sugestões e contribuições em várias partes do trabalho, por se fazer presente, por acreditar no meu potencial, pelo seu carinho e por me encorajar a seguir adiante.

À Luísa Barros por contribuir com o abstract desse trabalho e por todo o convívio extra campus. Agradeço pelos momentos bons e ruins compartilhados, pela amizade, alegria, cultura e experiências que nunca esquecerei. Saiba que és um grande exemplo de força e sucesso e que admiro sua segurança, inteligência e liberdade.

À Pâmela Velozo, amiga que estará sempre em meu coração, por toda identificação e compreensão mútua enquanto tive a oportunidade de conviver com sua alegre pessoa. Sinto sua falta ao meu lado na finalização dessa etapa. Onde quer que esteja saiba que sempre será um grande exemplo de coragem.

À grande amiga Rachel Ribeiro, por estar presente em um momento delicado da minha vida durante a graduação, me incentivando a continuar, por aliviar as dores com poesia e companheirismo e por todas as impressões e xerox feitas sem hesitar.

Ao meu namorado Danilo Sena, por todo amor, apoio fundamental, força, paciência, cuidado nessa reta final e por ter aceitado compreensivamente minhas ausências. Obrigada por me dar motivos para sonhar mais alto. Com você tudo fica blue!

A todos os outros envolvidos, que de alguma forma estiveram presentes nesta caminhada e contribuíram na realização deste estudo.

“Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?”

(Fernando Pessoa)

RESUMO

Internações por Condições Sensíveis se constitui um indicador para avaliação de acesso e efetividade da atenção primária. **Objetivo:** caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia/DF no período entre 2008 e 2012. **Metodologia:** Estudo ecológico, de caráter exploratório que utilizou dados secundários por meio do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Os dados para a elaboração do panorama, tendo como variáveis a idade, sexo, grupos de diagnósticos, município de residência e óbito foram obtidos com base na Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Para o processamento foi utilizado o aplicativo Tabwin – Versão 3.5 – desenvolvido pelo DATASUS do Ministério da Saúde. Na análise foi utilizada a estatística descritiva. **Resultados:** foi observado que no período ocorreram 13.689 internações por condições sensíveis à atenção primária correspondendo a 15,91% do total de internações, com tendência de redução ou estabilização nos últimos três anos. As causas mais frequentes foram as doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, infecção no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas e gastroenterites infecciosas e complicações; maior frequência para a faixa etária 65 e mais anos, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos; com predomínio no sexo feminino. **Conclusão:** O indicador mostrou-se um instrumento importante para gestão, pois foi possível identificar as principais causas sensíveis e que necessitam de intervenção através de ações mais efetivas por parte da atenção primária com o objetivo de prevenir e diminuir as internações hospitalares, aumentando a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Hospitalização. Saúde Pública. Política de Saúde. Avaliação em saúde.

ABSTRACT

Hospitalizations for sensitive conditions is an indicator for the evaluation of access and effectiveness of primary care. **Objective:** To characterize hospitalizations for primary care sensitive conditions that occurred at the Regional Hospital of Ceilândia/DF in the period among 2008 and 2012. **Methods:** An ecological study, exploratory that used the secondary data through the Hospital Information System of the Unified Health System. The data to prepare the panorama, taking as variables age, sex, diagnostic groups, municipality of residence and death were obtained from the Brazilian List of Hospitalizations Primary Care Sensitive Conditions. It was used for processing the application Tabwin - Version 3.5 – developed by DATASUS of Ministry of Health. In the analysis was used descriptive statistics. **Results:** It was observed that in the period there were 13,689 hospitalizations for primary care sensitive conditions corresponding to 15.91% of total admissions, with a tendency to decrease or stabilization in the last three years. The most frequent causes were brainvascular disease, lung disease, kidney infection and urinary tract infections, pneumonia and bacterial gastroenteritis and infectious complications, most frequently for the age group 65 and over, followed by the age group 1-4 years, with a predominance in females. **Conclusion:** The indicator proved to be an important tool for management because it was possible to identify the main causes sensitive and requires intervention through more effective actions in the part of primary care in order to prevent and reduce hospital admissions, increasing quality of life.

KEYWORDS: Primary Health Care. Hospitalization. Public Health. Health Policy. Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Internações gerais, ICSAP e distribuição percentual de ICSAP em relação ao total de internações no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	25
Tabela 2 - Dados selecionados da produção hospitalar por causas sensíveis à atenção primária registrada no SIH/SUS. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	26
Tabela 3 - Número de ICSAP, segundo município de residência no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	26
Tabela 4 - Número de ICSAP por sexo no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	28
Tabela 5 - Número e distribuição percentual das ICSAP, segundo faixa etária no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	28
Tabela 6 - Número e distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	29
Tabela 7 - Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥ 65 anos. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	31
Tabela 8 - Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária 1 a 4 anos. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	33
Tabela 9 - Número de ICSAP, segundo grupos de causas do sexo masculino e feminino no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	35
Tabela 10 - Número de óbitos segundo sexo e ICSAP no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.	36

LISTA DE SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ACSC	- Ambulatory Care Sensitive Conditions
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
APS	- Atenção Primária à Saúde
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CSAP	- Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DEF	- Arquivo de Definição
DF	- Distrito Federal
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HRC	- Hospital Regional da Ceilândia
ICSAP	- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	- Ministério da Saúde
OCDE	- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PACS	- Programa dos Agente Comunitário de Saúde
PMAQ_AB	- Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
RAs	- Regiões Administrativas
SAS	- Secretário de Atenção à Saúde
SF	- Saúde da Família
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	16
2.1. Objetivo Geral.....	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
4. METODOLOGIA	21
4.1. Tipo de estudo.....	21
4.2. Local de estudo	21
4.3. Variáveis analisadas.....	23
4.4. Fonte e coleta de dados.....	23
4.5. Processamento e análise de dados	24
4.6. Aspectos éticos	24
5. RESULTADOS.....	25
6. DISCUSSÃO	38
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	45
ANEXO A – LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	52

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) criado pela Constituição Federal de 1988, e instituído pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080) em 1990, tem a responsabilidade de atender toda a população do Brasil, de acordo com os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e agir de forma única, integral, universal e com participação social (SCHMIDT; NEVES, 2010).

A construção do SUS no Brasil, reflexo do movimento de reforma sanitária, na forma de assegurar saúde ao povo, teve sua implementação a partir da década de noventa, em um momento que se destaca o modelo de atenção à saúde médico-assistencial-privatista, de cunho curativista e hospitalocêntrico (MENDES, 1993 apud MENDES, 2009).

O SUS tem progredido de uma forma considerável nos últimos anos, e se observa cada vez mais a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo de construção. Há um esforço entre os governos (federal, estaduais e municipais), a academia, os trabalhadores e as instituições de saúde em entender que seja essencial para a melhora do desempenho dos serviços de saúde que a APS esteja na sua base (BRASIL, 2011a).

A compreensão moderna de APS aconteceu no Reino Unido, em 1920, com o Relatório Dawson, que organiza o sistema de serviços de saúde em três níveis, sendo eles: os centros primários, os centros secundários de atenção a saúde e os hospitais de ensino. É descrito no documento as funções de cada nível de atenção e suas inter-relações. Essa proposta de organização se tornou exemplo em todo o mundo e serviu como base da regionalização dos serviços e sistemas de saúde baseado nas populações (MENDES, 2002).

O registro de APS como doutrina universal, se deu na conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, apoiado pela Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (OMS/UNICEF, 1979).

A meta “Saúde para todos no ano 2000”, foi proposta pela Conferência de Alma-Ata, em prol de garantir a saúde como direito humano fundamental. A estratégia usada para alcançar essa meta foi o desenvolvimento da APS, por meio da reorganização dos Sistemas de Saúde (MENDES, 2002). Na Conferência de Alma-Ata definiu-se APS como:

Os cuidados primários essenciais de saúde 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 pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante 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 primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICEF, 1979, p. 3).

Foi empregada no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), a nomenclatura de atenção básica (AB) para referir a APS, e a principal estratégia da atenção básica oferecida é a Saúde da Família (SF) (BRASIL, 2011a).

O MS em 1994 instituiu o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil. Em 1998 o programa se fixou como estratégia, de forma a estruturar um modelo de atenção à saúde com ações baseadas na territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilidade e equidade, direcionadas prioritariamente às populações mais suscetíveis ao adoecimento ou morte. Em 2006 o PSF passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (MACHADO, 2000; BRASIL, 2004; BRASIL, 2006 apud JEREMIAS, 2010).

Inicialmente, antes de implantar o PSF, foi implantado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), inspirado na experiência bem sucedida do Programa de Agentes de Saúde do Estado do Ceará, que apresentou diminuição nas taxas de mortalidade infantil daquele estado. Compõe a equipe de saúde do Pacs, o enfermeiro e agentes comunitários de saúde (ACS). Em seguida, foi implantado o PSF que se baseou na experiência cubana de médico de família implantado no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, com bons resultados. No PSF a equipe é composta por: médico, enfermeiro, auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Inicialmente contemplando todas as regiões do país, o MS implantou o PSF em 12 municípios. O motivo principal foi o de reorientar o modelo de atenção, tendo a família como alvo (ASSIS et al., 2007; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008 apud BRASIL, 2009).

Tendo em vista a necessidade de reorganização da APS e como forma de reavaliar e adequar as normas do Brasil, o MS publicou em 2006 a PNAB, por meio da Portaria GM/MS n. 648 que firma a ESF como prioridade no modelo de saúde do país (BRASIL, 2006a; ASSIS et al., 2007; ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008 apud BRASIL, 2009).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a AB é caracterizada por ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, bem como, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Atua de forma individual e coletiva, exercendo práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Trabalha em equipe, direcionando sua atenção às populações de territórios demarcados. Faz uso de tecnologias para solucionar os

problemas de saúde mais frequentes e relevantes em seu território. Fundamenta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007).

A ESF deve substituir o modelo de atuação tradicional desenvolvido nas unidades básicas de saúde (UBS), desenvolvendo ações no território, cadastrando os domicílios, realizando o diagnóstico situacional e intervindo com ações orientadas aos problemas de saúde com a ajuda da comunidade, objetivando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, sendo sempre proativos; planejando, programando e desenvolvendo as atividades de acordo com o diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; deve-se procurar desenvolver parcerias, de preferência em sua área de abrangência; e servir como um espaço de construção da cidadania além dos princípios gerais da AB (BRASIL, 2007).

As diretrizes da ESF visam facilitar e aumentar o acesso dos serviços da APS propondo que as unidades de saúde estejam próximas às moradias e tenha esse território como sua responsabilidade, proporcionando maior vínculo com a população do local assistido e servindo como porta de entrada do sistema (BRASIL, 2011a).

As avaliações relacionadas à implantação da ESF no Brasil mostram resultados positivos, principalmente em municípios com menos de 100 mil habitantes. Nota-se uma maior cobertura assistencial e acesso aos serviços de saúde. Porém, ainda existem problemas, principalmente no interior do país, por conta da indisponibilidade de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiro e odontólogos, custo elevado para manter as equipes e suporte precário interferindo na qualidade do acesso aos demais níveis de atenção (média e alta complexidades). Nos grandes centros urbanos a ESF se faz complexa e de difícil implantação, por conta de vários fatores como: elevada complexidade epidemiológica, adesão da população, processo de urbanização desorganizado, desigualdades sociais e saneamento precário (CONILL, 2002; VIANA et al., 2006; ELIAS et al., 2006 apud GOTTEMS et al., 2009).

O SUS representa um sistema sólido que presta bons serviços à população brasileira e apesar de ter avançado ao longo do tempo em especial nas áreas de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, há também desafios a serem superados. Nessa perspectiva o Brasil vem discutindo a constituição das redes de atenção à saúde onde a APS desempenha um papel fundamental, passando de porta de entrada para ordenadora de todo o cuidado das pessoas dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Para Mendes (2009 apud MENDES, 2010, p. 2300) as redes de atenção à saúde são:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

A ideia de redes de atenção à saúde surgiu primeiramente nos Estados Unidos e avançou pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá e alcançando também alguns países em desenvolvimento. No Canadá, a experiência de redes de atenção à saúde se deu sob a forma de sistemas integrados de saúde, sendo os médicos de família a porta de entrada e as ações são planejadas de acordo com a necessidade da população (MENDES, 2009 apud BRASIL, 2011a).

Mendes (2002, p. 15) destaca duas alternativas dentre as formas para a organização dos sistemas de saúde: os sistemas fragmentados ou os sistemas integrados de serviços de saúde. Segundo Mendes:

Os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles organizados por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde, organizada pela APS que presta uma assistência contínua a uma população definida e se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população.

A APS fortalecida e com uma estrutura apropriada é fundamental para a organização das redes de atenção e conseqüentemente dos sistemas de saúde. Nesse sentido, uma avaliação constante contribui para que os gestores e outros profissionais obtenham conhecimentos importantes para tomada de decisão de acordo com as demandas e necessidades de saúde aumentando a funcionalidade do sistema (BERMÚDEZ-TAMAYO et al., 2004; STARFIELD, 2004 apud FERNANDES et al., 2009).

Facchini et al. (2006) afirma que a avaliação e o monitoramento das ações e resultados são importantes e necessários para adequar as políticas e ações implementadas. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ_AB) e editais de financiamento à pesquisa são iniciativas do governo com esse objetivo.

Nesse sentido, um dos indicadores que vem sendo utilizado pelo Brasil, para avaliar o acesso e a efetividade da APS são as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP).

A criação desse indicador pelo MS começou no ano de 2007, com a formação de um grupo técnico constituído por gestores, técnicos e pesquisadores, culminando com a publicação da lista brasileira de ICSAP no ano de 2008, por meio da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos de diagnósticos de acordo com a CID10 (ALFRADIQUE et al., 2009) (Anexo A).

O MS define no artigo segundo dessa Portaria que a lista brasileira será usada 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, 2008a).

Estudo que antecede a publicação da lista brasileira de ICSAP, revela que no ano de 2001, de um total de 12,4 milhões de internações no SUS, 3,4 milhões foram por internações sensíveis à atenção ambulatorial, significando 27,4% do total, aproximadamente uma em cada três internações e com uma despesa ao SUS de 1,03 bilhão de reais. As internações por estas condições chegam a 55,3% do total de internações e a 53,7% do total dos gastos nos hospitais com até 30 leitos. Essa porcentagem pode diminuir com o aumento da escala dos hospitais (BRASIL, 2006a).

Financeiramente pode-se economizar com a diminuição das taxas de ICSAP. Estas taxas podem ser facilmente acompanhadas e avaliadas, pois os dados são secundários, disponíveis no portal público DATASUS (BUTTENBENDER, 2009).

Segundo Alfradique et al. (2009, p. 1338) “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.”

De acordo com o exposto, e tendo consciência da importância das ICSAP como um indicador precioso para o monitoramento e avaliação do acesso e qualidade da AB, justifica-se a realização de estudos com o objetivo de identificar em um dado território o comportamento destas internações no sentido de subsidiar profissionais da área da APS e gestores para o processo de tomada de decisão. Nesse sentido, este estudo busca responder a seguinte pergunta: Quais as internações por ICSAP que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia (HRC) no período entre 2008 a 2012?

O interesse por este tema se justifica por ter a atenção primária um papel organizador dos fluxos e contra-fluxos da população nos diversos serviços de saúde e por ela ser de grande importância dentro do sistema, sendo resolutiva, oportuna, de qualidade e proporcionando intervenções e acompanhamento efetivo em prol de diminuir as complicações dos problemas de saúde evitando hospitalizações por causas facilmente tratadas nesse nível de saúde.

Espera-se que este trabalho estimule posteriormente outros estudos que utilizem a análise das ICSAP e que os resultados possam contribuir para a discussão da melhora da qualidade e acesso da população a esse nível de atenção.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia/DF no período entre 2008 e 2012.

2.2. Objetivos específicos

- Realizar o levantamento das Internações gerais que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia;
- Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde e não Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde que ocorreram no Hospital Regional da Ceilândia;
- Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde conforme sexo, idade, grupos de diagnósticos e município de residência.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são problemas de saúde atendidos no primeiro nível de atenção e caso esse atendimento seja negligenciado pode acarretar em uma hospitalização como pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e da hipertensão, asma, entre outros. Ou seja, presume-se que pessoas internadas por CSAP não receberam o devido atendimento na atenção primária, agravando sua condição clínica e conseqüentemente causando hospitalização. Nesse sentido essas internações servem de indicador para avaliar e monitorar a eficiência desse nível de atenção no sistema de saúde (NEDEL et al., 2008, 2010).

As ICSAP como indicador de acesso e qualidade denominado, internacionalmente, como Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) foi estudado primeiramente nos Estados Unidos no início da década de 1990 para mensurar de forma indireta a efetividade dos cuidados ambulatoriais e estudar seu impacto financeiro sobre o sistema de saúde. Em seguida, foi adotado por outros países, particularmente pela Espanha que é um país que tem um sistema nacional de saúde universal, territorializado e hierarquizado baseado na APS, para se avaliar a efetividade desse nível de atenção. Mais recentemente foi instituído no Brasil, com a denominação de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (ALFRADIQUE et al., 2009; NEDEL et al., 2010).

Estudos comparativos aplicando esse indicador, mostram melhores resultados em países com sistema de saúde universal do que, por exemplo, nos Estados Unidos. Atualmente, tanto os Estados Unidos quanto os países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) utilizam este indicador para avaliação do acesso à atenção de qualidade (NEDEL et al., 2010). Nedel et al. (2010) destaca que as pessoas que continuam mais tempo afiliadas a um plano de saúde têm um risco menor de ser internado por CSAP e pessoas pobres ou marginalizadas demonstram uma pior situação em relação ao indicador. Outro dado visto no sistema de saúde norte-americano é que pacientes consultados em serviços que se baseiam nos princípios da APS como as *Health Maintenance Organizations* ou que estão situados em áreas com um predomínio maior desses serviços internam menos por CSAP do que os que usam os tradicionais serviços de atenção ambulatorial.

O uso de indicadores como o de ICSAP pretende aperfeiçoar o planejamento e gestão de serviços de saúde pelas autoridades nacionais, estaduais e locais (ALFRADIQUE et al., 2009).

No Brasil a proposta de acompanhamento das hospitalizações sensíveis como forma de avaliar e monitorar a AB ocorreu, inicialmente, no Estado do Ceará e estudos foram realizados por instituições ligadas às Secretarias Estaduais de Saúde na Bahia e Minas Gerais (NEDEL et al., 2008).

Segundo Nedel et al. (2008) as internações por CSAP podem ocorrer por falta de uso ou pelo uso tardio dos serviços oferecidos pela UBS como também pelo manejo clínico inadequado.

Alfradique et al. (2009) também associa as altas taxas de ICSAP a possíveis problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu funcionamento. A ocorrência de várias hospitalizações pode acionar mecanismos que analisem e busquem explicações para estes eventos. Outra explicação para este aumento entre as ICSAP é pensar que, em locais onde existia um limitado acesso aos serviços de saúde, haverá um aumento temporário nas hospitalizações ao ocorrer melhoria no acesso, pois, nesse caso, estaria sendo ofertado atenção à saúde para uma população com pouca assistência anterior e a partir desse acesso inicial e crescente é esperado que as internações por CSAP diminuam.

Ainda que outros fatores, até mesmo os culturais interfiram nos indicadores de internação hospitalar, melhorar e tornar eficaz o serviço de atenção primária para prevenir hospitalizações desnecessárias é tido como indicador que pode qualificar a assistência à saúde (FERNANDES et al., 2009). Porém, também há limitações do indicador ICSAP pelo fato de que pode levar anos para se estabelecer tendências, bem como detectar problemas em pequenas áreas e mudanças pontuais (BRASIL, 2008b).

Estudos vêm sendo desenvolvidos usando-se dados de hospitalizações potencialmente evitáveis relacionadas com a política de atenção primária (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; REHEM, 2011). Nesse sentido, alguns demonstram que as elevadas taxas de ICSAP podem identificar populações mais vulneráveis e representar um serviço ineficiente por parte do sistema de saúde além de erros na prevenção e no diagnóstico precoce. Porém, ainda são poucos os estudos que avaliam as ICSAP no Brasil (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Existe uma grande variação dos índices de ICSAP encontrados em diversos estudos internacionais, e essas diferenças está relacionada a fatores como o acesso ao médico da atenção primária, acesso ao hospital, nível socioeconômico da população, critérios adotados para a hospitalização entre outros. É difícil comparar os estudos no Brasil com o de outros países, uma vez que na Europa e Estados Unidos, as listas são diferentes e utilizam a classificação Internacional de Doenças (CID- 9) enquanto no Brasil se utiliza a CID-10 (FERNANDES et al., 2009). A utilização de variadas listas dificulta a análise e interpretação

das tendências de ICSAP em relação às outras causas de hospitalização e a comparação dos resultados (ALFRADIQUE et al., 2009).

Para a elaboração da primeira lista brasileira ICSAP, o MS utilizou o modelo proposto por Caminal-Homar & Casanova-Matutano (2003) de acordo com as condições brasileiras. Com base neste modelo, entende-se que uma APS qualificada, considerando certas condições de saúde, pode evitar ou reduzir as hospitalizações. Por exemplo, a hospitalização por doenças imunizáveis (sarampo, tétano e difteria, entre outras) pode ser evitada juntamente com aquelas em que as complicações podem ser aliviadas por meio do diagnóstico e tratamento precoces como as gastroenterites. Considera-se também que as hospitalizações por complicações agudas de doenças não transmissíveis podem reduzir com uma atenção primária de qualidade, assim como as readmissões e o tempo de permanência no hospital por várias doenças (ALFRADIQUE et al., 2009).

A construção e padronização da lista foi um trabalho realizado por gestores e pesquisadores e traz um indicador capaz de avaliar e monitorar o sistema de saúde por meio de dados secundários e permite também a comparação entre estudos usando o mesmo instrumento (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012). A lista brasileira de ICSAP foi publicada em 2008 pelo MS conforme Portaria n°. 221 de 17 de abril 2008 (BRASIL, 2008a) e é composta por 120 categorias da CID-10 e 15 subcategorias. Traz dezenove grupos de diagnóstico organizados de acordo com as possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos (ALFRADIQUE et al., 2009).

Levando em conta as diferenças entre as listas de ICSAP existentes, a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do serviço de saúde iniciou com o levantamento das listas nacionais e internacionais. As nacionais foram encontradas nas secretarias estaduais e municipais de saúde (Estados de Minas Gerais, Ceará e Município de Curitiba, no Estado do Paraná). As listas estrangeiras foram identificadas com o uso dos indexadores MEDLINE e SciELO entre 2002 e 2005, por meio de 23 trabalhos ,além de outros sete trabalhos citados nos estudos identificados. Na criação da primeira versão da lista foram usadas as condições apresentadas em nove dos trinta artigos analisados, considerando sua representatividade (ALFRADIQUE et al., 2009).

A CID-10 adotada pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) em 1998 no Brasil foi usada para representar todos os diagnósticos presentes nos estudos. Para orientar a inclusão e exclusão dos diagnósticos foram usados os seguintes critérios: existir evidência científica de que a internação é por causa sensível a atenção primária e que a mesma teria capacidade de solucionar os problemas e/ou prevenir as complicações que levam à

hospitalização; ser condição de fácil diagnóstico; não ser um problema de saúde raro; existir necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente e o diagnóstico não ser induzido financeiramente (ALFRADIQUE et al., 2009).

As ICSAP, conforme referido anteriormente, podem servir de indicador para avaliar o desempenho de diferentes serviços de saúde, as políticas de saúde, a resolutividade, a qualidade e o acesso da APS (ALFRADIQUE et al., 2009). Nesse sentido, ao explorar este tema acredita-se que ele dará a sustentação teórica para analisar as ICSAP que ocorreram no HRC.

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter exploratório que utilizou dados secundários referentes às Internações hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Primária no período entre 2008 e 2012.

O estudo se caracteriza como ecológico exploratório por traçar a ocorrência da doença/condição sensível à atenção primária de saúde na população em uma área bem delimitada (Hospital Regional da Ceilândia/DF).

4.2. Local de estudo

O Distrito Federal (DF) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, onde se localiza a capital federal, Brasília. O DF organiza-se em Regiões Administrativas (RAs) contemplando 30 RAs. No entanto os limites físicos das RAs ainda não estão legalmente definidos (DISTRITO FEDERAL, 2010).

A cidade de Ceilândia, criada em 1971, é resultado do primeiro projeto de erradicação de favelas do DF. É a cidade mais populosa do Distrito Federal com uma população urbana de 398.374 habitantes (DISTRITO FEDERAL, 2010; CODEPLAN, 2011).

Segundo os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2010/2011, sua área urbana é de 29,10 Km², apresentando uma alta densidade demográfica de 13.689 habitantes/ Km² em 2010, superior à do DF que é de 9.701,27 habitantes/ Km². Está subdividida em setores: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, QNQ, QNR, Setores de Indústria e de Materiais de Construção e parte do INCRA (área rural da região administrativa), setor Privê, e condomínios que estão em fase de legalização como o Pôr do Sol e Sol Nascente (CODEPLAN, 2011).

Do total de habitantes 24,5% tem até 14 anos de idade e 64,3% estão no grupo de 15 e 59 anos, responsável pela força de trabalho. Os demais 11,2% estão na faixa de 60 anos ou

mais. A maior parte da população é constituída por mulheres, 52%. A população que reside na Ceilândia e é natural do próprio DF soma 50,1%. Da Região Nordeste vieram 32,0%, enquanto 0,4% são oriundos do sul do país. Em relação ao grau de instrução da população, apenas 3,0% se declararam analfabetos sendo que a maior concentração está na categoria dos que têm somente o primeiro grau incompleto, 36,4% (CODEPLAN, 2011).

Ceilândia possui um dinamismo próprio e oferece 1/3 de postos de trabalho aos seus moradores. 56,2% possuem carteira assinada e 20,6% são autônomos. 7,4% são aposentados. Os desempregados somam apenas 4,0% da população em idade ativa. A atividade remunerada que mais predomina na população é o comércio e influencia na economia do DF. Segundo informações, 25% do que o governo local arrecada vem dos impostos de mercadorias dos estabelecimentos comerciais da cidade em circulação (CODEPLAN, 2011; SEABRA, 2013).

O tipo de residência predominante na região é a casa em alvenaria, sendo que cerca de 2/3 são próprias. A renda média por domicílio corresponde a 4,7 salários mínimos e a renda per capita é de 1,2 salário mínimo. Em 79,9% dos domicílios as ruas são asfaltadas, 78,2% possuem calçadas, 79,3% meios fios, 95,4% contam com iluminação pública e 79,9% rede de água pluvial disponibilizada (CODEPLAN, 2011).

Em contrapartida, embora a RA IX seja uma das regiões mais antigas, ainda 19,9% utilizam da fossa séptica e rudimentar, e 17,6% não usufrui do serviço de limpeza urbana. Os condomínios Sol Nascente e Pôr do Sol, que são localidades, relativamente, novas e, estão em fase de regularização, não estão ainda cobertos por esses serviços (CODEPLAN, 2011).

A cidade sofre com problemas de violência, principalmente na maior favela do Brasil, o Condomínio Sol Nascente, instalado em suas imediações. É considerada uma das cidades mais violentas do país com seu alto índice de criminalidade. A cidade enfrenta ainda, nas áreas menos centrais, problemas de infraestrutura, ruas esburacadas, esgoto a céu aberto, lixo e entulho jogados em locais inapropriados (SEABRA, 2013).

Quanto ao sistema local de saúde a regional da Ceilândia conta com um Hospital Regional (HRC) que atende as diversas especialidades; 12 centros de saúde que prestam atendimento em ações básicas; um centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS ad); e um laboratório regional (DISTRITO FEDERAL, 2013). Em alguns centros de saúde, segundo os servidores da regional estão presentes o Programa de Agentes Comunitários e a Estratégia de Saúde da Família (informação verbal). Entretanto não foi identificado no site da Secretaria de Saúde o número de equipes implantadas assim como a cobertura populacional.

Quanto à existência de Plano de Saúde observa-se em Ceilândia que 80,9% não contam com este serviço, enquanto 11,0% possui plano empresarial, o que é previsível dado o expressivo percentual de domicílios de baixa renda (CODEPLAN, 2011).

A cidade de Ceilândia foi escolhida para ser estudada por ser a RA que abriga a Universidade de Brasília – Faculdade da Ceilândia e onde os estágios são realizados, tanto no Hospital Regional quanto nos Centros de Saúde, permitindo uma maior compreensão dos serviços de saúde nesta área de abrangência.

4.3. Variáveis analisadas

- Município de residência - município é uma unidade de divisão territorial dos estados, com autonomia política e administrativa. O município de residência é o local onde a pessoa reside.
- Grupo de diagnósticos – será considerado o diagnóstico principal relatado no prontuário e na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de acordo com a CID-10.
- Internação proporcional por ICSAP - formado pelo número de internações por um grupo de diagnósticos específicos de ICSAP sobre o total das ICSAP em determinado período.
- Faixa etária - refere-se a um período de tempo limitado. Para esta pesquisa serão consideradas as seguintes faixas etárias: <1 ano; ≥1 a ≤ 4; ≥5 a ≤ 14; ≥ 15 a ≤ 24; ≥ 25 a ≤ 34; ≥ 34 a ≤ 44; ≥ 45 a ≤ 54; ≥ 55 a ≤ 64; e ≥ 65.
- Sexo - masculino, feminino e ignorado.
- Óbito – masculino e feminino

4.4. Fonte e coleta de dados

Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informações Hospitalares (SIH), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Trata-se de um sistema nacional, implantado pelo MS por meio da Portaria GM/MS nº 896/1990, que utiliza como instrumento de registro padrão a AIH.

Esse sistema possibilita armazenar os dados das internações hospitalares, auxiliando gestores e prestadores de saúde para o conhecimento do perfil de morbidade e mortalidade hospitalar e a avaliação da qualidade da atenção à saúde ofertada à população (BRASIL, 2011b).

Os dados para a elaboração do panorama das ICSAP foram obtidos com base na Lista Brasileira de ICSAP composta por 19 grupos de diagnósticos, totalizando 120 categorias da CID-10 (Anexo A).

4.5. Processamento e análise de 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. Foi utilizado o aplicativo Tabwin – Versão 3.5 – desenvolvido pelo DATASUS do MS.

No processamento e a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e realizados os cálculos das frequências, que permitiram descrever os fenômenos, sendo os resultados organizados, classificados e apresentação por meio de tabelas.

4.6. Aspectos éticos

Não foi necessário a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de dados públicos, não nominal, disponibilizados pelo DATASUS/MS. Portanto, não oferece qualquer risco para a população estudada, e a utilização das informações poderá beneficiar os usuários do SUS.

5. RESULTADOS

No HRC ocorreram 86.006 internações no período de 2008 a 2012, sendo que 15,91% (13.689) destas internações foram por ICSAP (Tabela 1).

Observando-se a trajetória das ICSAP de 2008 a 2012, pode-se verificar que estas internações apresentaram uma redução na sua frequência de 2008 para 2009 passando de 2210 para 2062 internações (- 6,7%), aumento no ano de 2010 e 2011 com 3.113 e 3.170 internações respectivamente (+ 1,8%), voltando a reduzir em 2012 com 3134 internações (variação percentual em relação a 2011 de - 1,1%) (Tabela 1).

Quando analisada a trajetória das internações gerais, no mesmo período, observa-se que igualmente a trajetória das ICSAP houve uma redução de 2008 para 2009 e aumento em 2010. Entretanto, diferente das ICSAP, as internações gerais segue tendência de redução nos anos seguintes (Tabela 1).

Tabela 1 - Internações gerais, ICSAP e distribuição percentual de ICSAP em relação ao total de internações no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Ano	Internações		% ICSAP em relação ao total de internações
	Total	ICSAP	
2008	16.914	2210	13,00%
2009	16.890	2062	12,20%
2010	17.939	3113	17,35%
2011	17.143	3170	18,49%
2012	17.120	3134	18,30%
Total	86.006	13.689	15,91%

Fonte: SIH/SUS

Com relação ao valor da produção de internações do HRC, adotando-se como base de cálculo os valores de remuneração da AIH, o hospital somou R\$ 50.982.910,00, no período estudado.

Analisando isoladamente as ICSAP, observa-se que estas internações somaram no período R\$ 6.622.543,64, correspondendo a 13% do valor total. Ainda com relação a estas internações observa-se, no período estudado, um crescimento de 81,60% (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados selecionados da produção hospitalar por causas sensíveis à atenção primária registrada no SIH/SUS. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Indicadores	Ano de Internação					Variação % 2012/2008
	2008	2009	2010	2011	2012	
Frequência de internações	2210	2062	3113	3170	3134	41,81
Valor total em reais	913.413,59	866.270,85	1.643.888,67	1.539.780,92	1.659.189,61	81,65

Fonte: SIH/SUS

Com relação a procedência dos pacientes, verifica-se que no período dos cinco anos estudados, 98,60% das internações foram de pacientes residentes em Brasília, e apenas 1,4% das internações foram procedentes de municípios do Entorno ou de outros locais do País (Tabela 3).

Tabela 3 - Número de ICSAP, segundo município de residência no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Município de residência	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
Brasília	2190	2045	3047	3145	3071	13.498	98,60
Entorno:							
Águas Lindas de Goiás	20	17	62	19	45	163	1,19
Santo Antônio do Descoberto	0	0	1	1	7	9	0,06
Padre Bernardo	0	0	0	0	3	3	0,02

Continua

Município de residência							Conclusão	
	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%	
Entorno:								
Cidade Ocidental	0	0	1	0	1	2	0,01	
Goiás	0	0	1	0	1	2	0,01	
Novo Gama	0	0	0	1	1	2	0,01	
Porto Velho	0	0	0	0	2	2	0,01	
Santo Antônio da Barra	0	0	1	0	0	1	0,01	
Unaí	0	0	0	1	0	1	0,01	
Cavalcante	0	0	0	1	0	1	0,01	
Posse	0	0	0	1	0	1	0,01	
Valparaíso de Goiás	0	0	0	1	0	1	0,01	
Arapiraca	0	0	0	0	1	1	0,01	
Cascavel	0	0	0	0	1	1	0,01	
Abadia de Goiás	0	0	0	0	1	1	0,01	
Total	2210	2062	3113	3170	3134	13.689	100	

Fonte: SIH/SUS

Em todos os cinco anos foram internadas por ICSAP, mais mulheres do que homens, observando-se valores próximos entre as frequências das internações femininas, no período que variou de 53,43% do total, em 2008; a 58,72%, em 2009; reduzindo para 57,11%, em 2010; 55,64%, em 2011; e 52,87%, em 2012. Em termos absolutos, ocorreu um aumento no número de internações de mulheres (1181, em 2008, e 1657, em 2012) (Tabela 4).

Tabela 4 - Número de ICSAP por sexo no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Sexo	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Masculino	1029	46,56	851	41,27	1335	42,88	1406	44,35	1477	47,12
Feminino	1181	53,43	1211	58,72	1778	57,11	1764	55,64	1657	52,87
Total	2210	100	2062	100	3113	100	3170	100	3134	100

Fonte: SIH/SUS

Nos grupos das ICSAP, a faixa etária da qual mais pessoas foram internadas, considerando todos os anos analisados, foi de 65 e mais anos, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos. Ao analisar as demais faixas etárias, observa-se 55 a 64 anos, menores de 1 ano, 45 a 54 anos, 5 a 14 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos e por fim 15 a 24 anos (Tabela 5).

Tabela 5 - Número e distribuição percentual das ICSAP, segundo faixa etária no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Faixa etária	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
< 1 ano	211	9,54	218	10,57	248	7,96	243	7,66	251	8
1 a 4 anos	208	9,41	227	11	307	9,86	290	9,14	351	11,19
5 a 14 anos	136	6,15	123	5,96	287	9,21	284	8,95	320	10,21
15 a 24 anos	168	7,60	180	8,72	208	6,68	143	4,51	153	4,88
25 a 34 anos	227	10,27	196	9,50	287	9,21	229	7,22	203	6,47
35 a 44 anos	226	10,22	155	7,51	220	7	223	7	265	8,45
45 a 54 anos	203	9,18	194	9,40	260	8,35	258	8,13	236	7,53
55 a 64 anos	259	11,71	219	10,62	307	9,86	262	8,26	260	8,29
65 e mais anos	572	25,88	550	26,67	989	31,76	1.238	39	1.095	34,93
Total	2.210	100	2.062	100	3.113	100	3.170	100	3.134	100

Fonte: SIH/SUS

No período estudado, as cinco principais causas de internação por CSAP foram: doenças cerebrovasculares totalizando 2.550 (18,62%); doenças pulmonares totalizando 1.670

(12,19%); infecção no rim e trato urinário totalizando 1.257 (9,18%); pneumonias bacterianas totalizando 1.031 (7,53%) e gastroenterites Infeciosas e complicações totalizando 1.000 (7,30%) (Tabela 6). Essas causas foram responsáveis por 54,82% do total de ICSAP no período.

Ocupando as demais posições destacam-se os seguintes grupos de doenças: diabetes melitus, infecção da pele e tecido subcutâneo, insuficiência cardíaca, doenças relacionadas ao pré-natal e parto. Nos anos de 2011 e 2012 além do diabetes melitus, infecção da pele e tecido subcutâneo e insuficiência cardíaca, nota-se uma alta frequência de internações por asma, hipertensão e epilepsias.

Tabela 6 - Número e distribuição percentual de ICSAP, segundo grupo de causas no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças imunizáveis/condições evitáveis	5	0,22	16	0,77	12	0,38	15	0,47	11	0,35	59	0,43
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	260	11,76	141	6,83	202	6,48	151	4,76	246	7,84	1000	7,30
3. Anemia	3	0,13	3	0,14	11	0,35	3	0,09	5	0,15	25	0,18
4. Deficiências nutricionais	61	2,76	60	2,90	133	4,27	53	1,67	122	3,89	429	3,13
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	35	1,58	21	1,01	17	0,54	24	0,75	47	1,49	144	1,05
6. Pneumonias bacterianas	171	7,73	219	10,62	281	9,02	188	5,93	172	5,48	1031	7,53
7. Asma	99	4,47	81	3,92	112	3,59	163	5,14	289	9,22	744	5,43
8. Doenças pulmonares	112	5,06	124	6,01	120	3,85	730	23,02	584	18,63	1670	12,19
9. Hipertensão	95	4,29	81	3,92	110	3,53	142	4,47	178	5,67	606	4,42
10. Angina pectoris	3	0,13	0	0,00	5	0,16	1	0,03	20	0,63	29	0,21

Continua

Conclusão

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
11. Insuficiência cardíaca	137	6,19	160	7,75	192	6,16	141	4,44	138	4,40	768	5,61
12. Doenças cerebrovasculares	207	9,36	279	13,53	881	28,30	670	21,13	513	16,36	2550	18,62
13. Diabetes melitus	232	10,49	144	6,98	201	6,45	188	5,93	169	5,39	934	6,82
14. Epilepsias	61	2,76	65	3,15	77	2,47	75	2,36	145	4,62	423	3,09
15. Infecção no rim e trato urinário	257	11,62	253	12,26	268	8,60	251	7,91	228	7,27	1257	9,18
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	171	7,73	130	6,30	206	6,61	162	5,11	106	3,38	775	5,66
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	63	2,85	39	1,89	50	1,60	51	1,60	52	1,65	255	1,86
18. Úlcera gastrointestinal	115	5,20	68	3,29	79	2,53	46	1,45	31	0,98	339	2,47
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	123	5,56	178	8,63	156	5,01	116	3,65	78	2,48	651	4,75
Total	2210	100	2062	100	3113	100	3170	100	3134	100	13.689	100

Fonte: SIH/SUS

Em pessoas com 65 e mais anos como a primeira causa de internação por ICSAP predominam as doenças cerebrovasculares em 2008 e em 2012 as doenças pulmonares, a segunda principal causa, diabetes melitus em 2008 e doenças cerebrovasculares em 2012 e a terceira, insuficiência cardíaca em 2008 e 2012 (Tabela 7).

Entre as crianças de 1 a 4 anos, segunda faixa etária que mais se internou, temos como a primeira causa de internação por ICSAP as gastroenterites infecciosas e complicações em 2008 e 2012, a segunda principal causa, pneumonias bacterianas em 2008 e Asma em 2012 e a terceira, infecção da pele e tecido subcutâneo em 2008 e em 2012 coincidem as pneumonias bacterianas e as epilepsias (Tabela 8).

Tabela 7 - Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária ≥ 65 anos. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças imunizáveis/condições evitáveis	0	0,00	0	0,00	2	0,20	1	0,08	2	0,18
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	22	3,84	14	2,54	17	1,71	14	1,13	25	2,28
3. Anemia	1	0,17	1	0,18	2	0,20	1	0,08	2	0,18
4. Deficiências nutricionais	13	2,27	15	2,72	44	4,44	3	0,24	27	2,46
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	1	0,18	0	0,00	0	0,00	2	0,18
6. Pneumonias bacterianas	21	3,67	15	2,72	21	2,12	22	1,77	29	2,64
7. Asma	16	2,79	12	2,18	11	1,11	11	0,88	38	3,47
8. Doenças pulmonares	39	6,81	44	8,00	53	5,35	512	41,35	367	33,51
9. Hipertensão	38	6,64	35	6,36	44	4,44	66	5,33	78	7,12
10. Angina pectoris	2	0,34	0	0,00	0	0,00	1	0,08	11	1,00
11. Insuficiência cardíaca	75	13,11	91	16,54	114	11,52	83	6,70	84	7,67

Continua

Conclusão

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
12. Doenças cerebrovasculares	125	21,85	164	29,81	506	51,16	377	30,45	284	25,93
13. Diabetes melitus	105	18,35	57	10,36	64	6,47	71	5,73	58	5,29
14. Epilepsias	4	0,69	4	0,72	4	0,40	5	0,40	12	1,09
15. Infecção no rim e trato urinário	54	9,44	66	12,00	56	5,66	45	3,63	53	4,84
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	20	3,49	7	1,27	24	2,42	11	0,88	6	0,54
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	4	0,69	0	0,00	2	0,20	3	0,24	6	0,54
18. Úlcera gastrointestinal	33	5,76	23	4,18	24	2,42	12	0,96	11	1,00
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	1	0,18	1	0,10	0	0,00	0	0,00
Total	572	100,00	550	100,00	989	100,00	1238	100,00	1095	100,00

Fonte: SIH/SUS

Tabela 8 - Número e distribuição percentual de ICSAP, na faixa etária 1 a 4 anos. Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças imunizáveis/ condições evitáveis	0	0,00	1	0,44	1	0,32	0	0,00	0	0,00
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	76	36,53	48	21,14	68	22,14	52	17,93	89	25,35
3. Anemia	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
4. Deficiências nutricionais	1	0,48	3	1,32	1	0,32	0	0,00	1	0,28
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	8	3,84	8	3,52	6	1,95	10	3,44	9	2,56
6. Pneumonias bacterianas	50	24,03	80	35,24	105	34,20	66	22,75	42	11,96
7. Asma	17	8,17	22	9,69	35	11,40	48	16,55	74	21,08
8. Doenças pulmonares	4	1,92	12	5,28	9	2,93	16	5,51	27	7,69
9. Hipertensão	0	0,00	1	0,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00
10. Angina pectoris	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Continua

Conclusão

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
11. Insuficiência cardíaca	1	0,48	0	0,00	0	0,00	2	0,68	0	0,00
12. Doenças cerebrovasculares	1	0,48	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	1,13
13. Diabetes melitus	0	0,00	0	0,00	1	0,32	1	0,34	5	1,42
14. Epilepsias	11	5,28	14	6,16	16	5,21	1	6,55	42	11,96
15. Infecção no rim e trato urinário	10	4,80	9	3,96	18	5,86	33	11,37	15	4,27
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	29	13,94	28	12,33	47	15,30	43	14,82	41	11,68
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
18. Úlcera gastrointestinal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,56
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	1	0,44	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	208	100,00	227	100,00	307	100,00	290	100,00	351	100,00

Fonte: SIH/SUS

Ao analisar os grupos de diagnósticos por ICSAP segundo sexo, observa-se que os três grupos que mais ocasionaram internações no sexo masculino foram as doenças cerebrovasculares totalizando 1.230 internações (20,20%); Doenças pulmonares totalizando 755 internações (12,38%) e Pneumonias bacterianas totalizando 541 internações (8,87%) (Tabela 9).

No sexo feminino os três grupos de diagnósticos mais frequentes foram as doenças cerebrovasculares totalizando 1.318 internações (17,36%); Doenças pulmonares totalizando 915 internações (12,05%) e Infecção no rim e trato urinário totalizando 845 internações (11,13%) (Tabela 9).

Tabela 9 - Número de ICSAP, segundo grupos de causas do sexo masculino e feminino no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	2008		2009		2010		2011		2012	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis	3	2	8	8	8	4	9	6	6	5
2. Gastroenterites Infeciosas e complicações	143	117	59	82	81	121	72	79	115	131
3. Anemia	2	1	1	2	1	10	2	1	1	4
4. Deficiências nutricionais	40	21	37	23	73	60	40	13	85	37
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	18	17	11	10	8	9	9	15	30	17
6. Pneumonias bacterianas	90	81	121	98	136	145	99	89	95	77
7. Asma	45	54	26	55	52	60	93	70	156	133
8. Doenças pulmonares	65	47	74	50	56	64	291	439	269	315
9. Hipertensão	40	55	24	57	42	68	57	85	76	102
10. Angina	1	2	0	0	2	3	0	1	12	8
11. Insuficiência cardíaca	71	66	73	87	85	107	57	84	62	76

Continua

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Conclusão									
	2008		2009		2010		2011		2012	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
12. Doenças cerebrovasculares	111	96	122	157	399	482	340	330	260	253
13. Diabetes melitus	102	130	67	77	98	103	97	91	66	103
14. Epilepsias	37	24	34	31	36	41	42	33	90	55
15. Infecção no rim e trato urinário	81	176	78	175	103	165	71	180	79	149
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	97	74	62	68	103	103	88	74	52	54
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	63	0	39	0	50	0	51	0	52
18. Úlcera gastrointestinal	76	39	45	23	48	31	32	14	18	13
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	7	116	9	169	4	152	7	109	5	73
Total	1029	1181	851	1211	1335	1778	1406	1764	1477	1657

Fonte: SIH/SUS

Ao analisarmos os óbitos no HRC por ICSAP, observamos que houve o total de 479 óbitos. Quanto ao sexo, 227 (47,39%) óbitos ocorreram no sexo masculino e 252 (52,60%) no sexo feminino. Quanto aos diagnósticos ICSAP, observa-se maior número de óbitos por doenças cerebrovasculares (26,93%), insuficiência cardíaca (16,49%) e deficiências nutricionais (15,44%) (Tabela 10).

Tabela 10 - Número de óbitos segundo sexo e ICSAP no Hospital Regional da Ceilândia (HRC), Distrito Federal, Brasil, 2008-2012.

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Masc		Fem		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
1. Doenças preveníveis p/imuniz/condições sensíveis	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Continua

Grupo de Causas Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)	Conclusão					
	Masc		Fem		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
2. Gastroenterites Infecciosas e complicações	3	0,62	7	1,46	10	2,08
3. Anemia	1	0,20	1	0,20	2	0,41
4. Deficiências nutricionais	41	8,55	33	6,88	74	15,44
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	0	0,00	0	0,00	0	0,00
6. Pneumonias bacterianas	6	1,25	20	4,17	26	5,42
7. Asma	9	1,87	2	0,41	11	2,29
8. Doenças pulmonares	10	2,08	22	4,59	32	6,68
9. Hipertensão	13	2,71	24	5,01	37	7,72
10. Angina	0	0,00	0	0,00	0	0,00
11. Insuficiência cardíaca	37	7,72	42	8,76	79	16,49
12. Doenças cerebrovasculares	62	12,94	67	13,98	129	26,93
13. Diabetes melitus	21	4,38	18	3,75	39	8,14
14. Epilepsias	3	0,62	3	0,62	6	1,25
15. Infecção no rim e trato urinário	7	1,46	6	1,25	13	2,71
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	1	0,20	0	0,00	1	0,20
17. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	0	0,00	3	0,62	3	0,62
18. Úlcera gastrointestinal	13	2,71	4	0,83	17	3,54
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	227	47,39	252	52,60	479	100,00

Fonte: SIH/SUS

6. DISCUSSÃO

Analisando os resultados das internações no HRC observa-se que nos últimos três anos estudados, ocorreu uma redução ou estabilização tanto das internações gerais quanto das ICSAP. Estes resultados são convergentes com os resultados encontrados em outros estudos, utilizando apenas as ICSAP, onde se observa esta mesma tendência de redução ou estabilização (ALFRADIQUE et al., 2009; BOING et al., 2012; BUTTENBENDER, 2009; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; DIAS DA COSTA et al., 2010; MAFRA, 2010; PAZÓ, 2013; PERPÉTUO; WONG, 2007; REHEM, 2011; REHEM; EGRY, 2011).

Analisando isoladamente o estudo citado acima, realizado por Alfradique et al. (2009), utilizando dados do Brasil no período entre 2000 a 2006, verifica-se que as taxas de hospitalização (por 10 mil habitantes) no SUS, segundo ICSAP, diminuíram 15,8%, tendo em 2006 28,5% de ICSAP. Já o estudo realizado com dados do DF, por Junqueira (2012) em 2008, utilizando a mesma metodologia (por 10 mil habitantes) refere que as ICSAP foram responsáveis por 19,5%. Este resultado mostra que no DF as taxas de ICSAP foram inferiores quando comparadas as taxas do Brasil, ainda que os estudos tenham sido realizados em períodos distintos.

Embora não seja possível realizar comparações entre os países, quanto a magnitude das internações e suas tendências temporais, em função da utilização de listas distintas, merece destaque alguns resultados, como por exemplo: em Cingapura houve declínio de 9,1% de 1991 a 1998 e no Canadá decréscimo de 22% entre os biênios 2001-2002 e 2006-2007. Na Itália entre 1997-2000 e Estados Unidos, entre 1997-2007, foram observadas as mesmas tendências de redução (BOING et al., 2012).

Esta tendência de redução ou estabilização de internações hospitalares pode ser justificada pela transferência de procedimentos antes realizados apenas em regime de internação para a atenção ambulatorial e de hospital-dia. Por outro lado, pode significar melhoria no acesso e efetividade da atenção primária à saúde.

Quanto ao último aspecto referido, estudos têm demonstrado que melhorias no acesso e na qualidade dos cuidados prestados na APS podem ser responsáveis pela redução das ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009; BOING et al., 2012; BUTTENBENDER, 2009; ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; FERNANDES et al., 2009; MAFRA, 2010; NEDEL et al., 2008; PIRES, 2008; REHEM; EGRY, 2011). Ainda neste sentido, no âmbito nacional há relatos da

diminuição das ICSAP associadas ao crescimento de cobertura da ESF (MAFRA, 2010; MARQUES, 2012; REHEM; EGRY, 2011).

No caso específico do DF, a APS está organizada, prioritariamente, com base no modelo tradicional, apresentando uma cobertura de 16% de ESF, bastante baixa, especialmente na regional da Ceilândia que conta apenas com 15 equipes de ESF (informação verbal), segundo informações extraoficiais fornecidas pelos servidores da Diretoria Regional da APS. Ou seja, ainda que este dado seja real, não se pode atribuir a estabilização ou redução das ICSAP, na Ceilândia, a implantação desta estratégia.

Ao analisar os dados de produção hospitalar, chama atenção o valor somado pelo HRC com ICSAP, correspondendo a 13% do valor total com internações. Outros estudos realizados demonstraram a magnitude dos custos com ICSAP. Por exemplo, estudo realizado em 2001 com dados do Brasil revelam que de um total de 12,4 milhões de internações no SUS, 3,4 milhões foram por ICSAP e custaram ao SUS 1,03 bilhão de reais (BRASIL, 2006a). Outro estudo realizado na microrregião de Juazeiro/Bahia, foram internados 62.489 pacientes e, desse total 28,1% foram por ICSAP, custando para o SUS o total de R\$ 7.374.369,06 (REHEM, 2009).

Esses dados demonstram o volume de recursos utilizados para financiar internações que poderiam ser evitadas mediante uma APS acessível e resolutiva. Tais recursos poderiam ser investidos em outras áreas, ou mesmo na própria APS, de modo a ampliar acesso para o atendimento das necessidades de saúde da população (FERRER, 2009; REHEM, 2011).

Com relação a procedência dos pacientes, a maioria das internações foram de residentes em Brasília, mas houve também internações procedentes de municípios do Entorno ou de outros locais do País.

Estudo realizado por Pires et al. (2010), refere que a oferta de serviços no entorno comparado ao DF, apresenta insuficiência de leitos e de profissionais para a maioria da população dos municípios e, contraditoriamente, elevada oferta de UBS, que possivelmente funcionam de forma precária.

Quanto ao sexo, assim como apontado em outros estudos (BOING et al., 2012; JEREMIAS, 2010; REHEM, 2011), o feminino foi o que mais internou no HRC, considerando o período estudado. Essa condição pode ser explicada pela incapacidade de resolução por parte das UBS perante o problema apresentado por essas mulheres, ou não procura de assistência nestas unidades pelas mesmas, agravando o seu estado de saúde, e conseqüentemente ocorrendo a necessidade de internação (REHEM, 2011).

Analisando ICSAP e faixa etária, no HRC houve um predomínio de internações em pacientes com 65 anos e mais, seguida de crianças entre 1 e 4 anos de idade. Este resultado converge com resultados encontrados em outros estudos em que estas faixas etárias também ocuparam lugar de destaque (FERNANDES et al., 2009; JEREMIAS, 2010; MARQUES, 2012; PAZÓ, 2013; REHEM, 2011).

No que diz respeito às principais causas de internação por CSAP no HRC de 2008 a 2012, foram encontradas as doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, infecção no rim e trato urinário, pneumonias bacterianas e gastroenterites infecciosas. Estudo realizado adotando dados do Brasil, foi verificado que as gastroenterites infecciosas, pneumonias bacterianas, infecção no rim e trato urinário e doenças cerebrovasculares, também estiveram presentes entre as principais causas de ICSAP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Estudo realizado por Junqueira (2008), revela que internações por gastroenterites se constituíram na primeira causa de ICSAP no DF, seguida de insuficiência cardíaca, seguida por infecção no rim e trato urinário. As gastroenterites como primeira causa de ICSAP no DF merece destaque considerando que estas internações podem ter como causa, as precárias condições de vida de uma parcela da população. Nesse sentido, estamos tratando da teoria da determinação social do processo saúde doença, onde segundo Laurell (1983), a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que, por sua vez, define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos.

Ainda no que diz respeito ao processo saúde doença, diversos estudos demonstraram que baixas condições socioeconômicas influenciam no acesso aos serviços de saúde; no menor conhecimento sobre os cuidados de saúde; na falta de dinheiro para comprar medicamentos prejudicando a adesão ao tratamento; na adoção de hábitos saudáveis e no amparo da rede de suporte social (FERNANDES et al., 2009; NEDEL et al., 2008; 2009; PAZÓ, 2013). CAMINAL et al., (2001) enfatiza e reforça a importância desses fatores e os relacionam com maiores taxas de ICSAP.

Voltando às ICSAP no HRC, ocupando as demais posições destacam-se diabetes melitus, infecção da pele e tecido subcutâneo, insuficiência cardíaca, doenças relacionadas ao pré-natal e parto, asma, hipertensão e epilepsias.

Ao analisar faixa etária e ICSAP, focando nos idosos, que foi a faixa que mais internou no HRC, verifica-se um predomínio das doenças cerebrovasculares, diabetes melitus, insuficiência cardíaca, doenças pulmonares, hipertensão e angina. Resultados semelhantes foram encontrados por Junqueira para o DF (2008) e Marques no Rio de Janeiro (2012).

Esses dados revelam a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, correspondendo a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo principalmente as camadas pobres da população e grupos mais vulneráveis, como a população de baixa escolaridade e renda. Diante desta realidade o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento destas doenças para o período de 2011-2022, tendo destaque as ações de promoção da saúde e a organização da APS como ordenadora da rede de atenção (BRASIL, 2001c).

No Rio de Janeiro foi observado a relação entre as taxas de ICSAP e as condições de acesso da APS dos idosos. Melhorias na cobertura da ESF e o aumento no número de consultas médicas realizadas com os idosos na rede de serviços de AB mostraram-se relacionadas com a diminuição das taxas de ICSAP (MARQUES, 2012). Marques (2012) ainda salienta que, pelo menos até os 75 anos, ações e programas de APS focadas na promoção de um estilo de vida saudável e na prevenção e controle dos agravos das doenças crônicas, têm grande influência na melhora da qualidade de vida dos idosos.

Essas internações mais prevalentes entre a população idosa pode ser justificadas pelo aumento da expectativa de vida e da mudança do padrão de adoecimento de acordo com o envelhecimento da população. Outra possível explicação é a falta de acesso aos serviços de APS, por dificuldades relacionadas a transporte, condições físicas para locomover-se até as UBS, elevado grau de dependência de acompanhante, entre outras, agravando assim, o seu estado de saúde, sendo com isso necessário o atendimento hospitalar. Dificuldades financeiras para a obtenção da consulta médica e para a aquisição dos medicamentos também são empecilhos para o início e continuação do tratamento (FIRMO; LIMA-COSTA; UCHOA, 2004; REHEM, 2011).

Ao analisar faixa etária e ICSAP, focando nas crianças de 1 a 4 anos, segunda faixa etária que mais se internou no HRC, temos como as gastroenterites infecciosas e complicações, pneumonias bacterianas, asma, infecção da pele e tecido subcutâneo e as epilepsias.

No estudo realizado por Rehem (2011), os grupos de causas mais frequentes entre as crianças de 1 a 4 anos também resultou nas pneumonias bacterianas, infecção da pele e tecido subcutâneo, gastroenterites e asma. Em outro estudo que avaliava as internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros (MG), foram destaques entre as condições consideradas sensíveis à atenção primária as pneumonias, asma, gastroenterites e suas complicações e as infecções da pele e subcutâneo (CALDEIRA et al., 2011).

A ocorrência dessas doenças respiratórias e, entre essas, a pneumonia bacteriana, podem estar associadas a um perfil de sazonalidade associado a questões climáticas (JEREMIAS, 2010; NEDEL et al., 2008; REHEM, 2011), porém, seria necessário um estudo que analisasse os meses de ocorrência dessas internações. Por outro lado, Macedo et al., (2007) discutindo alguns fatores de risco para internação em crianças até um ano por doença respiratória aguda na cidade de Pelotas/RS verificou uma associação significativa com fatores socioeconômicos, escolaridade materna, tabagismo e desmame precoce.

As doenças respiratórias agudas são consideradas como a causa mais frequente de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento (MACEDO et al., 2007). Nesse sentido, o MS recomenda atenção integral à saúde da criança, por meio das ações de promoção e recuperação da saúde, além da prevenção da doença (BRASIL, 2004), sendo que tais ações devem ser realizadas no âmbito da APS o que diminuiria, certamente, o percentual de ICSAP.

Entretanto Kovacs et al. (2005), destaca que, frequentemente, os pais das crianças procuram espontaneamente os serviços hospitalares de pronto-socorro por avaliarem tais serviços como mais resolutivos em detrimento as ações da AB.

Observa-se que os três grupos que mais ocasionaram internações no sexo masculino, no HRC, foram as doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares e pneumonias bacterianas. O risco masculino de internar por esse grupo de causas pode estar relacionado a fatores sócio-comportamentais, como o tabagismo, maior consumo de álcool e drogas. Outro aspecto a ser considerado é o fato dos homens procurarem menos os serviços de prevenção, utilizando mais, em contrapartida, os serviços de urgência e emergência quando a doença já está numa fase mais avançada, ocasionando a internação (MARQUES, 2012).

Em relação aos óbitos no HRC por ICSAP durante o período de 2008 a 2012, registramos o total de 479 óbitos na sua maioria entre o sexo feminino. Observa-se maior número de óbitos por doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e deficiências nutricionais. Este fato merece destaque, pois além de internar por uma condição sensível à atenção primária, algumas destas internações tem como desfecho a morte.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta pesquisa, foi possível conhecer o comportamento das internações gerais e ICSAP no HRC, bem como sua comparação no período estudado. Verificou-se que os resultados obtidos neste estudo na sua maioria são semelhantes a outros estudos realizados no Brasil.

As ICSAP mostraram-se um instrumento importante para gestão, pois por meio deste indicador foi possível identificar as principais causas sensíveis e que necessitam de intervenção através de ações mais efetivas por parte da APS com o objetivo de prevenir e diminuir as internações hospitalares, contribuindo assim, para o aumento da qualidade de vida.

Os resultados encontrados na pesquisa recomenda especial atenção à população idosa, principalmente, na prevenção das DCNT, implementando estratégias para o atendimento das necessidades de saúde nessa faixa etária, como por exemplo a internação domiciliar; às mulheres, a fim de reduzir as ICSAP no sexo feminino e também atenção ao controle das pneumonias bacterianas, gastroenterites infecciosas e complicações em crianças.

É importante que haja uma melhora no acesso e na qualidade dos serviços prestados pela AB local. Observa-se que a ESF não está devidamente implantada na Ceilândia e a AB parece ser pouco resolutiva. Caso funcionasse adequadamente poderia haver uma redução ,mais significativa, de ICSAP no Hospital Regional da Ceilândia.

A enfermagem tem um grande papel na saúde coletiva, sendo a AB/ESF um espaço importante para sua atuação. O enfermeiro pode atuar na supervisão e execução de ações que proporcionem uma melhor organização e funcionamento da APS, bem como, no desenvolvimento de estratégias de implementação de políticas de saúde na forma de promover à saúde, identificando as necessidades da população, traçando planos de cuidados e estabelecendo parcerias, já que a AB constitui a porta de entrada para os serviços de saúde. Esse fato contribui para o desenvolvimento de estratégias no sentido de amenizar os problemas, visto que a enfermagem atua no gerenciamento e coordenação dos cuidados nas UBS. Por meio de um bom planejamento, gerenciamento, coordenação, execução das ações e, sobretudo sua avaliação, cabe à enfermagem uma assistência integral e contínua à população adscrita levando em conta suas necessidades de saúde, ajudando assim, a evitar as ICSAP (BARBOSA et al., 2004; BRASIL, 2002).

O presente estudo, por estar baseado em dados secundários, esteve sujeito a limitações referente aos registros nos bancos de dados. Nesse caso, podem ocorrer, possíveis erros de digitação ou de codificação e eventual contagem dupla ou tripla de um mesmo paciente, pois o sistema não permite identificar reinternações e transferências de outros hospitais (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012; JEREMIAS, 2010; JUNQUEIRA, 2008; PAZÓ, 2013; REHEM; EGRY, 2011; REHEM et al., 2013).

Apesar destas limitações, os resultados encontrados neste estudo poderão ajudar os gestores na implementação de ações que visem maior resolutibilidade da APS com consequente redução de gastos em procedimentos de média e alta complexidade e otimização do uso de recursos disponíveis (como leitos hospitalares) usualmente além da demanda (JUNQUEIRA, 2008). O crescimento da utilização desses dados secundários com fins epidemiológicos contribui para sua crítica e melhoria. (BOING et al., 2012).

Espero que este estudo contribua para uma melhor visualização do cenário de ICSAP no Brasil, mais precisamente no DF e, que a análise do indicador ICSAP no Hospital de Ceilândia auxilie os gestores na implementação de uma APS mais resolutiva, sendo favorável para diminuição dessas internações. Destaca, desde já, a importância de outros estudos dessa natureza com o objetivo de traçar novos panoramas regionais e nacionais e melhor esclarecer o papel da AB nas ocorrências de ICSAP por meio de uma análise mais cuidadosa, se possível, das próprias fontes de dados hospitalares.

REFERÊNCIAS

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, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

BARBOSA, M. A. et al. Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>> Acesso em: 26 nov. 2013.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 359-366, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2012nahead/3709.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011a. 197 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2009. 282 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_20_anos_conass_2009.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/conass_progestores/sus_avancos_desafios.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde. **Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Informe da Atenção Básica nº 16). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/informes/psfinfo16.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 abril de 2008.** Publica em forma de anexo a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 set. 2008a. Seção 1:50. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-221.htm>>. Acesso em: 08 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** 1. ed. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 12 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família:** expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades. In: MACINKO, J., organizador. Estados Unidos: Estudo da Lista de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica. 1.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 208 p. (Série D. Reuniões e Conferências). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 04 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p. (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume_4_completo.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. **Manual técnico operacional do Sistema de Informações Hospitalares:** Orientações técnicas. Brasília/DF: Ministério da Saúde, versão 1, 2011b. 119 p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_SIH_Abril_2011.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. 148 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf> Acesso em: 05 out. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006b. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0257_M.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2013.

BUTTENBENDER, D. C. **Avaliação da efetividade dos municípios em gestão plena do sistema de saúde no Rio Grande do Sul**: internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. 2009. 59 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2009. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=148855>. Acesso em: 01 dez. 2012.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292011000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. 2013.

CAMINAL HOMAR, J.; CASANOVA MATUTANO, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. **Atención Primaria**, Espanha, v. 31, n. 1, p. 61-65, 2003. Disponível em: <<http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/la-evaluacion-atencion-primaria-las-hospitalizaciones-ambulatory-13042583-gestion-2003>>. Acesso em: 05 fev. 2013.

CAMINAL HOMAR, J. et al. Primary health care and hospitalizations in ambulatory care sensitive conditions in Catalonia. **Rev. Clin. Esp.**, Espanha, v. 201, n. 9, p. 501-507, 2001.

CAMPOS, A. Z. de; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

CODEPLAN. Campanha de Planejamento do Distrito Federal. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Ceilândia – PDAD 2010/2011**. Brasília - DF, 2011. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/PDAD/2011/PDAD%20Ceil%C3%A2ndia-2010-2011.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2013.

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

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2010000200014&script=sci_arttext. Acesso em: 11 out. 2013.

DISTRITO FEDERAL. **Síntese de Informações Socioeconômicas**. Brasília: CODEPLAN, 2010. 89 p. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/Pesquisas%20Socioecon%C3%B4micas/DF%20em%20S%C3%ADntese/S%C3%ADntese%20de%20Informa%C3%A7%C3%B5es%20Socioecon%C3%B4micas%202010.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2013.

DISTRITO FERDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Regional de Saúde de Ceilândia**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/sobre-a-secretaria/hospitais-e-regionais/266-regional-de-saude-de-ceilandia.html>>. Acesso em: 05 fev. 2012.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Bras de epidemiol**, Santa Catarina, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000400011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 out. 2013.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n. 3, p. 669-681, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232006000300015&script=sci_arttext>. Acesso em 11 out. 2013.

FERNANDES, V. B. L. et al. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 6, p. 928-936, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/03.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

FERRER, A. P. S. **Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo**. 2009. 144 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5141/tde-23022010-145034/pt-br.php>>. Acesso em: 04 out. 2013.

FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: maneiras de pensar e agir de idosos hipertensos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1029-1040, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000400018&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 out. 2013.

GOTTEMS, L. B. D. et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1409-1419, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/23.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

JEREMIAS, M. S. **Internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária em Lages (SC)**. 2010. 61 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Brasil, Pelotas, 2010. Disponível em: <<http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20marici.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev. Saúde Pública**, Brasília – DF, v. 46, n. 5, p. 761-768, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000500001&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 out. 2013.

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 3, p. 251-258, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n3/v81n3a13.pdf>>. Acesso em 04 out. 2013.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D., organizador. *Medicina Social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global; 1983. p.133-58.

MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev. Saúde Pública**, Pelotas – RS, v. 41, n. 3, p. 351-358, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300005>. Acesso em: 12 out. 2013.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação, Universidade de Brasília, Brasília. 2010. Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2054336.PDF>>. Acesso em: 18 out. 2013.

MARQUES, A. P. **Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de Condições Sensíveis à Atenção Primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro**. 2012. 71 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653206&indexSearch=ID>>. Acesso em: 19 out. 2013.

MENDES, A. G. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise da desigualdade no acesso à atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Brasília, v. 14, p. 1627-1628, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a37v14s1.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 51 p.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61-75, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2013.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**, Pelotas -RS, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n6/6420.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2013.

OMS/UNICEF. Cuidados primários de saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata (URSS): UNICEF, 1979. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2012.

PAZÓ, R. G. **Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado do Espírito Santo**. 2013. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde. 2013.

PERPÉTUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças do se padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: **Anais do 12o Seminário de Economia Mineira**, 2006, Diamantina - MG, 2007. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf>. Acesso em: 18 out. 2013.

PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Belo Horizonte - MG, v. 15, n. 1, p. 1009-1019, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700007>. Acesso em: 19 out. 2013.

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

2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/24.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B. et al. Registro das internações por condições sensíveis à atenção primária: validação do sistema de informação hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto – SP, v. 21, n. 5, p. 1159-1164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1159.pdf>. Acesso em: 28 out. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B. **Estudo das internações por condições sensíveis à atenção primária: macroregião Juazeiro/BA e Petrolina/PE**. Pernambuco, Brasil, 2009. Disponível em: <<http://www.saudeinterestadual.org.br/estudos.aspx>>. Acesso em: 21 out. 2013.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos**. 2011. 307 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-27012012-124850/pt-br.php>>. Acesso em: 02 fev. 2013.

SCHMIDT, M. L. S.; NEVES, T. F. S. das. O trabalho do agente comunitário de saúde e a política de atenção básica em São Paulo, Brasil. **Cad. Psicol. Soc. Trab.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 225-240, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/25727/27460>>. Acesso em: 19 dez. 2012.

SEABRA, F. Ceilândia 42 anos: desenvolvimento, charme e orgulho. **Jornal Gazeta de Taguatinga**, 2013. Disponível em: <<http://www.gazetadetaguatinga.com.br/index.php/cidades/item/568-ceil%C3%A2ndia-42-anos-desenvolvimento-charme-e-orgulho>>. Acesso em: 02 out. 2013.

**ANEXO A – LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES
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	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas 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
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

Continua

Continuação

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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

Conclusão

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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: Anexo da Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008.