

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM MINAS GERAIS, ENTRE 1999 E 2007

Montes Claros, MG  
2015

Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM MINAS GERAIS, ENTRE 1999 E 2007

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Orientador: Doutor Antônio Prates Caldeira

Coorientadora: Doutora Veneza Berenice de Oliveira

Montes Claros, MG

2015

O48i Oliveira, Éder Samuel Bonfim Esteves.  
Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007 [manuscrito] / Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira. – 2015.  
46 f. : il.

Inclui Bibliografia.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2015.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.  
Coorientadora: Profa. Dra. Veneza Berenice de Oliveira.

1. Atenção Primária à Saúde – Minas Gerais. 2. Hospitalização. 3. Qualidade da assistência à saúde. 4. Avaliação. 5. Saúde da família. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Oliveira, Veneza Berenice. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor(a) de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Karina Gisele Cevalles Viana

Coordenadoria de Pós-graduação strictu-sensu: Idenilson Meireles Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora adjunta: Máisa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



**CANDIDATO:** ÉDER SAMUEL BONFIM ESTEVES OLIVEIRA

**TÍTULO DO TRABALHO:** "Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007"

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:** Saúde Coletiva

**LINHA DE PESQUISA:** Educação em saúde e avaliação de programas e serviços

**BANCA (TITULARES)**

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA - ORIENTADOR/PRESIDENTE  
PROFª. DRª. VENEZA BERENICE OLIVEIRA – COORIENTADORA  
PROFª. DRª. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE  
PROF DRª. CARLA SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

**ASSINATURAS**

*Antônio Prates Caldeira*  
*Veneza Berenice Oliveira*  
*Maísa Tavares de Souza Leite*  
*Carla S. O. Oliveira*

**BANCA (SUPLENTES)**

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO  
PROFª. DRª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

**ASSINATURAS**

*João Felício Rodrigues Neto*  
*Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito*

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Agradeço ao Dr. Antônio Prates Caldeira pela dedicação, disponibilidade, compreensão e por me demonstrar o quanto a humildade torna as pessoas melhores. Agradeço também às Faculdades Integradas Pitágoras pela oportunidade.

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou uma rápida expansão desde a sua criação e tem se firmado como a principal forma de operacionalização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Esse fato destaca a necessidade de monitoramento e avaliações regulares para que exista um serviço efetivo e de qualidade. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) surgiram como um indicador no país, a partir de 2008, a fim de avaliar a efetividade do nível primário de atenção à saúde. Essa pesquisa objetivou analisar as taxas de ICSAP em Minas Gerais, no período de 1999 e 2007. Trata-se de um estudo ecológico, analítico das ICSAP para Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde, que incluiu a análise de correlação entre as taxas de ICSAP e a taxas de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informação do Ministério da Saúde e estimativa populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Avaliou-se a população de 20 a 79 anos e foram excluídas as internações por partos. As taxas de ICSAP seguiram uma tendência de queda entre 1999 e 2007. Ao longo do período estudado a taxa passou de 244,19 para 143,50/10.000 habitantes, representando uma redução de 41,2% ou um decréscimo médio anual de 5,15% ao ano. Entre as ICSAP, a asma, a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, as gastroenterites infecciosas e suas complicações, as infecções dos rins e trato urinário e as pneumonias bacterianas foram as mais prevalentes. Essas condições representaram mais de 50% de todas as ICSAP em 1999 e nos anos seguintes até 2007. Houve redução em todas as macrorregiões de saúde, mas de forma heterogênea. As maiores reduções percentuais ocorreram para a região Noroeste (-67,8%), Oeste (-64,9%) e Triângulo do Sul (-61,8%). As menores reduções foram registradas nas macrorregiões Nordeste (-34,0%), Sudeste (-41,5%) e Jequitinhonha (-45,1%). Registrou-se ainda correlação negativa e estatisticamente significativa entre a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família e o total de ICSAP para o período estudado. Conclui-se que houve redução das taxas de ICSAP ao longo dos anos, associada ao aumento da cobertura populacional pela ESF.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Hospitalização, Qualidade da Assistência à Saúde, Avaliação, Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) showed a rapid expansion since its inception and has established itself as the main form of implementation of Primary Health Care (PHC) in Brazil. This fact highlights the need for regular monitoring and evaluation, so that there is an effective and quality service. The Hospitalization by Primary Care Sensitive Conditions (HPCSC) emerged as a new indicator in the country, from 2008 in order to assess the effectiveness of primary health care. This research analyzes the HPCSC rates in Minas Gerais, between 1999 and 2007. This is an ecological and analytic study of HPCSC for Minas Gerais and their health macro-regions, which included the analysis of correlation between HPCSC rates and coverage rates of the Family Health Strategy. Secondary data from the Information System of the Ministry of Health and population estimate from the Brazilian Institute of Geography and Statistics were used. We evaluated the population 20-79 years and were excluded hospitalizations for deliveries. The HPCSC rates followed a downward trend between 1999 and 2007. During the study period the rate increased from 244.19 to 143.5 / 10,000, representing a decrease of 41.2% or an average annual decrease of 5.15% per year. Among the HPCSC, asthma, heart failure, cerebrovascular disease, infectious gastroenteritis and its complications, infections of the kidneys and urinary tract and bacterial pneumonia were the most prevalent. These conditions accounted for over 50% of all HPCSC in 1999 and subsequent years until 2007. There was a reduction in all macro health regions, but unevenly. The largest percentage decreases occurred for the Northwest region (-67.8%), West (-64.9%) and South Triangle (-61.8%). Smaller reductions were recorded in the Northeast macro-regions (-34.0%), Southeast (-41.5) and Jequitinhonha (-45.1%). Registered even negative and statistically significant correlation between population coverage by the Family Health Strategy and the total HPCSC for the period studied. It is concluded that the decreased rate ICSAP over the years, associated with the increase of population coverage by the FHT.

**Keywords:** Primary Health Care; hospitalization; Quality of Health Care; Evaluation; Family Health.



## LISTA DE ABREVIACÕES

ACS –	Agentes Comunitários de Saúde	15
AIH –	Autorização de Internação Hospitalar	22
AMQ –	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família	15
APS –	Atenção Primária à Saúde	13
CID 10 –	Classificação Internacional de Doenças	22
DATASUS–	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde	22
ESF –	Estratégia Saúde da Família	14
IBGE –	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	21
ICSAP –	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária	16
MS –	Ministério da Saúde	17
PACS –	Programa de Agentes Comunitário de Saúde	12
PNAB –	Programa Nacional da Atenção Básica	14
PROGRAB–	Programa para Gestão Resultados	15
PSF –	Programa Saúde da Família	12

SAS –	Secretária de Atenção à Saúde	17
SBMFC –	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	17
SIAB –	Sistema de Informação da Atenção Primária	15
SIH –	Sistema de Informação Hospitalares	18
SUS –	Sistema Único de Saúde	12

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	12
1.1	O Surgimento do Sistema Único de Saúde e do Programa Saúde da Família .....	12
1.2	A Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde .....	13
1.3	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP): Um Novo Indicador para a APS.....	16
1.4	Utilização do Indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) no Brasil .....	17
2	OBJETIVOS .....	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	METODOLOGIA .....	22
3.1	Delineamento do Estudo .....	22
3.2	Local do Estudo, População-alvo e Período do Estudo .....	22
3.3	Fonte do Dados .....	23
3.4	Análise dos Dados.....	24
4	PRODUTO CIENTÍFICO.....	25
5	CONCLUSÕES.....	42
	REFERÊNCIAS.....	43
	ANEXO .....	45

## 1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1 O Surgimento do Sistema Único de Saúde e do Programa Saúde da Família

A Reforma Sanitária brasileira desenvolveu-se na década de 1970 e representou um movimento de enfrentamento aos modelos vigentes, tanto em relação à luta pela democratização, como pela ampliação dos direitos sociais. O resultado mais relevante desse movimento foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que lançou as bases para a criação de um sistema público de saúde, que definia a universalidade da assistência e estabelecia a saúde como direito de todos e dever do Estado (ESCOREL, 2014).

As propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde e a implantação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), embora tenham sido consideradas avançadas e inovadoras, são também consideradas tardias, levando-se em conta que até sua implementação, muitos direitos de cidadania foram negligenciados e a atenção à saúde era privilégio apenas dos contribuintes. A Constituição Federal de 1988, ao assumir as propostas e pleitos da VII Conferência Nacional de Saúde e introduzir o conceito ampliado de saúde, definindo-o como direito cidadão, representou uma ruptura com o modelo tanto de Estado quanto de cidadania anteriores (FLEURY, 2009).

A implantação do SUS proporcionou uma importante mudança na organização dos serviços de saúde no Brasil. Financiado por recursos fiscais, o SUS propôs, para sua consolidação, os princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade da atenção à saúde. Além desses, os princípios que dizem respeito à operacionalização completam a legislação pertinente: descentralização dos serviços, hierarquização, regionalização e participação popular na definição das políticas de saúde (BRASIL, 1998).

No final do ano de 1993, fundamentando-se em experiências positivas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde brasileiro, concebeu o Programa Saúde da Família (PSF). Essa medida representou um olhar diferenciado sobre os cuidados de saúde e uma proposta de construção de um novo modelo

assistencial. Além da valorização do ambiente extra-hospitalar com espaço de prática assistencial, a proposta destacava a tendência de valorização da unidade familiar nas políticas públicas que se seguiriam (ROSA; LABATE, 2005).

A partir dos anos seguintes, o processo de consolidação do SUS foi favorecido por uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS), assumida pelo Ministério como Atenção Básica. Essas medidas representavam um conjunto de ações, individuais ou coletivas, com o intuito de promover saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar (BRASIL, 1998; ROSA; LABATE, 2005).

As mudanças efetivadas passaram a definir novas estratégias de financiamento que já não mais privilegiavam a atenção hospitalar ou a mera produção de serviços. Durante muito tempo, a alocação dos recursos federais em estados e municípios se dava com base na produção de serviços e na capacidade instalada, sem valorização de atividades de promoção e prevenção. Entretanto, a partir de meados da década de 1990, os esforços, investimentos e programas passaram a concentrar-se nos serviços da Atenção Primária. Esse fato representou um passo fundamental para o surgimento de um novo modelo assistencial no Brasil, que ainda está em fase de consolidação (MENDES; MARQUES, 2014).

## 1.2 A Estratégia de saúde da Família e a Atenção Primária à Saúde

A implantação do PSF formalizou a experiência já existente com os agentes comunitários de saúde nos Estados brasileiros do Paraná e Ceará. Já existiam, portanto, experiências exitosas sobre o cuidado fundamentado na promoção da saúde e na atenção oportuna às famílias em suas próprias comunidades. As ações de saúde passaram a focar a família e não somente o indivíduo. Pode-se afirmar que o PACS é o antecessor do PSF, tendo em vista que foi o responsável pela introdução dos conceitos de enfoque na família, de ações de promoção de saúde, da procura ativa, e de organização da demanda assistencial. Além disso, proporcionou formação do vínculo com a comunidade e uma nova proposta de intervenção, muito mais ampla e não reduzida, da ação do profissional de saúde. O PACS foi formulado tendo como principal objetivo diminuir a mortalidade materna e infantil no Norte e Nordeste. Porém, diante dos

resultados positivos alcançados no Ceará, o próprio Ministério da Saúde percebeu a que os agentes comunitários de saúde poderiam contribuir para a organização do sistema (BRASIL, 1994; BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

A partir das experiências positivas com o PACS, a implantação do PSF se tornou um ato natural e foi um marco definidor da atenção primária brasileira, pois uma política nacional e específica para atenção primária nunca havia sido formulada. O PSF, inicialmente destinava-se à ampliação do acesso para áreas periféricas e de maior risco social. Aos poucos, o Programa começou a crescer e passou a assumir o *status* de estratégia, tornando-se uma ferramenta estruturante dos sistemas municipais de saúde, e passando a reorientar e imprimir nova dinâmica nas ações de saúde (SOUZA, 2002).

No ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou a “Política Nacional de Atenção Básica” (PNAB). Nesse documento, o Governo Federal promoveu uma revisão das diretrizes e normas para a organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ampliou o escopo das ações da APS. Assim as unidades básicas de saúde, com equipes da ESF passaram a ser oficialmente o acesso ideal e preferencial para o SUS. Nesse processo, as equipes de saúde assumiam o compromisso de organização dos sistemas locais de saúde. Essa política estabelece, então, a ESF como modelo substitutivo em relação à rede de atenção básica até então vigente (BRASIL, 2006).

A ESF, tomando grandes dimensões em todo o país, incorporou mais profundamente os princípios básicos do SUS e aproximou suas ações aos conceitos ou atributos da atenção primária como primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e abrangência do cuidado (STARFIELD, 2002).

O modelo da ESF preconiza uma equipe multiprofissional que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população. A equipe deve conhecer as famílias e o território de abrangência, identificar problemas de saúde e situações de risco, elaborar programas para enfrentar os determinantes do processo saúde doença, além de elaborar ações educativas (BRASIL, 1996).

A atenção primária é primeiro contato com o sistema de saúde local e responsável pela organização do cuidado de saúde dos indivíduos e de suas famílias ao longo do tempo. Evidências demonstram que esse nível de atenção tem capacidade para responder 85% das necessidades em saúde por meio de serviços curativos, de promoção, de prevenção e de reabilitação em saúde (STARFIELD, 2004).

No Brasil não existe uniformidade de expressão em relação aos termos “atenção primária à saúde”, “atenção básica” e “estratégia saúde da família”, que são frequentemente utilizados como expressões sinônimas, sendo que os documentos oficiais utilizam mais frequentemente a expressão “atenção básica” conforme afirma Gil (2006). A concordância existe, entretanto para assumir que a Estratégia de Saúde da Família muda a concepção de atenção à saúde no país. Em síntese, ela muda o foco da assistência individual para familiar, requerendo maior dedicação da equipe à clientela, fortalecendo assim, os vínculos de responsabilidade e de confiança entre os profissionais, as famílias e a comunidade (BRASIL, 2006).

A equipe multidisciplinar de saúde da família deve ser composta por: enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), dentista e auxiliar de consultório dentário, que definem o território, cadastram e acompanham a população residente na área. Recomenda-se que cada equipe fique responsável por 600 a 1.000 famílias (2.400 a 4.000 habitantes) (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006).

O crescimento acelerado da ESF no Brasil definiu uma tendência de consolidação de um novo modelo assistencial. Mas esse crescimento fez surgir também a necessidade de avaliar sua efetividade. Vários instrumentos de monitoramento foram desenvolvidos para avaliar as ações e os resultados das atividades das equipes da ESF. O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), implantado em 1988, foi o primeiro instrumento e é constituído por relatórios que definem a realidade da população assistida e a produção dos serviços pelas equipes (SILVA, 2011).

Outros aspectos destacaram a necessidade de incrementar a avaliação do novo modelo assumido para a atenção básica no Brasil e foram apontados pela PNAB (BRASIL, 2006). Entre eles destaca-se o aumento do financiamento público para a implantação de

novas equipes de Saúde da Família que propiciou um rápido e significativo aumento do número de equipes em municípios de todo o País.

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (Prograb) também foi uma ferramenta de acompanhamento das atividades das equipes, definindo a programação das equipes de saúde com ênfase na integralidade das ações. Outro instrumento proposto pelo Ministério da Saúde foi a Avaliação para Melhoria de Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que utilizava uma metodologia de autoavaliação, definindo padrões de qualidade para diferentes atores dos serviços de saúde (CAMPOS, 2005; BRASIL, 2006).

É preciso salientar que os instrumentos citados têm limitações importantes, principalmente, por se tratar de instrumentos de caráter auto-avaliativo, uma vez que no âmbito da prestação de serviços os profissionais de saúde têm outras expectativas quanto a qualidade da atenção quando comparadas com a avaliação realizada pelos usuários (CAMPOS, 2005).

Surge na década de 1990 um novo indicador, que tem sido utilizado como forma de avaliação do impacto da ESF. É denominado de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Esse indicador compreende o conjunto de internações que, na presença de ações resolutivas da atenção ambulatorial, poderiam ter seu risco diminuído na população (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

### 1.3 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP): Um Novo Indicador para a APS

A investigação do número de internações por condições ditas sensíveis à atenção primária surgiu nos Estados Unidos, na década de 90. Foi inicialmente utilizada para medir indiretamente a efetividade da Atenção Primária à Saúde, considerando que as altas taxas de internações por essas condições poderiam indicar dificuldade de acesso ou baixa qualidade desse nível de atenção (BILLINGS *et al.*, 1996).

Desde sua criação o indicador ICSAP tem sido abordado por diferentes perspectivas. Na Europa, observa-se a preocupação à correta composição da lista de morbidades que



realmente são sensíveis à atenção primária e validação dessa lista. Nos Estados Unidos, os estudos são direcionados a comparações entre os usuários portadores de seguro saúde e os não segurados, a análise por gênero e etnia e o efeito dos serviços de atenção primária nas internações evitáveis. Alguns estudos também buscaram identificar características dos usuários que são hospitalizados por condições consideradas sensíveis ao cuidado primário (CAMINAL *et al.*, 2003).

Para a maioria dos estudos, de modo geral, desde sua criação, o indicador que traduz a proporção de internações hospitalares por condições sensíveis tem sido utilizado como marcador da qualidade dos cuidados primários de saúde e como indicador de acesso ao cuidado ambulatorial (MOURA *et al.*, 2010).

A utilização das ICSAP como indicador é crescente, à medida que tem sido demonstrada a sua consistência em estudos que expõem a relação inversa entre essas hospitalizações e o acesso aos serviços ambulatoriais. Estudos evidenciam que altas taxas de ICSAP podem identificar populações mais vulneráveis e representar uma organização ineficaz do sistema de saúde, falhas na prevenção e no diagnóstico precoce (CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

No Brasil, embora esse indicador já estivesse sendo utilizado por algumas Secretarias de Saúde, a primeira Lista Nacional de ICSAP foi elaborada somente em 2007 e publicada em 2008. O processo de elaboração da lista brasileira contou com pesquisadores e gestores na sua primeira fase de validação, consolidação e revisão. Houve consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública em seguida (REHEM *et al.*, 2013; ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Após ajustes, a Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) do Ministério da Saúde (MS) publicou a versão final da Lista Brasileira de ICSAP em 17 de abril de 2008.

#### 1.4 Utilização do Indicador Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) no Brasil

Fernandes *et al.* (2009) identificaram, em uma amostra aleatória de 660 pacientes internados em enfermarias de clínica médica e cirúrgica do SUS, em Montes Claros –

MG, nos anos de 2007 e 2008, que 38,8% das internações eram por condições sensíveis a atenção primária. Entre as variáveis analisadas houve associação estatística com as ICSAP: internação prévia, visitas regulares às unidades básicas de saúde, baixa escolaridade, controle de saúde não realizado por ESF e idade superior ou igual a 60 anos.

Moura *et al.* (2010) avaliaram as tendências das principais causas de internações hospitalares entre aquelas sensíveis à atenção primária no Brasil, por faixa etária e região, no período de 1999 e 2006. Por meio de um estudo ecológico identificaram as três principais causas de ICSAP em menores de 20 anos: gastroenterites, asma e as pneumonias bacterianas. Houve redução das taxas de internação por gastroenterite (-12%) e asma (-31,8%) e incremento de 142,5% nas taxas de internação por pneumonias bacterianas, tendências que ocorreram de forma distinta por faixa etária e região.

Estudo realizado por Rehem e Egry, no Estado de São Paulo, no período de 2000 a 2007, apresentou um panorama das ICSAP. Com dados do Ministério da Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, os autores concluíram que as ICSAP seguem uma tendência de redução sugerindo uma relação com a adoção da Estratégia de Saúde da Família. Observou-se uma redução nas internações por diabetes e um aumento de internações por condições relacionadas ao parto e puerpério (REHEM; EGRY, 2011).

Boing e seus colaboradores demonstraram uma redução das internações por condições sensíveis aos cuidados primários no Brasil, entre os anos de 1998 e 2009. Utilizando dados obtidos pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH), concluíram que houve uma redução média anual de ICSAP de 3,7% entre homens e mulheres. A tendência variou em cada estado, porém todas decresceram (BOING *et al.*, 2012).

Junqueira e Duarte (2012) analisaram as ICSAP no Distrito Federal referentes ao ano de 2008. A partir de dados oficiais, os autores concluíram que as ICSAP representaram 20% das internações no SUS, sendo as causas mais frequentes as gastroenterites (2,4%), insuficiência cardíaca (2,3%) e infecção do rim e trato urinário (2,1%). Constataram redução importante de ICSAP entre pessoas de um a 29 anos e um aumento gradativo até as idades mais avançadas.

Publicado em 2012, o trabalho coordenado por Pazó descreve as ICSAP no estado do Espírito Santo, entre os anos de 2005 e 2009. Utilizando dados oficiais, demonstraram o registro de 823.343 internações no período de estudo. As internações por condições sensíveis ao cuidado primário, representaram 28,9% do total de internações em 2005 e 23,2% em 2009, o que evidencia uma redução no coeficiente de internação de 14,1 para 11,4 por 1000 habitantes (PAZÓ *et al.*, 2012).

Batista e seus colaboradores observaram as taxas de hospitalização por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária. Por meio de um estudo ecológico com 237 municípios do Estado de Goiás, entre 2000 e 2008, os autores concluíram que ocorreram 253.254 internações e dessas, 17,2% eram por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária. Os autores observaram que as taxas de hospitalização geral e aquelas por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária diminuíram para ambos os sexos e em todas as faixas etárias independente da cobertura da Saúde da Família (BATISTA *et al.*, 2012).

Mendonça *et al.* (2012) publicaram artigo que avaliou, por meio de um estudo ecológico, nos anos de 2003 a 2006, as tendências das internações por condições sensíveis à atenção primária na grande Belo Horizonte – MG, após implementação de 506 equipes de saúde da família em 2002. Mostraram que condições sensíveis somaram 115.340 internações o que representou 26,4% do total. No período avaliado houve um decréscimo de 17,9% das internações por condições sensíveis contra 8,3% das internações por condições não sensíveis. Ao se comparar mulheres em locais de alta vulnerabilidade social com mulheres residentes em áreas de baixo risco social, as ICSAP diminuíram 22% no primeiro grupo e 9% no segundo, destacando o maior impacto das equipes de saúde nas áreas de maior vulnerabilidade.

Estudo coordenado por Rehem descreveu o perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Curitiba – PR, no período de 2005 a 2007. Analisando dados do Sistema de Informações Hospitalares, os autores observaram que em Curitiba as ICSAP seguem uma tendência de estabilização, sendo as causas mais frequentes a angina e a insuficiência cardíaca, com maior frequência para o sexo feminino e para a faixa etária maior ou igual 65 anos (REHEM *et al.*, 2013).

A partir da exposição apresentada é possível identificar a relevância e a magnitude do indicador ICSAP. Também é possível verificar que existem comportamentos distintos das ICSAP, segundo a região estudada, apesar de uma tendência declinante para a maior parte dos estudos. Pereira *et al.* (2014) asseguram que é mais frequente, na literatura nacional, os estudos que apresentam a evolução das ICSAP ao longo dos anos, após a implantação da ESF. Porém, existem poucos estudos similares para o Estado de Minas Gerais e a falta de análises regionalizadas dentro do próprio estado constitui-se em uma importante lacuna do conhecimento sobre o tema para essa importante região do País. Assim, o presente estudo objetivou avaliar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, no período de 1999 e 2007, no sentido de propiciar aos gestores de saúde conhecer a efetividade da ESF.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Avaliar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) em Minas Gerais e em suas macrorregiões de saúde, no período de 1999 e 2007.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as taxas de ICSAP entre 1999 e 2007 em Minas Gerais;
- Verificar as taxas de ICSAP considerando as diferentes macrorregiões de Minas Gerais;
- Identificar os principais grupos de ICSAP entre 1999 e 2007 em Minas Gerais;
- Correlacionar as taxas de ICSAP e cobertura da ESF entre 1999 e 2007 em Minas Gerais.

### 3. METODOLOGIA

De acordo com Gil (2002), as pesquisas científicas podem ser vistas como uma forma de produção cultural. É um procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas as inquietações, curiosidades ou desafios que são propostos. Constitui a estratégia a ser adotada quando não se dispõe de informações suficientes para responder ao problema, ou, então, quando a informação disponível necessita ser organizada e adequadamente relacionada. Nenhuma pesquisa “parte do nada”, mas busca conhecimentos e registros disponíveis; esta busca é alicerçada em métodos e técnicas próprias da atividade racional. A presente pesquisa trata-se de um estudo exploratório, ecológico, com análise de tendência.

#### 3.1 Delineamento do Estudo:

Trata-se de um estudo ecológico, de série temporal, com análise de tendência.

#### 3.2 Local do Estudo, População-alvo e Período do Estudo

A pesquisa foi conduzida em Minas Gerais e em suas macrorregiões de saúde para os anos de 1999 a 2007. Minas Gerais possui uma população, estimada em 2014, de 20.734.097 habitantes, distribuída em 853 municípios, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Trata-se de uma das unidades federativas com maior número de municípios e que apresenta distintas características entre suas regiões internas, com áreas ricas e prósperas e outras com grandes carências.

A população alvo do presente estudo foi definida entre aqueles com idade igual ou superior a 20 anos até a idade menor que 80 anos. A opção pela faixa etária identificada foi devido ao fato de se entender que indivíduos de 0 a 19 anos estão susceptíveis a grupos de doenças específicos dessa faixa etária e os com 80 anos ou mais podem ter várias condições associadas que não permitem assegurar a evitabilidade da hospitalização mesmo diante de uma assistência adequada no nível primário.

Além da análise global para o estado de Minas Gerais, foram conduzidas análises considerando-se cada uma das macrorregiões do estado como unidade de análise.

O período estudado compreende o ano de 1999 a 2007. O recorte utilizado procurou trabalhar com dados mais uniformes, pois a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde determinou que as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) deveriam ser preenchidas utilizando os códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e até então, era utilizada a Nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Por outro lado a partir de 2008, começou a vigorar uma nova tabela unificada de procedimentos para o preenchimento das AIH (Portaria GM/MS nº. 1541 de 27 de junho de 2007), o que também poderia gerar equívocos nas análises.

### 3.3 Fonte dos Dados

Foram utilizados dados secundários para a construção de taxas ao longo dos anos avaliados. Os dados foram referentes aos residentes em Minas Gerais e foram selecionadas a partir do Sistema de Informações Hospitalares disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

A população a cada ano foi obtida a partir das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

As análises realizadas foram conduzidas excluindo-se as internações por parto, pois este é o desfecho natural da gestação e sua inclusão pode falsear os resultados.

A seleção das ICSAP foi feita com base na Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária, publicada pelo Ministério da Saúde, que inclui 19 grupos de causas e utiliza a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para a classificação diagnóstica a partir do diagnóstico principal apresentado na guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

A definição das macrorregiões de saúde foi feita seguindo determinação do Plano Diretor de Regionalização do estado de Minas Gerais, conforme ANEXO III DA

DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009, que formaliza a composição das 13 macrorregiões de saúde do Estado.

A proporção de cobertura utilizada foi a disponibilizada no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br>). A proporção da cobertura populacional estimada pela ESF é obtida pela multiplicação do número de equipes de ESF por 3.450 e a seguir dividido pela população estimada pelo IBGE, com limitador de cobertura de 100%.

### 3.4 Análise dos Dados

A taxa de ICSAP foi calculada pela razão entre o número de internações de diferentes patologias sensíveis à atenção primária em Minas Gerais e a população mineira entre 20 e 79 anos, de cada ano, por 10 mil habitantes.

Além da análise descritiva das ICSAP ao longo dos anos estudados das taxas de ICSAP em Minas Gerais e nas macrorregiões de saúde, foi conduzida análise de correlação entre a cobertura populacional pela ESF em todo o estado e as taxas de ICSAP. Para essa análise, o Coeficiente de Correlação de Pearson (“r”) foi utilizado, assumindo-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os cálculos foram conduzidos em planilhas eletrônicas e com uso do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.



#### 4. PRODUTO CIENTÍFICO

Em atendimento à recomendação do Colegiado de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de um artigo científico.

O artigo “Interações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007” é apresentado a seguir, e está formatado segundo as normas da Revista Brasileira de Epidemiologia.

4.1. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, entre 1999 e 2007.

## **INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MINAS GERAIS, ENTRE 1999 E 2007**

Hospitalization by Primary Care Sensitive Conditions in Minas Gerais, Between 1999 And 2007

Éder Samuel Bonfim Esteves Oliveira <sup>I</sup>, Veneza Berenice de Oliveira <sup>II</sup>, Antônio Prates Caldeira <sup>III</sup>

**RESUMO:** *Objetivo:* avaliar as taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Minas Gerais, no período de 1999 e 2007. *Métodos:* estudo ecológico, descritivo das internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde. Efetuou-se análise de correlação entre as taxas de internações e a cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais. *Resultados:* a taxa das internações por condições sensíveis à atenção primária passou de 244,19 para 143,5/10.000 habitantes, representando uma redução de 41,2% ao longo dos anos. Houve redução em todas as macrorregiões de saúde, mas de forma heterogênea. Registrou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre a cobertura populacional pela Estratégia Saúde da Família e o total das internações por condições sensíveis à atenção primária entre 1999 e 2007. As principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foram Asma, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Gastroenterites infecciosas e complicações, Infecções dos Rins e Trato Urinário e Pneumonias bacterianas. *Conclusões:* Observou-se redução das taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária ao longo dos anos, correlacionada ao aumento da cobertura populacional pela estratégia saúde da família.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Hospitalizações. Qualidade da Assistência à Saúde. Avaliação. Saúde da Família.

**ABSTRACT:** Objective: To evaluate Hospitalization rates for Primary Care Sensitive Conditions in Minas Gerais, between 1999 and 2007 period Methods: A ecological and analytic study of hospitalizations for primary care sensitive conditions in Minas Gerais and their health and macro-analysis correlation between the rates of hospital admissions and the coverage rates of the Family Health Strategy for the state. Results: The rate of hospitalizations for primary care sensitive conditions went from 244.19 to 143.5 / 10,000 in habitants, representing a decrease of 41.2% over the years. There was a reduction in all macro health regions, but unevenly. Registered negative and statistically significant correlation between population coverage by the family health strategy and the total admissions for primary care sensitive conditions between 1999 and 2007. The leading causes of hospitalization for primary care sensitive conditions were asthma, heart failure, cerebrovascular diseases, infectious gastroenteritis and complications, infections kidney and urinary tract and bacterial pneumonia. Conclusions: There was a reduction in the rates of hospitalization for conditions sensitive to primary care over the years, associated with increase of population coverage by the family health strategy.

**Keywords:** Primary Health Care; hospitalizations; Quality of Health Care; Evaluation; Family Health.

## **INTRODUÇÃO**

No final do ano de 1993, fundamentando-se em experiências positivas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde em Brasília, concebeu o Programa Saúde da Família (PSF). Essa medida representou um olhar diferenciado sobre os cuidados de saúde e uma proposta de construção de um novo modelo assistencial. Além da valorização do ambiente extra-hospitalar como espaço de prática assistencial, a proposta destacava a tendência de valorização da unidade familiar nas políticas públicas que se seguiriam<sup>1</sup>.

No ano de 2006, o Ministério da Saúde publicou uma nova “Política Nacional de Atenção Básica”. Nesse documento, o Governo Federal promoveu uma revisão das diretrizes e normas para a organização do PSF, elevando-o à condição de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ampliando o escopo das ações da Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, as unidades da ESF passaram a ser oficialmente o acesso preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS) e as equipes de saúde

assumiram o compromisso de organização dos sistemas locais de saúde. A relevância dessa política é que ela estabelece a ESF como modelo substitutivo em relação à rede de atenção básica até então vigente<sup>2</sup>.

Os anos que seguiram registraram um rápido crescimento da ESF e a tendência de consolidação de um novo modelo assistencial. Mas esse crescimento fez surgir também a necessidade de avaliar sua efetividade. Vários instrumentos de monitoramento foram desenvolvidos para avaliar as ações e os resultados das atividades das equipes da ESF<sup>3</sup>. Nesse contexto, um novo indicador passou a ser utilizado como forma de avaliação do impacto da ESF: as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Este indicador compreende o conjunto de internações que, na presença de ações resolutivas da atenção primária, poderiam ter sua frequência notadamente reduzida<sup>4</sup>.

A investigação do número de internações por condições sensíveis à atenção primária surgiu nos Estados Unidos, na década de 1990. Foi inicialmente utilizada para medir, indiretamente, a efetividade da Atenção Primária à Saúde, considerando que as altas taxas de internações por essas condições poderiam indicar dificuldade de acesso ou baixa qualidade desse nível de atenção<sup>5</sup>.

O indicador ICSAP tem sido abordado em diferentes perspectivas. Na Europa, observa-se a preocupação à correta composição e validação da lista de morbidades que realmente são sensíveis à atenção primária. Nos Estados Unidos, os estudos são direcionados a comparações entre os usuários portadores de seguro saúde e os não segurados, a análise por gênero e etnia e o efeito dos serviços de atenção primária nas internações evitáveis<sup>6</sup>.

No Brasil, embora o indicador ICSAP já estivesse sendo utilizado por algumas Secretarias de Saúde, a primeira Lista Nacional de ICSAP foi elaborada

somente em 2007 e publicada em 2008<sup>7</sup>. O processo de elaboração da lista brasileira contou com pesquisadores e gestores na sua primeira fase de validação, consolidação e revisão. Houve consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e posterior consulta pública<sup>8</sup>.

Estudos nacionais apresentam as taxas das ICSAP ao longo dos anos, após a implantação da ESF em capitais e estados<sup>9</sup>. Porém, faltam ainda estudos para o estado de Minas Gerais, com análise das suas macrorregiões de saúde. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais e suas macrorregiões de saúde, no período de 1999 a 2007.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo ecológico, com análise de tendência e com uso de dados secundários para a construção de taxas entre os anos de 1999 e 2007. O período estudado procurou trabalhar com dados mais uniformes, pois a partir do ano de 1999 o Ministério da Saúde determinou que as Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) deveriam ser preenchidas utilizando os códigos da Décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e até então, era utilizada a Nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Por outro lado a partir de 2008, começou a vigorar uma nova tabela unificada de procedimentos para o preenchimento das AIH (Portaria GM/MS nº. 1541 de 27 de junho de 2007), o que também poderia gerar equívocos nas análises.

A taxa de ICSAP foi calculada através da razão entre o número de internações de diferentes patologias sensíveis à atenção primária em Minas Gerais e a

população mineira entre 20 e 79 anos, de cada ano, por 10 mil habitantes. A opção pela faixa etária identificada foi devido ao fato de se entender que indivíduos de 0 a 19 anos estão susceptíveis a grupos de doenças específicas e os com 80 anos ou mais podem ter várias condições associadas que não permitem assegurar a evitabilidade da hospitalização mesmo diante de uma assistência adequada no nível primário.

A seleção das ICSAP foi feita com base na Lista Brasileira de Condições Sensíveis a Atenção Primária, publicada pelo Ministério da Saúde, que inclui 19 grupos de causas e utiliza a décima Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para a classificação diagnóstica a partir do diagnóstico principal apresentado na guia de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Os números de ICSAP para os residentes em Minas Gerais foram selecionados a partir do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). A população, a cada ano, foi obtida a partir das estimativas populacionais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As análises realizadas foram conduzidas excluindo-se as internações por parto, pois este é o desfecho natural da gestação e sua inclusão pode falsear os resultados.

Além da análise das ICSAP ao longo dos anos estudados e do seu comportamento em cada uma das macrorregiões de saúde do Estado, foi conduzida análise de correlação entre a cobertura populacional pela ESF em Minas Gerais e as taxas de ICSAP. A proporção de cobertura utilizada foi a disponibilizada no sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br>). Para essa análise, o Coeficiente de Correlação de Pearson foi utilizado, assumindo-se um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ).

Os cálculos foram conduzidos em planilhas eletrônicas e com uso do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.0.

## RESULTADOS

Na Tabela 1, evidencia-se que ao longo do período estudado a taxa de internações por condições sensíveis passou de 244,19 para 143,50/10.000 habitantes, representando uma redução de 41,2% ou um decréscimo médio anual de 5,15% ao ano. No mesmo período as internações por condições não sensíveis apresentaram redução de 711,11 para 555,19/10.000 habitantes, o que representou uma redução de 21,9%, ou um decréscimo médio anual de 2,7% ao ano. Proporcionalmente, também se registrou uma redução percentual no período, para as ICSAP; que representavam 34,34% das internações em 1999 e 25,85% em 2007, excluindo-se as internações por partos.

O comportamento das ICSAP foi avaliado também considerando as diversas macrorregiões de saúde de Minas Gerais. Houve redução em todas as macrorregiões de saúde. As maiores reduções percentuais foram observadas para as taxas das regiões Noroeste (-67,8%), Oeste (-64,9%) e Triângulo do Sul (-61,8%). As menores reduções foram registradas nas macrorregiões Nordeste (-34,0%), Sudeste (-41,5%) e Jequitinhonha (-45,1%), como demonstra Tabela 2.

A Tabela 3 analisa os principais grupos de causas de internações por condições sensíveis. Observou-se que os seis principais grupos foram: Asma, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Gastroenterites infecciosas e complicações, Infecções dos Rins e Trato Urinário e Pneumonias bacterianas. Somadas,

essas seis condições representaram, ao longo de todos os anos estudados, mais de 50% de todas as ICSAP.

A análise de correlação é apresentada na Tabela 4. Registrou-se correlação negativa e estatisticamente significativa entre a cobertura populacional pela ESF e o total de ICSAP para o período estudado. A correlação foi a mesma também para cinco dos seis principais grupos de causas de internação. Não se registrou associação estatística entre a cobertura populacional pela ESF e as internações por Infecções dos Rins e do Trato Urinário.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados do presente estudo permitiram identificar uma importante redução das ICSAP para o período estudado. Essa tendência de redução das ICSAP ao longo dos anos parece ser um evento generalizado, pois já foi apontado em outros estudos, para distintas regiões do país e com recortes temporais diferentes<sup>9-14</sup>.

Registraram para o Brasil uma redução das ICSAP entre os anos de 1998 e 2009, destacando uma redução média anual em torno de 3,7%, apesar da observação de tendência variável entre os estados<sup>9</sup>. Em Pernambuco, uma análise do perfil das ICSAP revelou declínio das internações entre 2008 e 2012, também com um comportamento heterogêneo entre as diferentes regiões desse Estado<sup>14</sup>. Uma análise realizada sobre as ICSAP no Estado de São Paulo no período de 2000 a 2007 evidenciou uma tendência de redução das taxas ao longo dos anos<sup>15</sup>. Para o Estado do Espírito Santo uma análise similar, conduzida entre os anos de 2005 e 2009 também evidenciou o declínio das ICSAP, tanto em relação às taxas, quanto em termos percentuais<sup>12</sup>.



No Mato Grosso do Sul, pesquisadoras registraram uma nítida tendência de declínio no número de ICSAP para o Estado, entre os anos de 2000 e 2009<sup>10</sup>. Especificamente para a região metropolitana de Belo Horizonte, um estudo que avaliou o comportamento das ICSAP entre os anos de 2003 a 2006 também registrou um decréscimo de 17,9% das internações por condições sensíveis contra 8,3% das internações por condições não sensíveis<sup>13</sup>.

Os registros observados de forma distinta para as macrorregiões de saúde de Minas Gerais permitem destacar que, embora todos apresentem a tendência de redução, essa tendência não foi uniforme. Entre os três piores desempenhos registrados, dois encontram-se nas regiões que possuem os mais baixos indicadores socioeconômicos. As macrorregiões Jequitinhonha e Nordeste agrupam o Vale do Jequitinhonha e o Vale do Mucuri; esses possuíam em 2010 a menor renda per capita do estado<sup>16</sup>.

Sobre os principais grupos de causas, foi possível registrar a relevância dos problemas respiratórios (Asma e Pneumonias bacterianas), da Insuficiência Cardíaca, das Doenças Cerebrovasculares, das Gastroenterites infecciosas e suas complicações e das Infecções dos Rins e Trato Urinário, que juntos, respondem por mais da metade de todas as ICSAP. Algumas dessas causas já foram apontadas em outros estudos<sup>8-10, 12-15, 17</sup>.

Foi demonstrado que entre as ICSAP, no Brasil; as três mais prevalentes foram as mesmas em ambos os sexos, primeiro as Gastroenterites e complicações seguidas de Insuficiência Cardíaca e Asma<sup>9</sup>. No ano de 2008, ao se analisar as ICSAP no Distrito Federal, concluíram que as ICSAP representaram 20% das internações no SUS, sendo as causas mais frequentes: Gastroenterites, Insuficiência Cardíaca e Infecção do Rim e Trato Urinário<sup>16</sup>. Em 2012 demonstraram que Gastroenterites, Pneumonias, Insuficiência Cardíaca e Infecção do Rim e Trato Urinário somaram 50,3%

das internações no Espírito Santo<sup>12</sup>. No ano de 2009 demonstraram que as causas mais frequentes entre as ICSAP para todo o Brasil foram Gastroenterites e suas complicações, Insuficiência Cardíaca, Asma, Pneumonias bacterianas e Doenças Cerebrovasculares<sup>8</sup>.

Percebe-se, portanto, que existe certa uniformidade entre os principais grupos de causas em diferentes regiões do país, o que deve alertar para a necessidade de maior capacitação dos profissionais de saúde de forma mais específica para tais afecções.

As taxas das ICSAP, de modo geral, no período avaliado, mostraram-se estatisticamente associado com a expansão da ESF no Estado (taxa de cobertura). Situação similar também foi registrada no estudo do Mato Grosso do Sul<sup>10</sup> e no Estado do Rio de Janeiro<sup>18</sup>. Porém uma revisão descritiva sobre a produção científica acerca do assunto destaca que, embora a redução das ICSAP esteja vinculada à atuação da ESF, essa relação não ocorre de maneira constante<sup>19</sup>. Esse aspecto destaca a necessidade de estudos que levem em consideração não apenas as taxas de coberturas, mas a atuação efetiva das equipes e sua aderência aos atributos da APS, além das particularidades de cada região. Em estudo realizado em Santa Catarina, os autores já destacam a interferência dos atributos acessibilidade/primeiro contato, integralidade e longitudinalidade sobre o comportamento das ICSAP<sup>20</sup>. Em um estudo de revisão sobre as características da atenção básica associadas ao risco de ICSAP, os autores concluem que os princípios fundamentais da atenção primária associaram-se a um menor risco de tais internações<sup>21</sup>.

É importante destacar que o comportamento das ICSAP decorrentes de Infecções dos Rins e Trato Urinário se manteve relativamente constante ao longo do período estudado, não sofrendo influência da ampliação da cobertura populacional pela

ESF. Esse aspecto ainda não foi abordado de forma mais aprofundada pela literatura. É possível que o manejo das Infecções dos Rins e Trato Urinário ainda seja algo de controle mais difícil pelas equipes de saúde da APS, mas esse aspecto não foi objeto do presente estudo e deve merecer a atenção de futuras pesquisas na área.

A análise da literatura permite observar uma crescente utilização do indicador ICSAP. Algumas vezes, essa utilização tem sido realizada para avaliar a efetividade das equipes da ESF<sup>19</sup>. Em princípio, a existência de serviços de atenção primária bem estruturada e com boa capacidade resolutiva devem interferir favoravelmente sobre os números de internações. Para a maioria do país, que experimentou uma ampliação da rede de serviços da ESF, nos últimos anos, é possível que as taxas de ICSAP estejam reduzindo, como apontado neste estudo. Contudo, ainda não é possível tecer informações sobre o potencial real da ESF no país para maior redução do indicador, pois ainda existe uma grande diferença na operacionalização do cuidado primário pelas equipes da ESF<sup>21</sup>.

Os resultados do presente estudo devem considerar as limitações de um estudo com dados secundários e com abordagem anterior ao processo de implantação do indicador ICSAP no país. Todavia, representa o ponto de partida para análises futuras do comportamento das internações sensíveis aos cuidados primários para estudos futuros.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo permitiu descrever o panorama das ICSAP no Estado de Minas Gerais, no período de 1999 a 2007. Utilizando-se de dados secundários, os resultados demonstraram melhora da efetividade da Atenção Primária em Saúde em Minas Gerais.

Evidenciou-se uma redução das taxas e do percentual das ICSAP entre o total de internação no período analisado. Observou-se que existem seis principais condições que juntas representaram mais de 50% das ICSAP e que, seguramente, merecem uma maior atenção, pois exercem maior influência sobre os indicadores de saúde.

De modo geral, ao se acreditar que o indicador ICSAP mede indiretamente a efetividade do nível primário de atenção à saúde, o presente artigo aponta que houve melhora na prestação de serviço nesse nível de atenção, com a ampliação da taxa de cobertura entre os anos de 1999 e 2007. Melhores resultados poderão ser alcançados a partir da contínua expansão da ESF e ampliação do acesso e qualificação dos profissionais da APS.

## **REFERÊNCIAS**

1. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2005; 13(6)452-67
2. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União 29 mar 2006.
3. Jorge MHPM, Gotlieb SLD. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. Informe Epidemiológico do SUS 2001; 10 (1):7-18.
4. Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. Avances en España en la investigación con el indicador "hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria". Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76:189-96.

5. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs (Millwood)* 1996;15(3):239-49.
6. Caminal HJ, Morales EM, Sanchez RE, Cubells LMJ, Bustins PM. Hospitalizations preventable by timely and effective primary health care. *Aten Primaria* 2003; 31(1): 16-17.
7. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak SI, Egry SY. Internações por Condições Sensíveis á Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm USP* 2013; 47 (4):884-90.
8. Alfradique ME *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2009; 25(6): 1337-49.
9. Boing AF *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(2 ):359-66.
10. Campos AZ, Theme-Filha MM. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2009. *Cad. Saúde Pública* , 2012. 28 (5): 845-55
11. Rehem TCMSB, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Temas livres. Ciênc. Saúde Colet.* 2011 16(12): 4755-66
12. Pazo RG, Frauches DO, Galveas DP, Stefenoni AV, Cavalcante ELB , Silva FHP. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2012; 21(2): 275-82.
13. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* 2012; 27: 348-55.

14. Mendonça SS, Albuquerque EC. Perfil das internações por condições sensíveis à atenção primária em Pernambuco, 2008 a 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2014 23(3):463-74
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultado final. Minas Gerais (BR); 2010
16. Junqueira RMP, Duarte EC. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev. Saúde Pública* 2012; 46(5):761-80.
17. Marques AP, Andrade CLT, Romero D, Silva W. Internações de idosos por condições sensíveis à atenção primária no Estado do Rio de Janeiro: estudo do impacto da atenção primária na morbidade hospitalar de idosos. In: XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP –Brasil, 2012. p. 11-17
18. Pereira FJR, Silva CC, Lima Neto EA. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate*. 2014; 38(sn) 331-42
19. 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. Epidemiol.* 2008;11(4):633-47.
20. Nedel FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática de literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2010; 19(1):61-75.
21. Nunes AA, Flausino JM, Silva AS, Mello LM. Qualidade da Estratégia Saúde da Família: comparação do desempenho de municípios de pequeno e grande porte. *Saúde debate* 2014,38(102)452-67.

Tabela 1: Percentual e taxas de internações em Minas Gerais, para população entre 20 e 79 anos, 1999-2007

<b>Ano</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Total de internações</b>	903.100	893.494	894.603	916.121	912.838	894.022	874.717	853.806	839.271
<b>Internações por partos</b>	193.839	185.004	174.564	162.715	159.269	154.591	153.509	143.406	135.302
<b>ICSAP</b>	243.553	236.817	237.488	235.636	232.121	212.097	198.528	192.502	182.453
<b>População em Minas Gerais*</b>	9.973.984	10.746.541	10.888.988	11.019.436	11.146.117	11.272.407	11.559.148	11.705.178	12.714.882
<b>Taxa Internações não sensíveis**</b>	711,11	659,27	654,12	668,79	650,12	620,26	591,55	570,43	555,19
<b>Taxa de ICSAP</b>	244,19	220,37	218,10	213,84	208,25	188,16	171,75	164,46	143,50
<b>Percentual de ICSAP</b>	34,34	33,43	33,34	31,97	32,03	30,34	29,03	28,83	25,85

(\*) Refere-se a faixa etária avaliada

(\*\*) Excluindo-se os partos

Tabela 2: Variação das taxas de ICSAP nas macrorregiões de saúde em Minas Gerais para população entre 20 e 79 anos, 1999-2007.

<b>Macrorregião</b>	<b>1999</b>	<b>2003</b>	<b>2007</b>	<b>Variação 2007-1999</b>	<b>Variação percentual</b>
<b>Centro</b>	101,96	61,48	42,08	-59,88	-58,7
<b>Centro Sul</b>	164,40	127,63	72,72	-91,69	-55,8
<b>Jequitinhonha</b>	228,38	136,51	125,31	-103,07	-45,1
<b>Leste</b>	147,30	82,00	67,11	-80,20	-54,4
<b>Leste do Sul</b>	159,58	101,81	61,88	-97,70	-61,2
<b>Nordeste</b>	190,10	145,05	125,40	-64,69	-34,0
<b>Noroeste</b>	153,59	88,68	49,49	-104,10	-67,8
<b>Norte</b>	167,72	102,75	68,98	-98,74	-58,9
<b>Oeste</b>	142,25	96,51	49,97	-92,28	-64,9
<b>Sudeste</b>	160,88	104,57	94,05	-66,83	-41,5
<b>Sul</b>	142,28	103,34	56,67	-85,61	-60,2
<b>Triângulo do Norte</b>	109,74	70,61	50,43	-59,31	-54,0
<b>Triângulo do Sul</b>	188,08	132,53	71,89	-116,20	-61,8



Tabela 3: Taxas dos principais grupos de ICSAP em Minas Gerais para população entre 20 e 79 anos, entre 1999 e 2007.

<b>Anos</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Principais grupos de causas</b>									
Asma	8,68	7,55	7,59	7,33	7,20	6,29	5,17	4,94	3,89
Doenças cerebrovasculares	25,63	23,33	22,99	19,52	19,51	18,82	18,39	17,36	14,99
Gastroenterites infecciosas e complicações	19,56	16,98	17,61	18,47	17,02	13,87	12,90	12,83	10,62
Infecções dos rins e trato urinário	12,43	11,78	12,46	15,65	15,92	13,99	13,22	12,15	11,58
Insuficiência cardíaca	56,57	49,46	46,27	45,10	42,39	39,54	35,37	31,56	25,81
Pneumonias bacterianas	15,45	13,12	13,07	9,96	11,09	11,20	9,50	9,65	7,85
Total dos seis principais grupos de causas	138,33	122,22	119,99	116,03	113,15	103,71	94,55	88,49	74,73
Total das ICSAP	244,19	220,37	215,75	209,17	200,26	177,91	162,84	154,57	143,89
Percentual (principais grupos)	56,65	55,46	55,62	55,47	56,50	58,29	58,06	57,25	51,94

Tabela 4: Correlação entre taxa das ICSAP e seus principais grupos e a cobertura populacional pela ESF em Minas Gerais, para população entre 20 e 79 anos; 1999-2007

<b>Ano</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>r*</b>	<b>p-valor</b>
<b>Proporção de cobertura da ESF</b>	16,20	22,63	28,98	38,45	47,62	50,30	55,45	58,99	59,58		
<b>Taxas de ICSAP - Total</b>	244,19	220,37	215,75	209,17	200,26	177,91	162,84	154,57	143,89	-0,956	<0,001
<b>Asma</b>	8,68	7,55	7,59	7,33	7,20	6,29	5,17	4,94	3,89	-0,903	<0,001
<b>Doenças cerebrovasculares</b>	25,63	23,33	22,99	19,52	19,51	18,82	18,39	17,36	14,99	-0,962	<0,001
<b>Gastroenterites e complicações</b>	19,56	16,98	17,61	18,47	17,02	13,87	12,90	12,83	10,62	-0,859	0,003
<b>Infecções dos rins e trato urinário</b>	12,43	11,78	12,46	15,65	15,92	13,99	13,22	12,15	11,58	0,115	0,768
<b>Insuficiência Cardíaca</b>	56,57	49,46	46,27	45,10	42,39	39,54	35,37	31,56	25,81	-0,944	<0,001
<b>Pneumonias bacterianas</b>	15,45	13,12	13,07	9,96	11,09	11,20	9,50	9,65	7,85	-0,913	0,001

(\*) Coeficiente de Correlação de Pearson

## 5. CONCLUSÕES

Esse estudo permitiu descrever o panorama das ICSAP no Estado de Minas Gerais, no período de 1999 a 2007. Registrou-se um importante decréscimo das taxas e dos percentuais das ICSAP ao longo dos anos. Observou-se que existem seis principais condições ou grupos de doenças que, juntas, representaram mais de 50% ICSAP. São elas: Asma, Insuficiência Cardíaca, Doenças Cerebrovasculares, Gastroenterites infecciosas e complicações, Infecções dos Rins e Trato Urinário e Pneumonias bacterianas. É importante observar que, seguramente, essas condições merecem uma maior atenção dos gestores da atenção primária, pois exercem maior influência sobre os indicadores de saúde. Demonstrou-se que em todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais houve redução das taxas de ICSAP, porém de maneira desigual, e as macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha; que agregam o Vale do Jequitinhonha e o Vale do Mucuri, locais com menor renda per capita estão entre as três com piores resultados, suscitando hipótese de que as condições sócio econômicas interferem no comportamento das hospitalizações por condições sensíveis.

De modo geral, ao se acreditar que o indicador ICSAP mede indiretamente a efetividade do nível primário de atenção à saúde, este estudo registra que houve melhora na prestação de serviço nesse nível de atenção, com a ampliação da taxa de cobertura da ESF entre os anos de 1999 e 2007. Espera-se que melhores resultados poderão ser alcançados a partir da contínua expansão da ESF e ampliação do acesso e qualificação dos profissionais da APS. Essas questões precisam ser mais bem avaliadas, pois é necessário definir qual variável norteará os investimentos e os esforços a fim de melhorar os indicadores de saúde.

Embora este tenha sido um trabalho realizado com uso de dados secundários os resultados podem subsidiar decisões a serem tomadas pelos gestores da Atenção Primária em Saúde a partir do momento que se entende que as ICSAP aferem indiretamente a qualidade do primeiro nível de atenção.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E.; BONOLO, P.F.; DOURADO, I.; LIMA-COSTA, F.; MACINKO, J; MENDONÇA, C.S. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6. p. 1337-49, Jun.2009

BATISTA, S.R.R.; JARDIM, P.C.V.J.; SOUSA, A.L.L.; SALGADO, C.M. Hospitalizações por condições cardiovasculares sensíveis à atenção primária em municípios goianos. *Rev. Saúde Pública*. v. 46 n. 1. p. 34-42. 2012

BILLINGS, J.; ANDERSON, G.M.; NEWMAN, L.S. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Affairs (Millwood)*. v. 15. n. 3. p. 239-49. 1996

BOING, A.F.; VICENZI, R.B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A.C.; MORETTI-PIRES, R.O.; PERES, K.G. *et al.* Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. *Rev. Saúde Pública*. v. 46 n. 2. p. 359-66. 2012

BORNSTEIN, V. J., STOTZ, E. N. Concepts involved in the training and work processes of community healthcare agents: a bibliographical review. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 13. n. 1. p. 259-68. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para organização da atenção básica, Brasília: Ministério da Saúde; 1998

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma operativa básica (NOB 1-1996). Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica. Diário Oficial da União 29 mar 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília. MS. Fundação nacional de saúde, 1994

CAMINAL, H.J.; MORALES, E.M.; SANCHEZ, R.E.; CUBELLS, L.M.J.; BUSTINS, P.M. Hospitalizations preventable by timely and effective primary health care. *Aten Primaria*. v. 31. n. 1. p. 6-14; discussion 16-7. 2003

CAMPOS A.Z.; THEME-FILHA M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000-2009. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28. n. 5. p. 845-55, maio 2012.

CAMPOS C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* v. 5. n. 1. p. 563-69. 2005

FERNANDES, V.B.L.; CALDEIRA, A.P.; FARIA, A.A.; NETO, J.F.R. Internações sensíveis na atenção primária como indicador da avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*. v. 43. n. 6. p. 928-36. 2009

FLEURY, S. Estado sem Cidadãos - Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. / MS (Ministério da Saúde). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 93. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: MS. 1994

GIL, A.C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22. n. 6. p. 1171-81, 2006.

JORGE, M.H.P.M, GOTLIEB S.L.D. O sistema de informação de atenção básica como fonte de dados para os sistemas de informações sobre mortalidade e sobre nascidos vivos. Informe Epidemiológico do SUS. v. 10. n. 1. p. 7-18. 2001

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. *Rev. Saúde Pública*. v. 46. n.5. p. 761-68. 2012

LUZ, M.T. Notas Sobre As Políticas De Saúde No Brasil De "Transição Democrática" - Anos 80. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Vol. I. n. I. p. 78-96. 1991

MENDONÇA C.S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B.; NUNES, L.N. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning*. v. 27: 348-55. 2012

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. ANEXO III da Deliberação Cib-Sus/Mg Nº 618, De 09 de Dezembro de 2009

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R.C.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; MOTA, E.L.A.; MACINKO, J. *et al*, I. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. Recife, v.10 (Supl. 1). p. S83-91, 2010.

PAIM, J.S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta. "Saúde para todos". Rio de Janeiro. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, 2002.

PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; GALVEAS, D.P.; STEFENONI, A.V.; CAVALCANTE, E.L.B.; SILVA, F.H.P. Internações por Condições Sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília. v. 21. n. 2. p. 275-82. 2012.

PEREIRA, F.J.R.; SILVA, C.C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. *Saúde Debate* / Rio de Janeiro, v. 38, n. especial. p. 331-42. 2014

REHEM T.C.M.S.B; EGRY E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Temas livres. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.16. n.12. p. 4755-66. 2011

REHEM, T.C.M.S.B.; OLIVEIRA, M.R.F.; AMARAL, T.C.L.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev. Esc. Enferm USP*. v. 47. n. 4. p. 884-90. 2013

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde Da Família: A Construção De Um Novo Modelo De Assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. v.13 n.6 Ribeirão Preto. 2005

SOUZA, H.M. Saúde da Família: desafios e conquistas. Em: Negri B, Viana AL, orgs. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. São Paulo. *Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão*. p 221-40 2002

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. *UNESCO / Ministério da Saúde*, 2002.

STARFIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília. *Unesco / Ministério Da Saúde*, 2004.

## ANEXO

**LISTA DE CÓDIGOS CONSIDERADOS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA**

A seleção das ICSAP para tabulação nessa página foi feita com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde ( Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008), composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10. Diagnóstico CID 10 Códigos Selecionados

1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis: A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações: E86; A00 a A09
3. Anemia: D50
4. Deficiências nutricionais: E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta: H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas: J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma: J45, J46
8. Doenças pulmonares: J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44;
9. Hipertensão: I10; I11
10. Angina: I20
11. Insuficiência cardíaca: I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares: I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes melitus: E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1;E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8;E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias: G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário: N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo: A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos: N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal: K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto: O23; A50; P35.

Fonte: Portaria SAS/MS nº221, de 17 de abril de 2008.