

Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança
Mestrado Acadêmico

**INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA TERCIÁRIA NO MARANHÃO**

Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima

São Luís

2014

RAQUEL CASTRO DESTERRO E SILVA MOREIRA LIMA

**INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES
SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE
REFERÊNCIA TERCIÁRIA NO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Área de concentração: Pediatria.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Elinor Alves Gama.

Coordenadora: Prof^a Dr^a Maria do Desterro Soares Brandão Nascimento.

São Luís

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Lima, Raquel Castro Desterro e Silva Moreira

Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência terciária no Maranhão / Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima. – São Luís, 2014.

94f.

Impresso por computador (Fotocópia).

Orientador: Mônica Elinor Alves Gama.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, 2014.

1. Saúde pública – Maranhão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Internações por condições sensíveis à atenção primária. I. Título.

CDU 614.44 (812.1)

RAQUEL CASTRO DESTERRO E SILVA MOREIRA LIMA

**INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA
NO MARANHÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, da Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

A Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em 18/11/2014.

Prof^ª. Dr^ª. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª. Liberata Campos Coimbra (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva (Examinador)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª. Maria Bethânia da Costa Chein (Examinadora)
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª. Luciane Maria Oliveira Brito (Suplente)
Universidade Federal do Maranhão

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, Roberto e Letícia Destêrro e Silva Moreira Lima, aos quais nunca precisei faltar para realizar o meu Mestrado. Ao contrário: eles se uniram a mim em pesquisas, coleta e análise dos dados, elaboração de tabelas, enfim, me ajudando muito ao longo destes dois anos. Filhos são o que de melhor há em mim. Deus personificou o Amor na figura do Filho. E ninguém amou, sofreu ou viveu por Ele mais do que a Mãe. Não há, na Terra, vínculo maior que o de mãe-filho. A vocês, meus filhos, todo o meu amor!

Aos meus pais, Oldemar Destêrro e Silva (*in memoriam*) e Roselyne Castro Destêrro e Silva. Eles são o meu porto seguro, para sempre. Com eles aprendi sobre caridade e perdão, instrumentos maiores do amor de Deus.

Aos meus irmãos Rogério Castro Destêrro e Silva, Roxana Destêrro e Silva da Cunha e Ronaldo Castro Destêrro e Silva, pela amizade e amor. A união fraterna se propaga para o amor ao próximo, nosso irmão em Deus, tornando-se o laço mais forte que une a humanidade.

Ao amor, carinho e respeito vividos em trinta e um anos com meu marido, Abelardo Moreira Lima Júnior.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela grandiosidade de viver feliz. Mestrado é parte dessa felicidade.

À minha orientadora, Dra. Mônica Elinor Alves Gama, pelos seus ensinamentos, direcionamentos e responsabilidade sobre tudo durante esses dois anos. Levarei, com certeza, para outras pesquisas e para a vida, o que aprendi com a senhora.

À Universidade Federal do Maranhão e seus funcionários, que de muitas formas deram suporte às nossas aulas ou ajudaram na realização da minha pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança, da Universidade Federal do Maranhão, principalmente a todos os professores, mestres e doutores, pela valiosa contribuição que deram à minha vida.

Aos pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, Unidade Materno-Infantil, crianças, que fizeram parte da minha pesquisa. Que Deus lhes dê um pouco mais de conforto na vida – a saúde.

Aos meus colegas mestrandos, que viveram comigo momentos de aprendizado, dificuldades e apreensão nas avaliações e seminários, mas também alegrias, brincadeiras e lanches comemorativos de final de disciplina.

Aos meus colegas médicos, que contribuíram com dicas, artigos, informações, cobertura de plantões, coleguismo e compreensão com as minhas faltas, o meu sincero agradecimento.

Aos meus familiares, especialmente meus filhos, por existirem em minha vida e em tudo que faço.

“O avanço da Medicina poderá prolongar a vida humana, mas o avanço das condições sociais terá resultados mais rápidos e bem-sucedidos.”

(Rudolf Virchow, Pai da Medicina Social e antropólogo, séc.XIX).

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”
(Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

RESUMO

O acesso e a efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para evitar hospitalizações. Por isso, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem-se em um excelente indicador desta Atenção. Dada a relevância desse indicador para a proposição de estratégias de organização e consolidação do Sistema Único de Saúde, o presente estudo objetiva analisar as ICSAP de pediatria em um hospital de referência em alta complexidade no Maranhão. Foi feito um estudo descritivo, retrospectivo, dos dados epidemiológicos e diagnósticos de pacientes, coletados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Os dados foram avaliados utilizando o software estatístico *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Os cruzamentos dos sistemas de registro de diagnósticos com a faixa etária foram avaliados pelo teste não paramétrico de χ^2 de independência; quando não foi possível aplicou-se o teste Exato de Fisher ou o G de independência. Para avaliar as frequências de ICSAP entre as faixas etárias dentro de cada sistema de registro aplicou-se o teste de χ^2 de aderência. Os cruzamentos dos pacientes internados por CSAP, nos diversos sistemas de registro, com a presença ou não de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no seu local de residência foram avaliados pelo teste de χ^2 de aderência e a comparação entre os sistemas de registro, quanto à presença ou não de UBSF, pelo teste do χ^2 de independência. Em todos os testes o nível de significância (α) foi de 5%. Os diagnósticos foram classificados de acordo com a Lista Brasileira de CSAP. Houve 17% de hospitalizações por CSAP, com predomínio da faixa etária de 1 a 4 anos (36%), do sexo masculino (51,2%) e da cor parda (60,5%). A procedência dos pacientes foi 50% de São Luís e 50% do interior do Maranhão, da zona urbana (65,1%) e sem UBSF na localidade de residência (57%). Dentre os grupos de CSAP da Lista Brasileira, o mais frequente foi o das pneumonias bacterianas (25,5%), seguido do grupo de infecção no rim e trato urinário (19,7%). Quase um quinto das internações neste hospital de alta complexidade e referência estadual poderia, plausivelmente, considerando a classificação da Lista Brasileira de CSAP, ter tido resolutividade em nível ambulatorial da Unidade Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

ABSTRACT

Access and effectiveness of Primary Health Care are decisive to avoid hospitalizations. Therefore, Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) is an excellent indicator to evaluate Primary Health Care. In view of the relevance of this indicator to propose strategies of organization and consolidation of Sistema Único de Saúde, this study has the main purpose to analyze pediatric hospitalizations by ACSC in a tertiary referral hospital in Maranhão. It was made a descriptive and retrospective study of the epidemiological data and diagnostics collected in University Hospital of Federal University of Maranhão. The data were transferred to a database, using the *IBM SPSS Statistics 20* software (2011) to do statistical analysis. The crossing of diagnostics register systems and age groups was analyzed by non parametric χ^2 test of independence; when it was not possible to use χ^2 test, it was used the exact Fisher test or the G independence test. To analyze frequencies of hospitalizations by ACSC among age groups within each register system was applied χ^2 test of adherence. The crossings of hospitalized patients by ACSC, within each register system, and the presence or not of Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) near their residence, were analyzed by χ^2 test of adherence, and the comparison between the register systems about the presence or not of UBSF, by the χ^2 test of independence. The level of significance in all tests was 5%. The diagnostics were classified according to Brazilian List of ACSC. There were 17% of hospitalizations by ACSC. The predominant age group was 1 to 4 years old (36%), male (51,2%) and brown-skinned (60,5%). The patients came from São Luís (50%) and from interior of Maranhão (50%), and the majority was from the urban zone (65,1%) and did not have UBSF near your residence (57%). Within the ACSC groups of the Brazilian List, the most frequent was pneumonias bacterianas (25,5%), followed by the group of infecção no rim e trato urinário (19,7%). Considering the classification of ACSC Brazilian List, almost one fifth of admissions in this high complexity reference hospital in the state could have had, plausibly, resolution in Primary Health Care.

KEY WORDS: Primary Health Care. Ambulatory Care Sensitive Conditions.

LISTA DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 –	Características demográficas dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	32
Gráfico 1 –	Procedência dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	33
Tabela 2 –	Diagnósticos registrados para os 506 pacientes, nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base) por capítulo da CID-10, internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	34
Tabela 3 –	Distribuição dos principais diagnósticos registrados nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base) por faixa etária, dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	35
Gráfico 2 –	Diagnósticos registrados nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de Alta - Doença principal e de base), segundo a classificação em Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	36
Tabela 4 –	Características demográficas dos 86 (100%) pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	36
Gráfico 3 –	Procedência dos 86 (100%) pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	37
Tabela 5 –	Pacientes internados por CSAP, nos sistemas de registro e presença de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no local de residência. HUMI-UFMA, 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	37
Tabela 6 –	Frequência de ICSAP por faixa etária nos diferentes sistemas de registro (AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base), de pacientes no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	38
Tabela 7 –	Frequência dos diagnósticos obtidos da AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base, nos Grupos da Lista Brasileira de CSAP, de pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	39

Tabela 8 – Condições Sensíveis à Atenção Primária nos diferentes sistemas de registro do HUMI-UFMA, por faixa etária, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.....	40
---	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIH -	Autorização de Internação Hospitalar
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAPs -	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CID-10 -	Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP -	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DIP -	Doenças Infecciosas e Parasitárias
ESF-	Estratégia Saúde da Família
HIV -	Human Immunodeficiency Virus / Vírus da Imunodeficiência Humana
HUMI -	Hospital Universitário Materno-Infantil
HU/UFMA-	Hospital Universitário/ Universidade Federal do Maranhão
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP -	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
INAMPS -	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS -	Instituto Nacional de Previdência Social
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PACS -	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar
SUS -	Sistema Único de Saúde
TRO -	Terapia de Reidratação Oral
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UBSF -	Unidade Básica de Saúde da Família
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3	OBJETIVOS	27
3.1	Geral	27
3.2	Específicos	27
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Período e local do estudo	28
4.3	População	28
4.4	CrITÉrios de inclusão	29
4.5	Variáveis estudadas	29
4.6	Avaliao dos dados	30
4.7	Aspectos ticos	30
5	RESULTADOS	32
6	REFERÊNCIAS	41
7	ANEXOS	45
8	APÊNDICE	57
9	PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO	59
9.1	Nome do periódico com sua classificao da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliao Medicina II	59
9.2	Normas Editoriais/Normas para os autores	59
9.3	Artigo propriamente dito	70
10	SEGUNDO ARTIGO CIENTÍFICO	91
10.1	Nome do periódico com sua classificao da WEBQUALIS da	

CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliação Medicina II.....	91
10.2 Normas Editoriais/ Normas para os autores.....	91
10.3 Artigo propriamente dito.....	92
11 TERCEIRO ARTIGO CIENTÍFICO.....	93
11.1 Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliação Medicina II.....	93
11.2 Normas Editoriais/Normas para os autores.....	93
11.3 Artigo propriamente dito.....	94

1. INTRODUÇÃO

Na primeira parte desta dissertação de Mestrado, um breve histórico da saúde brasileira é descrito. A assistência à saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se baseava apenas em ações assistencialistas (SOUSA, 2002). Movimentos de reforma sanitária no país começaram na década de 1970, concomitantes com a democratização da saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Com a Constituição de 1988, foi criado o SUS, garantindo a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. Para a sua prática de ação foram criados muitos programas, campanhas e estratégias de organização dos serviços de saúde. Dentre os principais, destacam-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIM *et al.*, 2011).

Na segunda parte é delineada a Atenção Primária à Saúde (APS) como o ponto de partida para a atenção integral a partir da promoção da saúde das pessoas; o bom desempenho da APS tem como características fundamentais ser porta de entrada, ter continuidade no atendimento, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002).

Para a aferição dos resultados da APS são propostos alguns indicadores de saúde, sendo destaque o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), onde as doenças que são efetivamente tratadas pela APS são conseqüentemente menos passíveis de internação (STARFIELD, 2002; GUANAIS; MACINKO, 2009). As ICSAP constituem-se no tema central desta dissertação, apresentado na terceira parte e complementado na quarta parte com as ICSAP no Brasil.

Na quinta e última parte destacam-se alguns fatores intervenientes na avaliação das ICSAP não ligados à APS, mas às condições de vida do paciente, oferta de leitos e outras inadequações no sistema de saúde como um todo, sugerindo que o indicador talvez não deva ser usado isoladamente na avaliação da efetividade da APS.

Sendo o ICSAP um indicador de alta relevância na avaliação da APS, objetivou-se conhecer o perfil epidemiológico pediátrico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), Unidade Materno-Infantil, que ainda no ano do nosso estudo, 2012, tinha porta aberta para o atendimento em geral, mesmo já sendo qualificado

como hospital de referência terciária. Assim, o presente estudo tem importância na identificação de condições sensíveis à Atenção Primária, evitáveis, atendidas nesse serviço, esperando-se contribuir para o conhecimento do desempenho da Atenção Primária no Maranhão, a partir desse indicador.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O contexto histórico da saúde brasileira.

Antes da criação do SUS a saúde brasileira era baseada em ações de prevenção, como campanhas de vacinação e controle de endemias. (PAIM *et al.*, 2011; STARFIELD, 2002). O Serviço Especial de Saúde Pública atuava no combate à malária, febre amarela e outras doenças endêmicas, em particular na Amazônia e posteriormente em outros estados (FUNASA, 2014).

Na área de assistência aos doentes, o governo agia por meio da previdência social, garantindo acesso apenas a quem tinha vínculo empregatício; as demais pessoas usavam serviços públicos, filantrópicos ou particulares (SOUSA, 2002).

Em 1924 foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que garantiam assistência a funcionários de cada empresa que contratava serviços médicos. Logo em seguida, em 1930, as CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões, assistindo funcionários por categorias de trabalho, como os bancários, ferroviários etc., com interferência do governo na prestação dos serviços médicos. Após o golpe militar de 1964, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém, mantendo-se o foco na assistência a quem possuía vínculo empregatício. O INAMPS aplicava seus recursos nas regiões com maior número de beneficiários; assim, o sudeste era a região mais assistida (SOUSA, 2002).

Com o crescimento dos serviços privados e a necessidade de atender mesmo pessoas sem vínculos com o INAMPS, observou-se o início da crise na previdência social que começou na década de 1970 e culminou com o movimento da Reforma Sanitária, que defendia a saúde como problema não somente médico, mas principalmente social. E assim, em 1986, a Reforma Sanitária leva para a 8ª Conferência Nacional de Saúde a proposta de criação do SUS, efetivamente criado na Constituição Federal do Brasil em 1988 (PAIM *et al.*, 2011). Em 1990 o INAMPS foi extinto e o INPS passou a ter foco apenas na seguridade social, sendo assim denominado Instituto Nacional de Seguridade Social (SOUSA, 2002). Em

1991 foi criada a Fundação Nacional de Saúde, destinada a ações de saneamento básico (FUNASA, 2014).

Os sistemas de saúde possuem em comum o empenho em aperfeiçoar o atendimento à saúde da população, minimizar as desvantagens em relação ao acesso e garantir o alcance de um ótimo nível de saúde. Desta forma, embora “nenhum sistema de saúde seja parecido nem atue da mesma forma que outro, mas encaram desafios similares: prestar serviços de forma efetiva, eficiente e equitativa” (STARFIELD, 2002). A busca dessa meta permeia aspectos diversos e um amplo exercício de intersetorialidade, envolvendo áreas da educação, condições de moradia, formação de profissionais, instalação de hospitais e unidades de saúde adequados e programas de interação das pessoas com os serviços de saúde (OMS, 2008).

No Brasil, a criação do SUS deu início à democratização da saúde. O SUS se baseia nos princípios de saúde como “direito de todos e dever do estado” e da “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (PAIM *et al.*, 2011). Em 1990 foi implementada a Lei Orgânica da Saúde, que especifica as atribuições e a organização do SUS, regulando as ações e serviços de saúde em todo o território brasileiro (BRASIL, 1990).

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo e atende indistintamente todos os cidadãos brasileiros, sendo financiado pelos governos federal, estaduais e municipais (SOUSA, 2002; PAIM *et al.*, 2011). Sua abrangência se dá em todos os níveis de atenção, desde a Atenção Básica até serviços terciários de saúde (SOUSA, 2002; PAIM *et al.*, 2011).

Desde o fim da década de 1980, vários programas foram criados ampliando a ação do SUS. Dentre eles merecem destaque o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1990 e posteriormente chamado Estratégia Saúde da Família (ESF) e, em 1994, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Esses programas se ampliaram e garantem a qualidade da APS por meio da melhora do acesso aos serviços de saúde desde o primeiro contato com a população de abrangência, seu acompanhamento e integração a outros serviços necessários (PAIM *et al.*, 2011). A partir de então, a concepção sobre assistência aos doentes em que havia a procura espontânea e ações curativas mudou para um novo modelo, com equipes multiprofissionais, ações preventivas, curativas e de promoção à saúde e o alcance e integração da população com a unidade de saúde. (BRASIL, 2005).

2.2 A Atenção Primária à Saúde.

Atenção primária é a “provisão, a uma população definida, do primeiro contato, focado na pessoa e continuado ao longo do tempo, acessível, a fim de facilitar a obtenção do cuidado de saúde quando necessário” (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). Essa afirmativa dá uma visão da grande relevância de um modelo de atenção baseado na Atenção Primária.

A APS surgiu no Reino Unido, em 1920, através de proposições do Relatório Dawson, que organizou o sistema de atenção à saúde nos seguintes níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais-escola. A atenção era voltada para a educação sanitária e prevenção de doenças (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002).

Nos anos seguintes, vários movimentos ocorreram tentando institucionalizar a APS em vários países. Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, em sua trigésima reunião, definiu estratégias para o alcance de metas de “Saúde para todos no ano 2000”, cujos princípios foram enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978 e confirmados na Assembleia Mundial de Saúde em 1979 (MENDES, 2012; STARFIELD, 2002). Na conferência de Alma-Ata definiu-se a APS como:

“Atenção especial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde” (OMS, 1978).

Em 1994, a comunidade europeia formulou a Carta de Liubliana, onde foram propostos princípios para a Atenção Primária, adotados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1996; assim, a APS passa a ser considerada como um “sistema de saúde que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes, com serviços curativos, paliativos e preventivos, que assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde e

controla, de forma racional, a tecnologia da atenção secundária e o custo-efetividade dos recursos” (OMS, 1994; WHO, 1996).

Porém, a OMS, em seu relatório sobre a saúde mundial de 2008, em que comemorou 30 anos da Declaração de Alma-Ata, concluiu que a equidade e a justiça social não ocorreram de forma adequada e convocou todos os países para a renovação da APS com o lema "Agora mais do que nunca", em que clamavam por mudanças que promovessem a justiça social e o direito a melhor saúde para todos (MENDES, 2012; OMS, 2008).

Desde então, a Atenção Primária tem sido vista como o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, garantindo, em seu atendimento, a longitudinalidade¹, a integralidade e a coordenação do cuidado. O primeiro contato, visto como a porta de entrada, assegura a acessibilidade à população através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MILLIS, 1996; STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

A APS é fundamental na garantia do direito à saúde, com destaque para a centralização na família, que considera o contexto familiar, o conhecimento dos membros da família e os recursos familiares; a competência cultural, que reconhece a importância das questões culturais; e a orientação para a comunidade com o conhecimento do contexto físico, econômico e social e suas influências. Todas as diretrizes da APS devem estar presentes para garantir sua qualidade. E sua efetividade garantirá o cumprimento de suas três funções: resolubilidade², comunicação e responsabilização. (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

A APS enfoca determinantes de saúde no meio social e físico em que as pessoas vivem e trabalham e não somente na doença. O desafio principal é levar ações de saúde para mais perto da família melhorando sua qualidade de vida e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas. As ações para a promoção da saúde acontecem mediante políticas públicas, capacitação das comunidades, desenvolvimento de atitudes pessoais e ambientes

¹A longitudinalidade é a continuidade do atendimento e o estabelecimento de um vínculo de forma que o paciente procure o serviço para outras necessidades; depende da boa relação mútua profissional-paciente, do registro de pacientes em prontuários e uso regular do serviço pelo paciente. A integralidade inclui o fornecimento de atividades preventivas e curativas, equipamentos e requer que os serviços estejam disponíveis e sejam prestados quando necessário. A coordenação da atenção abrange mecanismos para continuidade, encaminhamentos para serviços secundários, terciários, internação domiciliar, visita domiciliar e palestras com a comunidade (MILLIS, 1996; STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

²A resolubilidade é a capacidade de atender os problemas da população; a comunicação se traduz pela informação adequada sobre produtos e serviços; e a responsabilização diz respeito à população adscrita. (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012).

favoráveis à saúde, além da ação dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2007). Desta forma, a Política Nacional de Promoção da Saúde define a promoção da saúde como

“uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas” (BRASIL, 2007).

O impacto da Atenção Primária na organização do sistema de saúde se dá na prevenção de doenças, por exemplo, evitando internações por doenças para as quais há imunização; no diagnóstico precoce, visando a intervenção ambulatorial, como a Terapia de Reidratação Oral nas diarreias agudas infantis; e na redução de complicações de doenças crônicas, quando estas têm acompanhamento e controle pelos profissionais nas UBS (ALFRADIQUE *et al*, 2009).

Assim, prevenção e tratamento ambulatorial indicam Atenção Primária efetiva e deveriam reduzir internações. Estas internações por doenças consideradas de fácil prevenção, ou passíveis de diagnóstico precoce e tratáveis em nível ambulatorial traduzem uma Atenção Primária inadequada (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008).

2.3 Os Indicadores de Saúde e as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

Os indicadores de saúde são usados para medir a efetividade³ dos serviços de saúde, pois os mesmos revelam a situação de saúde de um indivíduo ou da população, servem para a vigilância dessas condições de saúde e do desempenho do sistema de saúde (PEREIRA, 2002; RIPSA, 2002).

Portanto, pode-se entender a importância de indicadores que refletem a efetividade da APS, como o registro de ICSAP. As Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são “condições pelas quais a internação deveria ser evitável se os serviços de atenção básica

³Efetividade é a “medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais ou rotineiras” (LAST, 1995).

fossem efetivos e acessíveis" (GUANAIS; MACINKO, 2009). Destacam-se aqueles 80% de doenças que devem ser adequadamente conduzidas nas UBS, como as pneumonias bacterianas, complicações da diabetes e da hipertensão, asma, entre outros (NEDEL *et al.*, 2010). Assim, hospitalizações por problemas que são preveníveis ou tratáveis ambulatorialmente, sugerem a existência de necessidades de melhorias no atendimento de saúde nessas unidades de referência primária (STARFIELD, 2002).

Este conceito foi desenvolvido por John Billings em 1989, nos Estados Unidos, a partir de um estudo das taxas de hospitalização por condições cujo atendimento primário adequado evitaria o desfecho em internação. Ficou evidente que taxas de admissão em serviços de internação eram mais elevadas em áreas de baixa renda (BILLINGS *et al.*, 1993; STARFIELD, 2002).

Ao longo do tempo, diversos estudos têm demonstrado a relevância desse indicador. Pappas *et al.* (1997) encontraram em um hospital dos Estados Unidos em 1990, 12% das hospitalizações por CSAP. As taxas foram maiores em áreas mais pobres e entre negros. Entre crianças até quinze anos de idade, a taxa foi de 19%; e 27% entre crianças de um a quatro anos de idade; abaixo de quinze anos, as condições mais frequentes foram pneumonia (43%) e asma (39%).

Hakim e Bye (2001), nos Estados Unidos, também em 1990, encontraram que crianças até dois anos atualizadas em suas consultas pediátricas são menos prováveis de ter uma internação por CSAP. Outro estudo nos Estados Unidos, em 1993, com resultados diferentes, demonstrou uma redução não significativa no risco de hospitalização por CSAP em crianças com consultas regulares de puericultura (STEINER *et al.*, 2003).

Interessante destacar um estudo em Ontário, Canadá, que mostrou que a cobertura universal em saúde produzia poucas disparidades entre ricos e pobres em áreas urbanas, decorrentes da oferta de serviços de APS resolutivos (BILLINGS *et al.*, 1996).

Caminal *et al.* (2001) estudaram a APS e as hospitalizações por CSAP em 1996 na região da Catalunha, Espanha e verificaram que as internações por CSAP representaram 13% do total das hospitalizações.

Ainda na Espanha, Morales *et al.* (2001) demonstraram que 18% das hospitalizações na população infantil das Regiões Sanitárias da Catalunha, nos anos 1998 a 1999 poderiam ter sido evitadas se a APS fosse efetiva; cerca de 43% ocorreram em menores de dois anos.

Caminal *et al.* (2003) fizeram um estudo nos anos de 1998 a 1999 sobre ICSAP e identificaram a prevenção primária e o diagnóstico precoce e tratamento como as ações da APS que poderiam reduzir as internações por CSAP. Encontraram taxas de 8,42% do total e 86,9% correspondendo a apenas quatro categorias diagnósticas das treze consideradas no estudo, havendo uma grande variedade de patologias com frequências muito diferentes. Concluíram que os resultados sustentam a validade do indicador para medir a efetividade da APS.

Assim, em 2003, na Espanha, os pesquisadores Caminal Homar e Casanova Matutano desenvolveram o marco conceitual sobre hospitalizações evitáveis relacionadas à efetividade da Atenção Primária, aceito atualmente. Segundo esses estudiosos, intervenções na APS em promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e seguimento das doenças crônicas evitam internações por CSAP. Portanto, fundamentou-se a hospitalização por CSAP como um indicador de saúde e a “seleção dos problemas de saúde considerados Condições Sensíveis à Atenção Primária passou a garantir a validade, confiabilidade e representatividade das taxas de hospitalização por CSAP na avaliação da capacidade de resolução da APS” (CAMINAL; CASANOVA, 2003).

A seleção dos problemas de saúde considerados CSAP foi estabelecida com base nos critérios de Solberg e Weissman, que são: 1. Existência de estudos prévios; 2. Clareza na definição e codificação do caso; 3. Taxa de hospitalização $\geq 1/10.000$ habitantes ou “problema de saúde importante”; 4. Problema susceptível a ser resolvido na APS mediante uma oferta de serviços que garantam a cobertura por idade, sexo e tipo de atenção; e 5. Hospitalização necessária quando o problema aparece. (SOLBERG *et al.*, 1990; CAMINAL; CASANOVA, 2003).

Muitos estudos referendam este indicador desde então. Laditka *et al.* (2005), comparando a provisão de profissionais médicos e a hospitalização por CSAP em 20 estados norte-americanos, avaliando zona urbana e zona rural, concluíram que a oferta de médicos está positivamente associada com o desempenho geral do sistema de APS em uma grande amostra de municípios urbanos. Na Austrália, no estado de Victoria, pesquisadores

observaram taxas de ICSAP menores em zonas urbanas comparadas às zonas rurais (ANSARI *et al.*, 2006).

2.4 As ICSAP no Brasil.

O estudo das hospitalizações evitáveis foi denominado Ambulatory Care Sensitive Conditions e traduzido para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009). No Brasil o termo Atenção Básica é mais utilizado (PAIM *et al.*, 2011), mas a tradução como Atenção Primária foi mantida por corresponder a “Primary Health Care”. O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como equivalentes (BRASIL, 2011).

No Brasil, o marco conceitual sobre hospitalizações por CSAP foi desenvolvido por um grupo de especialistas que se baseou no modelo proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano (CAMINAL *et al.*, 2004; ALFRADIQUE *et al.*, 2009); na lista brasileira, os critérios para a inclusão ou exclusão dos diagnósticos foram os seguintes: 1. Existir evidência científica de que a causa de internação é sensível à Atenção Primária à Saúde; 2. Ser uma condição de saúde de fácil diagnóstico; 3. Ser um problema de saúde “importante” (ou seja, não ser evento raro); 4. Ser uma condição para a qual a atenção primária à saúde teria capacidade de resolver o problema e/ou prevenir as complicações que levam à hospitalização; 5. Haver necessidade de hospitalização quando a condição estiver presente; 6. O diagnóstico não ser induzido por incentivos financeiros.

Inicialmente (ainda em 2005) houve um levantamento das listas nacionais existentes no Brasil, pois já havia registro do uso desse indicador em Minas Gerais, Ceará e Curitiba. A lista foi adaptada às condições epidemiológicas brasileiras e segundo as doenças mais prevalentes. Assim, registram-se mais doenças infectocontagiosas e não há afecções odontológicas e mentais em relação à lista internacional. Após discussão entre pesquisadores, gestores de saúde e membros da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidades, foi feita consulta pública e gerada a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção

Primária, com grupos de diagnósticos de acordo com as “possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos” (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A Lista Brasileira de CSAP foi utilizada no início para ser instrumento de avaliação do desempenho do programa Estratégia Saúde da Família, visando melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Primária no país; posteriormente esse indicador se constituiu em mais uma ferramenta de avaliação da Atenção Primária como um todo, dada sua relevância e abrangência em processos avaliativos (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), portanto, constituem um excelente indicador de avaliação da Atenção Primária. As CSAP foram reunidas em grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (BRASIL, 1998), na referida Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ALFRADIQUE *et al.*, 2009) (ANEXOS 1, 2), sendo publicada em 2008 no Diário Oficial da União, para ser instrumento de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (ANEXO 3) (BRASIL, 2008). Em uma população que se verifique altas taxas de internações por condições que sejam sensíveis à Atenção Primária, podemos ter problemas na cobertura ou no desempenho dos serviços de saúde (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

A Lista Brasileira de CSAP é composta por 74 diagnósticos, distribuídos nos 19 grupos seguintes: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Asma, Doenças pulmonares, Hipertensão, Angina, Insuficiência cardíaca, Doenças cerebrovasculares, Diabetes mellitus, Epilepsias, Infecção no rim e trato urinário, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, Úlcera gastrointestinal e Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (BRASIL, 2008) (ANEXOS 1, 2).

A partir da institucionalização desse indicador, diversos estudos têm sido realizados no Brasil. O primeiro estudo de abrangência nacional mostrou que as ICSAP no Brasil, em 2006, corresponderam a 28,5 % das internações excluindo partos; a taxa de hospitalizações por CSAP foi 149,6 por 10 mil habitantes (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Elias e Magajewski (2008) analisaram as internações por CSAP no sul de Santa Catarina, no período de 1999 a 2004 e perceberam melhora de algumas taxas de internações por CSAP que podem estar associadas à oferta de ESF adequada. Observaram ainda uma tendência ao declínio das taxas de internações por pneumonia em menores de cinco anos.

Nedel *et al.* (2008) encontraram no Rio Grande do Sul, entre setembro/2006 e janeiro/2007, 42,6% de ICSAP e mostraram o maior risco de internar por CSAP para o sexo feminino, faixa etária abaixo de cinco anos e acima de 50 anos e baixa escolaridade.

Guanais e Macinko (2009), em estudo no Brasil sobre a efetividade dos programas de atenção primária na redução das internações por CSAP, estimaram que entre os anos de 1999 e 2002 a melhora do acesso à Atenção Primária resultou em 126.000 menos hospitalizações, representando uma economia de 63 milhões de dólares americanos.

Em Belo Horizonte, em 2003 a 2006, outro estudo mostrou 26,4% de internações por CSAP (MENDONÇA *et al.*, 2012). Em São Paulo, de 2000 a 2007, pesquisadores demonstraram resultados que sugerem melhoria no quadro de ICSAP que pode ter relação com a ampliação de cobertura da ESF no Estado de São Paulo (REHEM *et al.*, 2011). Em 2010, nas regiões leste e nordeste de Porto Alegre, um estudo mostrou 23,1% do total de internações por CSAP (SCHEID, 2011). Rehem *et al.* (2012) avaliaram um hospital municipal de São Paulo e encontraram em 2008, a taxa de 16,91% de ICSAP, sendo 33,08% em pessoas com 65 anos de idade e mais; em segundo lugar se destacaram as faixas etárias de menor de 1 ano e de 1 a 4 anos de idade com 11,03% cada.

No Maranhão, um estudo mostrou 27,5 % das internações no ano de 2009 por CSAP (RIBEIRO, 2010). Entre crianças de um a quatro anos, um estudo na capital, São Luís, em 1994, mostrou uma taxa de 24,4%, de ICSAP, sendo a maioria por pneumonia (7,3%) e diarreia (7,1%) (SILVA *et al.*, 1999). Esses são os únicos estudos até o momento que apresentam dados de ICSAP em unidades de saúde no Maranhão.

2.5 Fatores intervenientes na avaliação das ICSAP.

Um aspecto das internações por CSAP que abrange uma perspectiva sobre o alcance da Atenção Primária tem chamado a atenção dos pesquisadores Caminal e Casanova (2003),

que ressaltam a existência de fatores associados à hospitalização por CSAP que são determinados não somente pela APS e pela atenção especializada, mas também pelas características ligadas ao paciente (sociodemográficas, educacionais, culturais, hábitos sanitários, atitudes frente às alternativas de tratamento, padrões de utilização e rede de suporte social). Este indicador teria, portanto, limitações ao seu uso na avaliação do primeiro nível assistencial.

Elias e Magajewski (2008) destacam que a maior ocorrência de internações pode acontecer no momento em que houver ampliação do acesso aos serviços de saúde; além disso, a maior oferta de leitos hospitalares pode sugerir maior predisposição médica em internar. Os pesquisadores ainda alertam que leitos ociosos podem induzir o governo a menos esforços para a APS, provocando o agravamento de doenças, sem desconsiderar que a APS inadequada estimula o médico a internar para evitar um agravamento.

Nessa linha, merece consideração um estudo em treze municípios do Rio Grande do Sul em que foi observada maior tendência à diminuição das taxas de ICSAP em municípios sem hospital, só com APS; nos municípios com pelo menos um hospital, houve menor tendência à diminuição das taxas de ICSAP (SANTOS *et al.*, 2013).

Em Montes Claros, MG, em um estudo em 2007 a 2008, o percentual de internações por CSAP foi de 38,8%; pacientes que não faziam controle de saúde na Unidade Básica de Saúde tiveram maior probabilidade de internar por CSAP, assim como a baixa escolaridade, idosos e pacientes com controle de saúde regular; esta última variável parece paradoxal, pois revela pacientes mais críticos ou acompanhamento ineficiente (FERNANDES *et al.*, 2009).

Um estudo em Pelotas, Rio Grande do Sul, entre 1995 a 2004, constatou diminuição nas taxas de internações evitáveis que pode estar relacionada às melhorias na Atenção Básica, mas os autores interrogam se os baixos valores pagos pelo sistema de saúde podem estar direcionando os hospitais a uma diminuição da oferta de leitos (DIAS-DA-COSTA *et al.*, 2008).

Desta forma, as ICSAP seriam um reflexo das inadequações do sistema de saúde como um todo, não só da APS. E isso incluiria as condições de vida da população. As hospitalizações estariam diminuindo por uma boa APS, mas também pela falta de oferta e dificuldade de acesso a serviços de maior complexidade. Assim, os pesquisadores Santos *et*

al. (2013) sugerem que o indicador ICSAP não seja usado isoladamente para avaliar efetividade do sistema de saúde.

Entende-se assim que são necessários mais estudos baseados na Lista Brasileira de CSAP para obter respostas às ações da Atenção Primária que gerem mudanças e aperfeiçoem o Sistema de Saúde Brasileiro. Estudos como o ora proposto agregam conhecimento científico e contribuem com a consolidação de estratégias avaliativas que culminem com melhorias na organização do sistema de saúde brasileiro.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças no Hospital Universitário Materno-Infantil, em São Luís, Maranhão.

3.1. Específicos

- ✓ Classificar as internações pediátricas no Hospital Universitário em Condições Sensíveis à Atenção Primária;
- ✓ Descrever o perfil epidemiológico das crianças internadas por Condições Sensíveis à Atenção Primária;
- ✓ Identificar a presença de Unidades Básicas de Saúde da Família no local de residência das crianças internadas por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários de prontuários hospitalares de pacientes internados no Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMI-UFMA).

4.2 Período e local do estudo

O estudo foi realizado em agosto de 2013, colhendo-se os dados de pacientes internados de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012, no HUMI, na enfermaria Geral de Pediatria e de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP).

O Hospital Universitário da UFMA é uma instituição federal, certificada pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, que atende a todos os cidadãos indistintamente, sendo referência para o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no estado do Maranhão. É formado pelas unidades Presidente Dutra e Materno-Infantil, além de uma unidade ambulatorial na Cidade Universitária da UFMA, a Unidade Campus do Bacanga, que atende a comunidade acadêmica. Possui 573 leitos, sendo 63 de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) (Neonatal, Adulta e Pediátrica) e 22 leitos de isolamento. A Unidade Materno-Infantil dispõe de 36 leitos pediátricos na Enfermaria Geral e 18 no setor de DIP. O HU-UFMA é uma instituição que possui os títulos “Hospital Amigo da Criança”, “Hospital Referência para Atendimento da Gestante de Alto Risco”, “Hospital cadastrado com UTI Neonatal” e “Método Mãe Canguru” (HUUFMA, 2014).

4.3 População

A população foi constituída por 527 pacientes, com idade até 16 anos e 11 meses, sendo 343 internados na enfermaria Geral Pediátrica e 184 no setor de DIP.

4.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos no estudo 527 pacientes com idade até 16 anos e 11 meses internados nos setores de Enfermaria Geral Pediátrica e DIP, com registro da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) nos prontuários. Houve 21 perdas, por prontuários não encontrados ou incompletos, totalizando 506 pacientes.

4.5 Variáveis estudadas

Foram coletados nos prontuários médicos os seguintes dados relativos aos aspectos epidemiológicos: sexo, idade, cor (branca, parda, preta e amarela), procedência (município e bairro), classificação do local de procedência em zona urbana ou rural, existência de Estratégia Saúde da Família (ESF) no local de procedência, na época estudada (ou seja, ter Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF), além de dados relacionados à internação tais como diagnósticos registrados com CID-10, tempo de permanência hospitalar, existência de internação anterior relacionada ao mesmo diagnóstico e óbito do paciente.

Os diagnósticos dos pacientes têm registros em três diferentes documentos ou sistemas de registro: 1) na Autorização de Internação Hospitalar (AIH), emitida pelo médico no momento da internação, 2) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do Hospital Universitário da UFMA e 3) no “Resumo de alta” emitido pelo médico, que lança um diagnóstico “principal” e uma “Doença de base” no prontuário do paciente no momento da alta hospitalar.

Com relação à idade, foi considerado o limite estabelecido para internação no Hospital estudado, ou seja, até 16 anos e 11 meses. Os pacientes foram divididos por faixa etária baseado na divisão preconizada pelo Ministério da Saúde: menor de 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 9 anos; de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos (BRASIL, 2014).

Para definição da procedência considerou-se o Município e Bairro ou Povoado de residência, conforme informações nos prontuários; classificou-se esta procedência em zona urbana ou rural, sendo zona urbana a “área interna ao perímetro urbano de uma cidade ou vila,

definida por lei municipal” e zona rural “a área de um município externa ao perímetro urbano” (IBGE, 2014).

Foi verificada a existência ou não de Estratégia Saúde da Família segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde a partir da procedência dos pacientes (CNES, 2014).

Os diagnósticos registrados foram classificados em Condição Sensível à Atenção Primária ou não, segundo a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, do Ministério da Saúde, portaria nº 221, de 17 de abril de 2008 (Anexos 1, 2 e 3).

4.6 Avaliação dos dados

Os dados foram coletados no setor de Arquivo do Hospital Universitário, após autorização da Divisão Médica do hospital, utilizando o Instrumento de Coleta (Apêndice A). Inicialmente foi feito um estudo piloto com dez prontuários para avaliar a abrangência do instrumento. Em seguida os dados foram transferidos para um banco de dados e avaliados utilizando o software estatístico *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Os cruzamentos dos sistemas de registro (AIH, SIH, Resumo de alta - Diagnóstico principal e de base) com a faixa etária foram avaliados pelo teste não paramétrico de χ^2 de independência; quando não foi possível, aplicou-se o teste Exato de Fisher ou o G de independência. Para se avaliar as frequências de ICSAP entre as faixas etárias dentro de cada sistema de registro aplicou-se o teste de χ^2 de aderência. Os cruzamentos dos pacientes internados por CSAP, nos diversos sistemas de registro, com a presença ou não de UBSF no seu local de residência foram avaliados pelo teste do χ^2 de aderência e a comparação entre os sistemas de registro, quanto à presença ou não de UBSF, pelo teste do χ^2 de independência. Em todos os testes o nível de significância (α) foi de 5%. Os dados foram expressos em porcentagens e médias, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas.

4.7 Aspectos éticos

Os dados coletados na pesquisa serão utilizados somente para fins científicos, resguardando os interesses dos sujeitos envolvidos, quanto ao sigilo e confidencialidade.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em 6 de novembro de 2013, com o parecer consubstanciado número 448.460 (ANEXO 4), de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

A seguir serão apresentados os dados coletados de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2012, relativos a 506 crianças e adolescentes até 16 anos de idade internados na Unidade Materno-Infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), nas enfermarias Geral Pediátrica e Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Na Tabela 1, podem ser observadas as principais características demográficas desses pacientes – a faixa etária predominante foi a de 1 a 4 anos (32,8%), com média de idade de 4 anos e 10 meses ($DP \pm 4$ anos e 3 meses). O sexo predominante foi o masculino (53,4%) e a cor mais referida foi a parda (66%).

Tabela 1. Características demográficas dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	270	53,4
Feminino	236	46,6
Total	506	100,0
Faixa etária (anos)		
Menor de 1	127	25,1
1 a 4	166	32,8
5 a 9	128	25,3
10 a 14	81	16,0
15 a 19	4	0,8
Total	506	100,0
Cor		
Branca	143	28,3
Parda	334	66,0
Preta	27	5,3
Amarela	2	0,4
Total	506	100,0

Em relação à zona de residência, 67% dos casos referiram proceder da zona urbana. Observou-se também que em 50,4% das localidades de residência dos pacientes não havia Unidade Básica de Saúde da Família.

Os registros demonstraram que a procedência da maioria dos pacientes foi do interior do Maranhão (309 pacientes, 61%). Cerca de 38% procederam de São Luís, capital do estado (Gráfico 1).

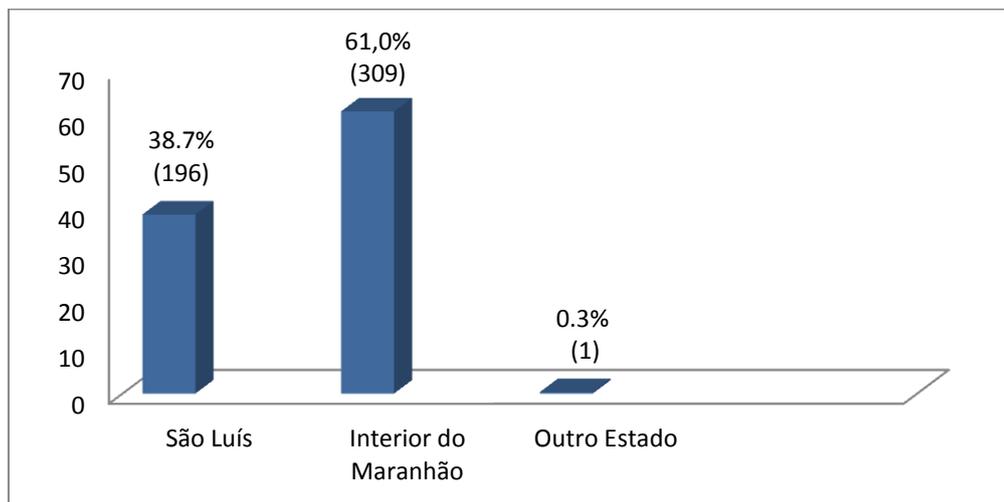


Gráfico 1. Procedência dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Dos 506 pacientes, 55,1% tiveram registro de pelo menos uma internação anterior pela mesma doença. A média do tempo de permanência foi de 22,2 dias (DP \pm 33,33 dias). Registraram-se apenas quatro óbitos (0,8%) dentre o universo da pesquisa.

Verificou-se que os diagnósticos mais frequentes registrados na AIH estão no capítulo das Doenças Infecciosas e Parasitárias (20,9%), seguidas do Aparelho Geniturinário (18%) e do Aparelho Respiratório (15,4%). Dentre os diagnósticos do SIH, destacam-se as Doenças Respiratórias (16,8%), Geniturinárias (16,6%) e Infecções parasitárias (16,6%), em frequências equivalentes. Observa-se que nos registros do Resumo de alta, para a Doença principal, 21,5% são diagnósticos relacionados a doenças Infecções parasitárias, 16,6% a Doenças Respiratórias e 17,4% Geniturinárias, com percentuais semelhantes para a Doença de base nas doenças Infecções parasitárias (Tabela 2).

Tabela 2. Diagnósticos registrados para os 506 pacientes, nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base), por capítulo da CID-10, internados no HUMI-UFMA no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Capítulos do CID-10	AIH		SIH		Principal		Doença de Base	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	106	20,9	84	16,6	109	21,5	111	21,9
Doenças do aparelho respiratório	78	15,4	85	16,8	84	16,6	55	10,9
Doenças do aparelho geniturinário	91	18,0	84	16,6	88	17,4	80	15,8
Sintomas, sinais e achados anormais, não classificados em outra parte	48	9,5	57	11,3	26	5,1	21	4,0
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	38	7,5	23	4,5	32	6,3	55	10,9
Doenças do sistema nervoso	34	6,7	36	7,1	36	7,1	56	11,1
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	24	4,7	21	4,1	27	5,3	28	5,5
Doenças do aparelho digestivo	23	4,5	19	3,7	26	5,1	25	4,9
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	13	2,6	11	2,2	13	2,6	16	3,2
Doenças do aparelho circulatório	11	2,2	23	4,5	15	3,0	14	2,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	10	2,0	13	2,6	12	2,4	9	1,8
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	9	1,8	10	2,0	8	1,6	7	1,4
Algumas afecções originadas no período perinatal	7	1,4	11	2,2	1	0,2	2	0,4
Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas	6	1,2	7	1,4	9	1,8	9	1,8
Neoplasias [tumores]	5	1,0	13	2,6	9	1,8	9	1,8
Causas externas de morbidade e de mortalidade	2	0,4	1	0,2	1	0,2	-	-
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	1	0,2	-	-	1	0,2	1	0,2
Transtornos mentais e comportamentais	-	-	1	0,2	3	0,6	3	0,6
Doenças do olho e anexos	-	-	3	0,6	1	0,2	1	0,2
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	-	-	-	-
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde	-	-	4	0,8	5	1,0	4	0,8
Códigos para propósitos especiais	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	506	100,0	506	100,0	506	100,0	506	100,0

Analisando os diagnósticos dos diferentes sistemas de registro por faixa etária, verificou-se que a pneumonia bacteriana é a doença mais frequente em menor de 1 ano. Na faixa etária de 1 a 4 anos, a Leishmaniose visceral aparece com mais frequência em três sistemas de registro. Na faixa etária de 5 a 9 anos, a mais frequente em dois sistemas de registro foi síndrome nefrótica, também a mais frequente em todos os sistemas na faixa etária de 10 a 14 anos; e na faixa etária de 15 a 19 anos, a doença mais frequente foi Lupus eritematoso nos quatro sistemas (75%). Foi encontrada uma associação significativa ($p < 0,05$) dos diversos diagnósticos dos quatro sistemas de registro com as faixas etárias, ou seja, as proporções das diversas doenças variam de acordo a faixa etária (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos principais diagnósticos registrados nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de Alta – Doença principal e de base), por faixa etária, dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Sistema de registro	Faixa etária (anos)										Valor de p
	< 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AIH											
Pneumonia bacteriana	19	15,0	21	12,6	5	3,9	4	4,9	-	-	< 0,0001
Síndrome nefrótica	-	-	8	4,8	3	2,3	10	12,3	-	-	
Dermatomiosite	-	-	-	-	4	3,1	6	7,4	-	-	
Lupus eritematoso	-	-	-	-	-	-	4	4,9	3	75,0	
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	6	7,4	-	-	
Outros	108	85,0	137	82,6	116	90,7	51	63,1	1	25,0	
Total	127	100,0	166	100,0	128	100,0	81	100,0	4	100,0	
SIH											
Pneumonia bacteriana	19	15,0	15	9,0	7	5,5	2	2,5	-	-	< 0,0001
Leishmaniose visceral	1	0,8	16	9,6	4	3,1	2	2,5	-	-	
Lupus eritematoso	-	-	-	-	1	0,8	4	4,9	3	75,0	
Síndrome nefrótica	2	1,6	10	6,0	10	7,8	12	14,8	-	-	
Malformação traqueia	-	-	-	-	-	-	-	2,5	1	25,0	
Outros	105	82,6	125	75,4	106	82,8	61	72,8	-	-	
Total	127	100,0	166	100,0	128	100,0	81	100,0	4	100,0	
Diagnóstico principal											
Pneumonia bacteriana	23	18,1	21	12,6	5	3,9	5	6,2	-	-	< 0,0001
Leishmaniose visceral	4	3,1	22	13,2	4	3,1	3	3,7	-	-	
Lupus eritematoso	-	-	-	-	-	-	4	4,9	3	75,0	
Síndrome nefrótica	2	1,6	10	6,0	6	4,7	13	16,0	-	-	
Dermatomiosite	-	-	-	-	4	3,1	7	8,6	-	-	
Outros	98	77,2	113	68,2	109	85,2	49	60,6	1	25,0	
Total	127	100,0	166	100,0	128	100,0	81	100,0	4	100,0	
Doença de base											
Pneumonia bacteriana	16	12,6	8	4,8	1	0,8	3	3,7	-	-	< 0,0001
Leishmaniose visceral	5	3,9	21	12,6	3	2,3	3	3,7	-	-	
Lupus eritematoso	-	-	-	-	-	-	6	7,4	3	75,0	
Síndrome nefrótica	3	2,4	10	6,0	7	5,5	12	14,8	-	-	
Dermatomiosite	-	-	-	-	4	3,1	7	8,6	-	-	
Doença pelo HIV	5	3,9	1	0,6	11	8,6	1	1,2	-	-	
Malformação aparelho circulatório	11	8,7	5	3,0	3	2,3	1	1,2	-	-	
Outros	87	68,5	121	73	99	77,4	48	59,4	1	25,0	
Total	127	100,0	166	100,0	128	100,0	81	100,0	4	100,0	

No Gráfico 2 destaca-se que, independente do registro nos diferentes sistemas, o percentual de diagnósticos classificados como CSAP variou de 15,4% a 20,6%. O SIH mostrou 17% de internações por CSAP.

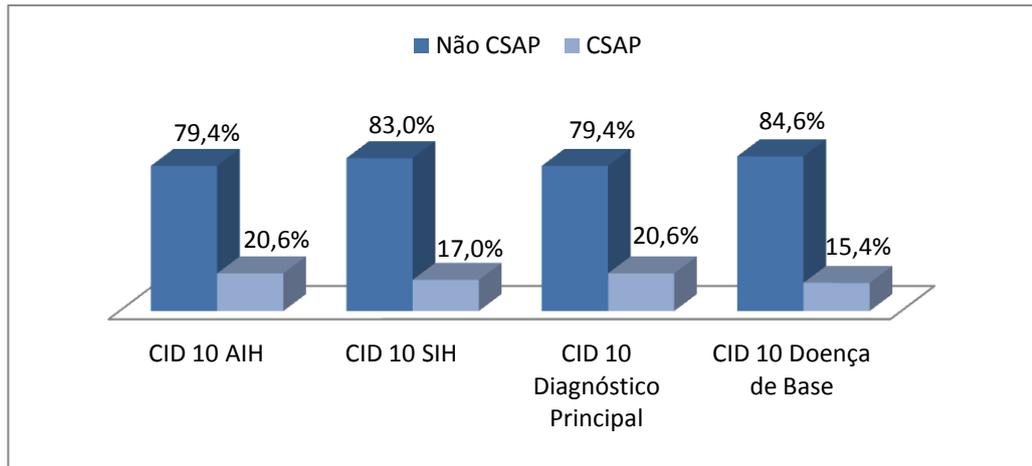


Gráfico 2. Diagnósticos registrados nos diferentes sistemas (AIH, SIH e Resumo de Alta – Doença principal e de base), segundo a classificação em Condição Sensível à Atenção Primária (CSAP), dos 506 pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Na Tabela 4, podem ser observadas as principais características demográficas dos 86 pacientes internados no HUMI, cujos diagnósticos registrados no SIH foram classificados como CSAP. A faixa etária predominante foi de 1 a 4 anos (36%), com média de idade de 3 anos e 10 meses (DP \pm 3 anos e 11 meses). O sexo predominante foi o masculino (51,2%) e a cor mais referida foi a parda (60,5%).

Tabela 4. Características demográficas dos 86 (100%) pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	44	51,2
Feminino	42	48,8
Total	86	100,0
Faixa etária (anos)		
Menor de 1	27	31,4
1 a 4	31	36,0
5 a 9	18	21,0
10 a 14	10	11,0
15 a 19	0	00,0
Total	86	100,0
Cor		
Branca	28	32,5
Parda	52	60,5
Preta	5	5,8
Amarela	1	1,2
Total	86	100,0

Os registros demonstraram que a procedência dos pacientes internados por CSAP foi de 50% de São Luís, capital do Maranhão e 50% do interior do estado (Gráfico 3).

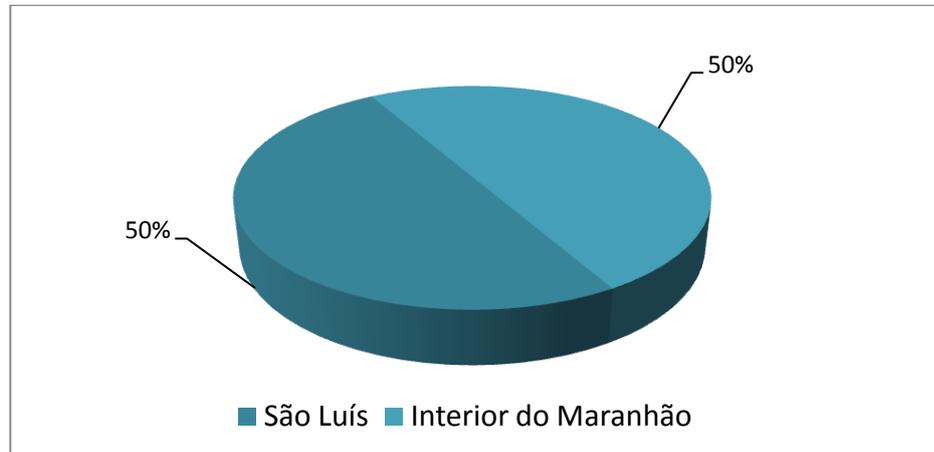


Gráfico 3. Procedência dos 86 (100%) pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Em relação à zona de residência, 65,1% dos casos internados por CSAP referiram proceder da zona urbana.

Observou-se também que em 57% das localidades de residência dos pacientes não havia UBSF. Não foi encontrada diferença significativa ($p > 0,05$) nas proporções de pacientes procedentes de local com a presença ou não de UBSF dentro de cada sistema de registro. Também não foi encontrada diferença significativa na comparação entre os sistemas de registro (Tabela 5).

Tabela 5. Pacientes internados por CSAP, nos sistemas de registro e presença de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no local de residência. HUMI-UFMA, 2012. São Luis, Maranhão, 2014.

Pacientes CSAP	UBSF		Valor de p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
AIH	53 (51,0)	51 (49,0)	0.9219
SIH	37 (43,0)	49 (57,0)	0.2356
Doença Principal	44 (42,3)	60 (57,7)	0.1413
Doença de base	35 (44,9)	43 (55,1)	0.4280
Valor de p	0.5927		

Dos 86 pacientes, 53,5% tiveram registro de pelo menos uma internação anterior pela mesma doença. A média do tempo de permanência foi de 23,2 dias ($DP \pm 26,48$ dias). Não houve registro de óbitos entre esses pacientes.

Na classificação dos diagnósticos como CSAP registrados na AIH, a faixa etária com maior número de internações é a de menor de 1 ano (36,5%). No SIH, a faixa etária predominante é a de 1 a 4 anos (36%); essa faixa etária também foi a de maior registro de ICSAP no Resumo de alta, tanto para a Doença principal quanto para a Doença de base. Não houve registro de ICSAP para a faixa etária de 15 a 19 anos. Os quatro sistemas de registro apresentaram associação significativa ($p < 0,05$) com a faixa etária (Tabela 6).

Tabela 6. Frequência de ICSAP por faixa etária nos diferentes sistemas de registro (AIH, SIH, Resumo de alta – Doença principal e de base) de pacientes no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

CID _s	Faixa etária (anos)										Total		Valor de p
	Menor de 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		15 a 19		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
AIH	38	36,5	36	34,6	19	18,3	13	12,5	-	-	106	100,0	0,0006
SIH	27	31,4	31	36,0	18	20,9	10	11,6	-	-	86	100,0	0,0063
Principal	38	36,5	39	37,5	20	19,2	7	6,7	-	-	104	100,0	< 0,0001
Doença de base	24	30,8	34	43,6	15	19,2	5	6,4	-	-	78	100,0	< 0,0001

Classificando os diagnósticos pela Lista Brasileira de CSAP, verificou-se que, em todos os sistemas de registro, o Grupo 6, das Pneumonias Bacterianas, teve maior frequência: nos registros da AIH foram 35,5%, no SIH, 25,5%, e no Resumo de alta - Doença principal, 25% e Doença de base, 17,9%. Em seguida destaca-se o Grupo 15, Infecção no rim e trato urinário, nos diagnósticos do SIH (19,7%) e do Resumo de alta – Doença principal (19,2%) (Tabela 7).

Tabela 7. Frequência dos diagnósticos obtidos da AIH, SIH e Resumo de alta – Doença principal e de base, nos Grupos da Lista Brasileira de CSAP, de pacientes internados no HUMI-UFMA, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Grupos de diagnósticos CSAP	AIH		SIH		D. principal		D. de base	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	13	12,5	9	10,5	10	9,6	11	14,1
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	8	7,7	5	5,8	11	10,6	8	10,3
3. Anemia	-	-	1	1,2	2	1,9	2	2,6
4. Deficiências nutricionais	1	1,0	3	3,5	1	1,0	1	1,3
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	2	1,9	1	1,2	4	3,8	4	5,1
6. Pneumonias bacterianas	37	35,5	22	25,5	26	25,0	14	17,9
7. Asma	3	2,9	4	4,6	3	2,9	4	5,1
8. Doenças pulmonares	11	10,6	9	10,5	7	6,8	6	7,6
9. Hipertensão	1	1,0	3	3,5	1	1,0	1	1,3
10. Angina	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Insuficiência cardíaca	2	1,9	-	-	1	1,0	1	1,3
12. Doenças cerebrovasculares	-	-	2	2,3	2	1,9	2	2,6
13. Diabetes Mellitus	5	4,8	4	4,6	5	4,8	5	6,4
14. Epilepsias	4	3,8	1	1,2	5	4,8	7	9,0
15. Infecção no rim e trato urinário	12	11,5	17	19,7	20	19,2	9	11,5
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	3	2,9	3	3,5	4	3,8	2	2,6
17. Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	-	-	-	-	-	-	-	-
18. Úlcera gastrointestinal	1	1,0	1	1,2	-	-	-	-
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1	1,0	1	1,2	2	1,9	1	1,3
Total	104	100,0	86	100,0	104	100,0	78	100,0

Na Tabela 8, estão descritos os diagnósticos classificados como CSAP, em cada sistema de registro do Hospital Universitário. Os mais frequentes pelo registro na AIH foram pneumonia (35,5%), infecção urinária (10,5%) e bronquiolite (8,6%). No SIH também foram pneumonia (25,5%) e infecção urinária (15,1%), mas a tuberculose assume o terceiro lugar com 7% dos casos. Nos registros do Resumo de Alta, para o Diagnóstico principal, mantém-se em primeiro lugar a pneumonia (25%) e a infecção urinária em segundo lugar (17,3%); no registro da Doença de base, cai para 19,2% o registro de pneumonia.

Observando-se os diagnósticos da AIH, 36,5% das ICSAP estão na faixa etária menor de 1 ano, seguida da faixa etária de 1 a 4 anos, com 34,6%. Das 37 pneumonias bacterianas 40,5% foram em menor de 1 ano e 40,5% na faixa etária de 1 a 4 anos. Os diagnósticos do SIH mostraram 36,1% de ICSAP na faixa etária de 1 a 4 anos, seguidos de 31,4% de ICSAP na faixa etária menor de 1 ano; das pneumonias bacterianas, 50% se encontram na faixa etária de menor de 1 ano e, dos diagnósticos de infecção urinária, 46,2% estão na faixa etária de 1 a 4 anos.

Nos diagnósticos do Resumo de alta – principal, a faixa etária de 1 a 4 anos mostra 37,5% de ICSAP, seguidas de 36,6% na faixa etária de menor de 1 ano. Esta faixa etária de

menor de 1 ano mostrou 61,5% das pneumonias; de 1 a 4 anos, mostrou 44,4% dos diagnósticos de infecção urinária. No Resumo de alta – Doença de base observam-se 43,6% de ICSAP na faixa etária de 1 a 4 anos; e destaca-se a pneumonia na faixa etária menor de 1 ano em 60% dos casos. Não houve diagnósticos da Lista de CSAP na faixa etária de 15 a 19 anos. Os quatro sistemas de registro apresentaram associação significativa ($p < 0,05$) das condições sensíveis com a faixa etária.

Tabela 8. Condições Sensíveis à Atenção Primária nos diferentes sistemas de registro do HUMI-UFMA, por faixa etária, no ano de 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Sistemas de registro	Faixa etária (anos)										Valor de P
	Menor de 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
AIH											
Pneumonia	15	40,5	15	40,5	4	10,8	3	8,2	37	35,5	< 0,0001
Infecção urinária	4	36,4	4	36,4	3	27,2	-	-	11	10,5	
Bronquiolite	9	100,0	-	-	-	-	-	-	9	8,6	
Diarreia	3	50,0	3	50,0	-	-	-	-	6	5,8	
Tuberculose	-	-	-	-	-	-	6	100,0	6	5,8	
Epilepsia	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	2,9	
Diabetes	-	-	-	-	3	100,0	-	-	3	2,9	
Outros	7	24,2	11	37,9	9	31,0	2	6,9	29	28,0	
Total	38	36,5	36	34,6	19	18,3	11	10,6	104	100,0	
SIH											
Pneumonia	11	50,0	7	31,8	3	13,6	1	4,5	22	25,5	0,0003
Infecção urinária	2	15,4	6	46,2	2	15,4	3	23,1	13	15,1	
Tuberculose	-	-	1	16,7	1	16,7	4	66,7	6	7,0	
Bronquiolite	5	100,0	-	-	-	-	-	-	5	5,8	
Diabetes	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	4	4,7	
Diarreia	2	50,0	2	50,0	-	-	-	-	4	4,7	
Asma	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	4,7	
Outros	7	25,0	11	39,3	8	28,6	2	7,1	28	32,5	
Total	27	31,4	31	36,1	18	20,9	10	11,6	86	100,0	
Principal											
Pneumonia	16	61,5	8	30,8	2	7,7	-	-	26	25,0	< 0,0001
Infecção urinária	6	33,3	8	44,4	4	22,2	-	-	18	17,3	
Diarreia	3	27,3	8	72,7	-	-	-	-	11	10,6	
Diabetes	-	-	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9	8,7	
Tuberculose	-	-	-	-	3	100,0	-	-	3	2,9	
Bronquiolite	5	100,0	-	-	-	-	-	-	5	4,8	
Epilepsia	-	-	4	100,0	-	-	-	-	4	3,8	
Outros	8	28,6	8	28,6	8	28,6	4	14,3	28	26,9	
Total	38	36,6	39	37,5	20	19,2	7	6,7	104	100,0	
Doença de base											
Pneumonia	9	60,0	5	33,3	1	6,6	-	-	15	19,2	< 0,0001
Epilepsia	2	22,2	5	55,5	2	22,2	-	-	9	11,5	
Infecção urinária	-	-	5	83,3	1	16,6	-	-	6	7,7	
Tuberculose	-	-	-	-	3	50,0	3	50,0	6	7,7	
Diarreia	-	-	5	100,0	-	-	-	-	5	6,4	
Bronquiolite	4	100,0	-	-	-	-	-	-	4	5,2	
Diabetes	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	3,8	
Outros	9	30,0	11	36,6	8	26,6	2	6,6	30	38,5	
Total	24	30,8	34	43,6	15	19,2	5	6,4	78	100,0	

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, LIMA-COSTA MF, MACINKO J, MENDONÇA C, *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). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009, 25(6), 1337-1349.

ANSARI Z, LADITKA JN, LADITKA SB. Access to health care and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Medical Care Research and Review**. 2006; 63(6):719-741.

BILLINGS J, ANDERSON G, NEWMAN L. Recent findings on preventable hospitalizations. **Health Aff**; 1996, 15(3): 239-49.

BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMA L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, 12, n. 1 (1993): 162-173.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.311 de 12 de setembro de 1997 que determina a implantação do CID / 10ª Revisão em todo o território nacional a partir de janeiro de 1998. Diário Oficial da União 1998; 23 jan.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70-71, 18 abr. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: Avaliação da Implementação em Dez Grandes Centros Urbanos: Síntese dos Principais Resultados. Brasília: Ministério da Saúde, 2.ed., 2005. 210 p. Disponível em dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0007_M.pdf. Acesso em 07/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 14/04/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Notas técnicas. Descrição das variáveis disponíveis para tabulação. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/%5CNIdescr.htm. Acesso em 28/06/2014.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/I8080.htm. Acesso em 17/04/2014.

CAMINAL-HOMAR J, CASANOVA-MATUTANO C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. **Aten Primaria** 2003; 31:61-5.

CAMINAL JH, MORALES M, SÁNCHEZ E, CUBELLS MJ, BUSTINS M. Hospitalizaciones prevenibles mediante una atención primaria oportuna y efectiva. **Aten Primária** 2003; 31 (1): 6-17.

CAMINAL J, STARFIELD B, SANCHEZ RE, HERMOSILLA PE, MARTIN-MATEO M, 2001. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions em Cataluña. **Revista Clinica Española**, 2001:501-507.

CAMINAL J, STARFIELD B, SÁNCHEZ E, CASANOVA C, MORALES M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004; 14:246-51.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em 15/04/2014.

DIAS-DA-COSTA JS, BORBA LG, PINHO MN, CHATKIN M. Qualidade da Atenção Básica mediante internações evitáveis no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(7): 1699-1707, jul, 2008.

ELIAS E, MAGAJEWSKI F. A Atenção Primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2008; 11(4): 633-47.

FERNANDES VBL, CALDEIRA AP, FARIA AA, RODRIGUES JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43(6):928-936.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Cronologia Histórica da Saúde pública. Disponível em: www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica. Acesso em 28/03/2014.

GUANAIS F, MACINKO J. Primary care and Avoidable Hospitalization: evidence from Brazil. **J. Amb. Care Manage**, 2009; 32(2): 115-122.

HAKIM RB, BYE BV. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. **Pediatrics** 2001; 108(1): 90-97.

HUUFMA. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. O Hospital. História. Disponível em: www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=2. Acesso em 06/05/2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Noções Básicas de Cartografia. Elementos de Representação. Disponível em: ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoas/elementos_representacao.html. Acesso em 08/08/2014.

LADITKA JN, LADITKA SB, PROBST JC. More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. **Health Serv Res** 2005; 40(4): 1148-66.

LAST JM. **A dictionary of epidemiology**. 3rd Ed. New York: Oxford University Press; 1995.

MENDES EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.**/ Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

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): 348-355.

MILLIS JS. **The Graduate Education of Physicians: Report of the Citizens Commission on Graduate Medical Education**. Chicago: American Medical Association, 1996, p37.

MORALES M, CASTELLANO Y, CAMINAL J. 2001. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditons. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). **Gaceta Sanitaria**, 15 (supl 3): 49-56.

NEDEL FB, FACCHINI LA, MARTÍN M, NAVARRO A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 19(1): 61-75, mar 2010.

NEDEL FB, FACCHINI LA, MARTÍN-MATEO M, VIEIRA LAS, THUMÉ E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à Atenção Primária, Bagé (RS). **Rev. Saúde Pública**. 2008, 42(6): 1041-52.

OMS. Organização Mundial de Saúde. A Charter for General Practice / Family Medicine in Europe. Geneva: Regional Office for Europe, World Health Organization, 1994.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata. Geneva: URSS, 1978.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – Agora mais do que nunca. Genebra: OMS, 2008.

PAIM J, TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, 2011.

PAPPAS G, HADDEN WC, KOZAC LJ, FISHER GF. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. **American Journal of Public Health**, 1997, 87(5): 811-6.

PEREIRA MG. Epidemiologia – Teoria e Prática. **Guanabara Koogan**, 2002, p. 49.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

REHEM TCMSB, CIOSEK SI, EGRY EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no hospital geral de uma microrregião de saúde do Município de São Paulo, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 535-42.

REHEM TCMSB, EGRY EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(12): 4755-4766, 2011.

RIBEIRO EJC. Análise das Taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Maranhão. 2010. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso [Bacharel em Medicina]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão. 2010.

SANTOS VCF, RUIZ EFN, KALSING A, ROESE A, GERHARDT TE. Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP): discutindo limites à utilização deste indicador na avaliação da Atenção Básica em Saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, 7, 2 (2013).

SCHEID S. Estudo das causas de internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) na área de abrangência da Gerência Distrital de Saúde das regiões Leste e Nordeste em Porto Alegre no ano de 2010. 2011. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso [Curso de Especialização em Saúde Pública]. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS. 2011.

SOUSA RR. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**, Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

SILVA AAM, GOMES UA, TONIAL SR, SILVA RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública** 1999; 15(4): 749-57.

SOLBERG LI, PETERSON KE, ELIS RW, ROMNESS K, ROHRENBACH E, THELL T, *et al.* The Minnesota Project: a focused approach to ambulatory quality assessment. **Inquiry** 1990; 27: 359-67.

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

STEINER JF, BRAUN PA, MELINKOVICH P, GLAZNER JE, CHANDRAMOULI V, LEBARON CW, *et al.* Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system. **Ambulatory Pediatrics** 2003; 3 (6); 324-328.

WHO Regional Office for Europe. WHO Conference on European Health Care Reforms. Ljubljana, Slovenia, 1996.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À

ATENÇÃO PRIMÁRIA

(Grupos)

Grupo	Diagnósticos	CID 10
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, B77
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 a J15.4, J15.8 a J15.9, J18.1
7	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	J20, J21, J40, J41, J42, J43, J44, J47
9	Hipertensão	I10, I11
10	Angina	I20
11	Insuficiência cardíaca	I50; J81
12	Doenças cerebrovasculares	I63 a I67, I69, G45 a G46
13	Diabetes Mellitus	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 dos 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; P35.0

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da União, Brasília, p. 70-71, 18 abr. Seção 1.

ANEXO 2

LISTA BRASILEIRA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

(Subgrupos)

Grupo 1: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis

- A37- Coqueluche
- A36- Difteria
- A33- Tétano Neonatal
- A34- Tétano Obstétrico
- A35- Outros tipos de Tétano
- B26- Caxumba (Parotidite epidêmica)
- B06- Rubéola
- B05- Sarampo
- A95- Febre Amarela
- B16- Hepatite B
- G00.0- Meningite por Haemophilus
- A17.0- Meningite tuberculosa
- A19- Tuberculose miliar
- A15.0- Tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura
- A15.1- Tuberculose pulmonar, com confirmação somente por cultura
- A15.2- Tuberculose pulmonar, com confirmação histológica
- A15.3- Tuberculose pulmonar, com confirmação por meio não especificado
- A16.0- Tuberculose pulmonar com exames bacteriológico e histológico negativos
- A16.1- Tuberculose pulmonar, sem realização de exame bacteriológico ou histológico
- A16.2- Tuberculose pulmonar, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A15.4- Tuberculose dos gânglios intratorácicos, com confirmação bacteriológica e histológica
- A15.5- Tuberculose da laringe, da traqueia e dos brônquios, com confirmação bacteriológica e histológica
- A15.6- Pleurisia tuberculosa, com confirmação bacteriológica e histológica
- A15.7- Tuberculose primária das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica
- A15.8- Outras formas de tuberculose das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica
- A15.9- Tuberculose não especificada das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica
- A16.3- Tuberculose dos gânglios intratorácicos, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A16.4- Tuberculose da laringe, da traqueia e dos brônquios, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A16.5- Pleurisia tuberculosa, sem menção de confirmação bacteriológica e histológica
- A16.7- Tuberculose respiratória primária sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A16.8- Outras formas de tuberculose das vias respiratórias, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A16.9- Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica
- A17.1- Tuberculoma meníngeo
- A17.8- Outras tuberculosas do sistema nervoso
- A17.9- Tuberculose não especificada do sistema nervoso
- A18- Tuberculose de outros órgãos

I00- Febre reumática sem menção de comprometimento do coração
 I01- Febre reumática com comprometimento do coração
 I02- Coreia reumática
 A51- Sífilis precoce
 A52- Sífilis tardia
 A53- Outras formas e as não especificadas da sífilis
 B50- Malária por Plasmodium falciparum
 B51- Malária por Plasmodium vivax
 B52- Malária por Plasmodium malariae
 B53- Outras formas de malária confirmadas por exames parasitológicos
 B54- Malária não especificada
 B77- Ascariíase

Grupo 2: Gastroenterites infecciosas e complicações

E86- Depleção de volume
 A00- Cólera
 A01- Febres tifoide e paratifóide
 A02- Outras infecções por Salmonella
 A03- Shigelose
 A04- Outras infecções intestinais bacterianas
 A05- Outras intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte
 A06- Amebíase
 A07- Outras doenças intestinais por protozoários
 A08- Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas
 A09- Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível

Grupo 3: Anemia

D50- Anemia por deficiência de ferro

Grupo 4: Deficiências Nutricionais

E40- Kwashiorkor
 E41- Marasmo nutricional
 E42- Kwashiorkor marasmático
 E43- Desnutrição proteico-calórica grave não especificada
 E44- Desnutrição proteico-calórica de grau moderado e leve
 E45- Atraso do desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica
 E46- Desnutrição proteico-calórica não especificada
 E50- Deficiência de vitamina A
 E51- Deficiência de tiamina
 E52- Deficiência de niacina (pelagra)
 E53- Deficiência de outras vitaminas do grupo B
 E54- Deficiência de ácido ascórbico
 E55- Deficiência de vitamina D
 E56- Outras deficiências vitamínicas
 E58- Deficiência de cálcio da dieta
 E59- Deficiência de selênio da dieta
 E60- Deficiência de zinco da dieta
 E61- Deficiência de outros elementos nutrientes
 E63- Outras deficiências nutricionais
 E64- Sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais

Grupo 5: Infecções de ouvido, nariz e garganta

H66- Otite média supurativa e as não especificadas
 J00- Nasofaringite aguda (resfriado comum)
 J01- Sinusite aguda
 J02- Faringite aguda
 J03- Amigdalite aguda
 J06- Infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas e não especificadas
 J31- Rinite, nasofaringite e faringite crônicas

Grupo 6: Pneumonias bacterianas

- J13- Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae
- J14- Pneumonia devida a Haemophilus influenzae
- J15.3- Pneumonia devida a Streptococcus do grupo B
- J15.4- Pneumonia devida a outros estreptococos
- J15.8- Outras pneumonias bacterianas
- J15.9- Pneumonia bacteriana não especificada
- J18.1- Pneumonia lobar não especificada

Grupo 7: Asma

- J45- Asma
- J46- Estado de mal asmático

Grupo 8: Doenças pulmonares

- J20- Bronquite aguda
- J21- Bronquiolite aguda
- J40- Bronquite não especificada como aguda ou crônica
- J41- Bronquite crônica simples e a mucopurulenta
- J42- Bronquite crônica não especificada
- J43- Enfisema
- J44- Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas
- J47- Bronquectasia

Grupo 9: Hipertensão

- I10- Hipertensão essencial (primária)
- I11- Doença cardíaca hipertensiva

Grupo 10: Angina

- I20- Angina pectoris

Grupo 11: Insuficiência Cardíaca

- I50- Insuficiência cardíaca
- J81- Edema pulmonar, não especificado de outra forma

Grupo 12: Doenças cerebrovasculares

- I63- Infarto cerebral
- I64- Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico
- I65- Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I66- Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral
- I67- Outras doenças cerebrovasculares
- I69- Seqüelas de doenças cerebrovasculares
- G45- Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas
- G46- Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares

Grupo 13: Diabetes mellitus

- E10.0- Diabetes mellitus insulino-dependente- com coma
- E10.1- Diabetes mellitus insulino-dependente- com cetoacidose
- E11.0- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com coma
- E11.1- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com cetoacidose
- E12.0- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com coma
- E12.1- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com cetoacidose
- E13.0- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com coma
- E13.1- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com cetoacidose
- E14.0- Diabetes mellitus não especificado- com coma
- E14.1- Diabetes mellitus não especificado- com cetoacidose
- E10.2- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações renais
- E10.3- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações oftálmicas
- E10.4- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações neurológicas

- E10.5- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações circulatórias periféricas
- E10.6- Diabetes mellitus insulino-dependente- com outras complicações especificadas
- E10.7- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações múltiplas
- E10.8- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações não especificadas
- E11.2- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com complicações renais
- E11.3- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com complicações oftálmicas
- E11.4- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com complicações neurológicas
- E11.5- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com complicações circulatórias periféricas
- E11.6- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com outras complicações especificadas
- E11.7- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- com complicações múltiplas
- E11.8- Diabetes mellitus insulino-dependente- com complicações não especificadas
- E12.2- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações renais
- E12.3- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações oftálmicas
- E12.4- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações neurológicas
- E12.5- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações circulatórias periféricas
- E12.6- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com outras complicações especificadas
- E12.7- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações múltiplas
- E12.8- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- com complicações não especificadas
- E13.2- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações renais
- E13.3- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações oftálmicas
- E13.4- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações neurológicas
- E13.5- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações circulatórias periféricas
- E13.6- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com outras complicações especificadas
- E13.7- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações múltiplas
- E13.8- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- com complicações não especificadas
- E14.2- Diabetes mellitus não especificado- com complicações renais
- E14.3- Diabetes mellitus não especificado- com complicações oftálmicas
- E14.4- Diabetes mellitus não especificado- com complicações neurológicas
- E14.5- Diabetes mellitus não especificado- com complicações circulatórias periféricas
- E14.6- Diabetes mellitus não especificado- com outras complicações especificadas
- E14.7- Diabetes mellitus não especificado- com complicações múltiplas
- E14.8- Diabetes mellitus não especificado- com complicações não especificadas
- E10.9- Diabetes mellitus insulino-dependente- sem complicações
- E11.9- Diabetes mellitus não-insulino-dependente- sem complicações
- E12.9- Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição- sem complicações
- E13.9- Outros tipos especificados de diabetes mellitus- sem complicações
- E14.9- Diabetes mellitus não especificado- sem complicações

Grupo 14: Epilepsias

- G40- Epilepsia
- G41- Estado de mal epilético

Grupo 15: Infecção no rim e trato urinário

- N10- Nefrite túbulo-intersticial aguda
- N11- Nefrite túbulo-intersticial crônica
- N12- Nefrite túbulo-intersticial não especificada se aguda ou crônica
- N30- Cistite
- N34- Uretrite e síndrome uretral
- N39.0- Infecção do trato urinário de localização não especificada

Grupo 16: Infecção da pele e tecido subcutâneo

- A46- Erisipela
- L01- Impetigo
- L02- Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz
- L03- Celulite (flegmão)
- L04- Linfadenite aguda
- L08- Outras infecções localizadas da pele e do tecido subcutâneo

Grupo 17: Doença Inflamatória dos órgãos pélvicos femininos

- N70- Salpingite e ooforite

- N71- Doença inflamatória do útero, exceto o colo
- N72- Doença inflamatória do colo do útero
- N73- Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas
- N75- Doença da Glândula de Bartholin
- N76- Outras infecções inflamatórias da vagina e da vulva

Grupo 18: Úlcera gastrointestinal

- K25- Úlcera gástrica
- K26- Úlcera duodenal
- K27- Úlcera péptica de localização não especificada
- K28- Úlcera gastrojejunal
- K92.0- Hematêmese
- K92.1- Melena
- K92.2- Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação

Grupo 19: Doenças relacionadas ao pré-natal e parto

- O23- Infecção do trato geniturinário na gravidez
- A50- Sífilis congênita
- P35.0- Síndrome da Rubéola Congênita

ANEXO 3

PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008.

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

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

JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO

ANEXO 4

APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária entre crianças em um Hospital de referência terciária no Maranhão

Pesquisador: MONICA ELINOR ALVES GAMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23228113.1.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 448.460

Data da Relatoria: 06/11/2013

Apresentação do Projeto:

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 deu início a uma reforma no sistema de saúde brasileiro e a Atenção Primária é a estratégia mais importante para estruturar esse sistema. O acesso e a eficácia da Atenção Primária são fundamentais para evitar hospitalizações. Por isso, atualmente, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) constituem-se em um excelente indicador da Atenção Primária. Dada a relevância desse indicador para a proposição de estratégias de organização e consolidação do SUS, o estudo objetiva analisar as internações pediátricas por condições sensíveis à Atenção Primária em um hospital de referência em alta complexidade no Maranhão.

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo, com dados epidemiológicos coletados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA) das internações hospitalares entre crianças de zero a doze anos de idade, no período de 1º janeiro a 31 de dezembro internadas nos setores de Enfermagem Geral e Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), obtidas nos registros nos prontuários médicos dos pacientes do HUUFMA, que serão classificados de acordo com a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Serão coletados dados relativos aspectos epidemiológicos (sexo, idade e procedência) e ao principal diagnóstico registrado com CID no Sistema de Internação Hospitalar do serviço para posterior

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO 4

(continuação)



Continuação do Parecer: 448.460

classificação.

O estudo usará o programa BIOESTAT para análise descritiva dos dados e cálculo de prevalência. Os dados serão expressos em porcentagens e médias, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. Quando necessário, será utilizado o teste do Qui-quadrado para avaliar diferenças entre variáveis considerando-se o nível de significância de 5% ($p=0,05$). Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças no HU-UFMA, Unidade Materno-Infantil, em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

Classificar as referidas internações por condições sensíveis à Atenção Primária de acordo com a Lista Brasileira de CSAP. Conhecer a prevalência de internações por condições sensíveis à Atenção Primária no HU-UFMA, Unidade Materno-Infantil. Verificar o perfil epidemiológico das crianças internadas por condições sensíveis à Atenção Primária. Avaliar o comportamento epidemiológico e evolutivo das ICSAPs.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador responsável, no que concerne aos riscos, o estudo se dará em prontuários médicos do sistema de internação hospitalar do HU-UFMA e os interesses dos pacientes envolvidos serão resguardados quanto ao sigilo e confidencialidade. A utilização dos dados encontrados na pesquisa será apenas para fins científicos.

Quanto aos benefícios, informa que como indicador de saúde no Brasil, as ICSAPs devem melhorar a qualidade e acesso ao atendimento básico de saúde, no sentido de dar maior cobertura e melhor resolutividade, gerando mudanças e aperfeiçoando o sistema de saúde brasileiro. O presente estudo contribuirá para o conhecimento das ICSAPs em um Hospital de referência terciária em Pediatria no Maranhão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A investigação proposta possui valor científico pois permite a identificação de condições que devem ter resolução na Atenção Primária, vez que o HU-UFMA, Unidade Materno-Infantil é um

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227			
Bairro: CENTRO		CEP: 65.020-070	
UF: MA	Município: SAO LUIS		
Telefone: (98)2109-1250	Fax: (98)2109-1223	E-mail: cep@huufma.br	

ANEXO 4

(continuação)



Continuação do Parecer: 448.460

hospital de referência terciária, os diagnósticos encontrados deverão estar em sua maioria fora da Lista Brasileira de CSAPs.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências em relação aos Termos de apresentação obrigatórias Currículo da equipe executora, folha de rosto com os campos essenciais devidamente preenchidos, cronograma atualizado de acordo com as normas da CONEP, Termo de Compromisso na Realização de Dados, Divulgação e Publicação dos Resultados da Pesquisa, Parecer consubstanciado do COMIC aprovando a pesquisa, orçamento financeiro detalhado e em moeda nacional corrente e dada a natureza da pesquisa, houve dispensa do TCLE.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa atende com todas as exigências da CONEP.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O PROJETO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente no final da coleta de dados e ao término do estudo

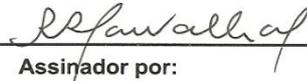
Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

ANEXO 4
(continuação)



continuação do Parecer: 448.460

SAO LUIS, 06 de Novembro de 2013



Assinador por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 Fax: (98)2109-1223 E-mail: cep@huufma.br

APÊNDICE

9 PRIMEIRO ARTIGO CIENTÍFICO

9.1 Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliação Medicina II.

Revista Ciência e Saúde Coletiva, classificação da WEBQUALIS da CAPES B1.

9.2 Normas Editoriais/ Normas para os autores

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a

informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18 cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF.¹¹”

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza⁴, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988 - 2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar[cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [about 24 p.] Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em Comunidade da Chapada do Araripe– PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12]; 67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (Fl): Computerized Educational Systems; 1993.

9.3 Artigo propriamente dito

INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA NO MARANHÃO

Pediatric hospitalizations by Ambulatory Care Sensitive Conditions in a tertiary referral hospital in Maranhão.

Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima¹

Mônica Elinor Alves Gama²

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – MA, Brasil.

Correspondência: Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima. Avenida do Vale, nº 25, apto. 102, Renascença II, São Luís – MA, Brasil. Tel.: (98) 9973-1632. E-mail: desterroraquel@hotmail.com.

¹Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. desterroraquel@hotmail.com.

²Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. academico@faculdadelaboro.com

RESUMO

As internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são um excelente indicador da efetividade e qualidade da Atenção Primária à Saúde. O objetivo desse estudo foi analisar as internações pediátricas por CSAP em hospital de referência terciária no Maranhão. Realizou-se um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, com dados secundários de prontuários hospitalares e do Sistema de Informação Hospitalar, de pacientes com idade menor ou igual a 16 anos e 11 meses, internados no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão no ano de 2012. Os dados foram avaliados utilizando o software estatístico *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Para avaliar as frequências de internações por CSAP entre as faixas etárias e os cruzamentos dos pacientes internados por CSAP com a presença ou não de UBSF no seu local de residência aplicou-se o teste de χ^2 de aderência. Em todos os testes o nível de significância (α) foi de 5%. Foram analisados 506 prontuários, sendo os diagnósticos do CID-10 classificados de acordo com a Lista Brasileira de CSAP. Observou-se que 17% das internações foi por CSAP, prevalecendo, nesse grupo, a faixa etária de 1 a 4 anos (36%), sexo masculino (51%), cor parda (60,5%) e 50% procedentes da capital do estado. Nas localidades de procedência da maioria desses pacientes não havia registro de Unidade Básica de Saúde da Família (57%), sendo 65,1% residentes em zona urbana. A média do tempo de internação foi de 23,2 dias. Dentre os grupos de CSAP, o mais frequente foi o das pneumonias (25,5%), seguido do grupo de infecção no rim e trato urinário (19,7%). Quase um quinto das internações neste hospital de alta complexidade e referência estadual poderia, plausivelmente, considerando a classificação da Lista Brasileira de CSAP, ter tido resolutividade em nível ambulatorial da Unidade Básica.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

ABSTRACT

Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) are an excellent indicator to evaluate Primary Health Care. The main purpose of this study was to analyze the pediatric hospitalizations by ACSC in a tertiary referral hospital in Maranhão. It was made a descriptive, quantitative and retrospective study of the secondary data and diagnostics collected in medical records, and in the Sistema de Informação Hospitalar, of patients of up to 16 years old, hospitalized in University Hospital of Federal University of Maranhão in 2012. The data were transferred to a database using the *IBM SPSS Statistics 20* (2011) software to do the statistical analysis. To analyze the frequencies of hospitalizations by ACSC among age groups and the crossing of hospitalized patients by ACSC with the presence or not of UBSF near your residence was applied χ^2 test of adherence. The level of significance in all tests was 5%. The 506 CID-10 diagnostics were classified according to Brazilian List of ACSC. There were 17% of hospitalizations by ACSC. The predominant age was 1 to 4 years old (36%), men (51%) and brown people (60,5%), and São Luís, capital of state, had 50% of provenience. Most of the locations were urban areas (65,1%) and did not have Unidade Básica de Saúde da Família (57%). Mean hospitalization time was of 23,2 days. Within the ACSC groups, the most frequent was pneumonias bacterianas (25,5%), followed by the group of infecção no rim e trato urinário (19,7%). Considering the classification of ACSC Brazilian List, almost one fifth of admissions in this high complexity reference hospital in the state could have had, plausibly, resolution in Primary Health Care.

KEY WORDS: Primary Health Care. Ambulatory Care Sensitive Conditions.

INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA NO MARANHÃO

Pediatric hospitalizations by Ambulatory Care Sensitive Conditions in a tertiary referral hospital in Maranhão

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se pelo primeiro contato da população com o serviço de saúde, o acompanhamento sistemático e a integração a outros serviços necessários à garantia da sua saúde, tendo impacto na prevenção de doenças, no diagnóstico precoce e na redução de complicações de doenças crônicas.^{1,2,3,4}

Diversos estudos têm demonstrado que a APS inadequada limita o indivíduo quanto ao alcance de um ótimo nível de saúde e determina o aumento da demanda por internações hospitalares decorrente de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).^{1,5,6}

O conceito de hospitalizações evitáveis foi desenvolvido por John Billings em 1989, nos Estados Unidos, a partir de um estudo denominado Ambulatory Care Sensitive Conditions, que evidenciou taxas de admissão em serviços de internação mais elevadas em áreas de baixa renda.^{1,7}

Em 2003, na Espanha, Caminal e Casanova desenvolveram o marco conceitual sobre hospitalizações evitáveis relacionadas à efetividade da Atenção Primária, mostrando que intervenções na APS relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e seguimento das doenças crônicas determinam impacto nas internações por CSAP. Fundamentou-se, assim, a hospitalização por CSAP como um indicador de saúde e a “seleção

dos problemas de saúde considerados Condições Sensíveis à Atenção Primária passou a garantir a validade, confiabilidade e representatividade das taxas de hospitalização por CSAP na avaliação da capacidade de resolução da APS.”^{8,10}

No Brasil, o marco conceitual das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) foi desenvolvido em 2008 por Alfradique *et al*², baseados no modelo de Caminal e Casanova⁸, que culminou com a elaboração da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – esta lista, ajustada à realidade brasileira, considerou as características epidemiológicas e as doenças mais prevalentes em nosso País.² As CSAP foram reunidas em 19 grupos de diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para se configurar em um instrumento de avaliação do desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro.²

A importância desse indicador tem sido demonstrada em alguns estudos. Nos Estados Unidos, em 1990, pesquisadores encontraram 12% das hospitalizações por CSAP. As taxas foram maiores em áreas mais pobres e entre negros e em crianças até 15 anos de idade a taxa foi de 19% e as condições mais frequentes foram pneumonia (43%) e Asma (39%)⁹.

No Brasil, o primeiro estudo de abrangência nacional mostrou que as ICSAP, em 2006, corresponderam a 28,5 %, excluindo partos². Em 2008, em Bagé, Rio Grande do Sul, estudiosos encontraram 42,6%, evidenciando associação com maior risco de internar por CSAP para o sexo feminino, idade abaixo de 5 anos e acima de 50 anos e a baixa escolaridade¹¹. Em Belo Horizonte, Minas Gerais, entre 2003 e 2006, um estudo mostrou 26,4% de ICSAP¹². Em São Luís, Maranhão, em 1994, outro estudo identificou 24,4%, sendo a maioria por pneumonia (7,3%) e diarreia (7,1%)¹³.

A capacidade de resolução da APS e sua influência na redução no número de internações por essas condições já tem sido abordada em estudos brasileiros. Em São Paulo, um estudo demonstrou melhoria no quadro de ICSAP e sugeriu relação com a ampliação da

cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nesse estado⁶. No sul de Santa Catarina, no período de 1999 a 2004 estudos sobre ICSAP mostraram tendência ao declínio das taxas de internação por pneumonia em menores de 5 anos que podem estar associadas à oferta de ESF adequada⁵.

Assim, reconhecendo-se as ICSAP como um indicador de alta relevância na avaliação da Atenção Primária, o presente estudo visa analisar as internações pediátricas por CSAP em um hospital de referência terciária no estado do Maranhão, que, à época do estudo, ainda prestava atendimento por livre demanda via serviço de pronto atendimento pediátrico. A expectativa está em contribuir para o fortalecimento do uso desse indicador no processo de avaliação do desempenho da Atenção Primária pelos gestores dos serviços e sistemas de saúde, uma vez que um olhar cuidadoso sobre as causas de internação auxiliam na compreensão de seus determinantes.

MÉTODOS

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo descritivo, retrospectivo, quantitativo, com dados secundários de prontuários médicos e do Sistema de Informação Hospitalar, de pacientes internados no Hospital Universitário Materno-Infantil (HUMI).

Período e local do estudo

Realizado em agosto de 2013, com dados dos pacientes internados no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2012, no HUMI.

O Hospital Universitário é uma instituição pública federal, certificada pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, sendo referência para os municípios do estado do Maranhão¹⁴.

População

Foi constituída por 527 pacientes, com idade até dezesseis anos e onze meses, sendo 343 internados na Enfermaria Geral Pediátrica e 184 no setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Houve 21 perdas, por prontuários não encontrados ou incompletos, totalizando 506 pacientes incluídos no estudo.

Variáveis estudadas

Dos prontuários hospitalares foram coletadas as seguintes variáveis: sexo, idade, cor (branca, parda, preta e amarela), procedência (município e bairro), classificação do local de procedência em zona urbana ou rural, existência de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no local de procedência na época estudada, além de dados relacionados à internação tais como diagnósticos registrados com CID-10, tempo de permanência hospitalar, existência de internação anterior relacionada ao mesmo diagnóstico e óbito do paciente. Foram considerados para análise os diagnósticos registrados no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) do HUMI, segundo a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Com relação à idade, foi considerado o limite estabelecido para internação no Hospital estudado, ou seja, até 16 anos e 11 meses. Os pacientes foram divididos por faixa etária conforme preconiza o Ministério da Saúde: até 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 9 anos; 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos¹⁵.

Para definição da procedência considerou-se o Município e o Bairro ou Povoado de residência, classificando-se esta procedência em zona urbana ou rural, sendo zona urbana a “área interna ao perímetro urbano de uma cidade ou vila, definida por lei municipal” e zona rural a “área de um município externa ao perímetro urbano”¹⁶. Foi verificada ainda a

existência ou não de Unidade Básica de Saúde da Família no local de residência do paciente, segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde¹⁷.

Os diagnósticos registrados foram classificados em CSAP ou não, segundo a Lista Brasileira de CSAP, composta por 74 diagnósticos, distribuídos nos 19 grupos seguintes: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites Infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta, Pneumonias bacterianas, Asma, Doenças pulmonares, Hipertensão, Angina, Insuficiência cardíaca, Doenças cerebrovasculares, Diabetes Mellitus, Epilepsias, Infecção no rim e trato urinário, Infecção da pele e tecido subcutâneo, Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos, Úlcera gastrointestinal e Doenças relacionadas ao pré-natal e parto¹⁸.

Os dados foram avaliados utilizando o software estatístico *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Para avaliar as frequências de ICSAP entre as faixas etárias e também os cruzamentos dos pacientes internados por CSAP com a presença ou não de UBSF no seu local de residência, aplicou-se o teste de χ^2 de aderência. Em todos os testes o nível de significância (α) foi de 5%. Os dados foram expressos em porcentagens e médias.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, em 6 de novembro de 2013, com o parecer substanciado número 448.460, respeitando-se as normas definidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Na análise dos 506 prontuários observou-se que 86 (17%) pacientes foram internados por CSAP. Na Tabela 1, estão descritas as principais características demográficas desses

pacientes. Predominaram o sexo masculino (51,2%), a cor parda (60,5%) e a faixa etária de 1 a 4 anos (36%), com média de idade de 3 anos e 10 meses ($DP \pm 3$ anos e 11 meses).

Os registros demonstraram a procedência de 50% dos pacientes internados por CSAP, de São Luís, capital do Maranhão e a maioria dos casos procedia da zona urbana (65,1%) (Tabela 1).

Em 57% das localidades de residência dos pacientes avaliados não havia registro de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Não foi encontrada diferença significativa ($p > 0,05$) nas proporções de pacientes procedentes de local com a presença ou não de UBSF (Tabela 2).

Dos 86 pacientes, 53,5% teve registro de pelo menos uma internação anterior pela mesma doença e a média do tempo de permanência foi de 23,2 dias ($DP \pm 26,48$ dias). Não houve registro de óbitos entre esses pacientes.

Classificando-se os diagnósticos registrados no SIH a partir dos grupos da Lista Brasileira de CSAP, verifica-se que o Grupo 6, das pneumonias bacterianas, teve a maior frequência (25,5%). Em seguida destaca-se o Grupo 15, infecção no rim e trato urinário (19,7%) (Tabela 3).

Na Tabela 4, os pacientes estão distribuídos por faixa etária considerando-se o diagnóstico e sua classificação como CSAP - a faixa etária de 1 a 4 anos foi a de maior percentual de ICSAP (36,1%), seguida da faixa etária menor de 1 ano (31,4%); não houve registro de ICSAP para a faixa etária de 15 a 19 anos. Analisando-se os diagnósticos de maior ocorrência dentro dos Grupos de CSAP, os mais frequentes foram pneumonia (25,5%), infecção urinária (15,1%) e tuberculose (7%).

Verificou-se que 50% dos pacientes com pneumonia bacteriana estão na faixa etária até 1 ano e cerca de 30%, entre 1 a 4 anos. Dentre os 13 pacientes com diagnóstico de infecção

urinária, 46,2% encontram-se na faixa etária de 1 a 4 anos. A faixa etária de maior ocorrência dos casos de tuberculose foi de 10 a 14 anos com 66,6% (Tabela 4).

Foi encontrada uma associação significativa das proporções de casos de pneumonia bacteriana em relação às faixas etárias. As demais não puderam ser avaliadas ou não apresentaram significância.

DISCUSSÃO

Proposto como indicador para avaliar os serviços de saúde, em especial a resolutividade da atenção primária, as ICSAP não são exclusivamente indicativas de problemas na atenção básica. As políticas de admissão dos serviços e as características dos pacientes também podem interferir na análise desse indicador¹⁹.

A ocorrência de 17% de internações por CSAP é semelhante à descrita por Pappas *et al.*⁹, que encontraram nos Estados Unidos em 1990, 19% de ICSAP entre crianças até 15 anos de idade; também está próxima ao que demonstraram Morales *et al.*²⁰ das Regiões Sanitárias da Catalunha, nos anos de 1998 a 1999 (18%). No entanto, Lenz *et al.*²¹, em Porto Alegre, RS, no período de 2001 a 2004 e Caldeira *et al.*²², em Montes Claros, MG, em 2007 a 2008, relatam prevalências maiores de ICSAP entre crianças, de 35,6% e 41,4% respectivamente.

O presente estudo identificou discreta diferença na ocorrência de ICSAP em relação ao sexo – pouco mais de 50% das crianças eram do sexo masculino - resultado semelhante ao estudo de Caldeira *et al.*²², que encontraram 58,1% para o sexo masculino em Montes Claros, MG. Porém, Lenz *et al.*²¹ observaram que os meninos hospitalizaram-se mais que as meninas em todas as faixas etárias e Molina *et al.*²³, analisando internações pediátricas em UTI em Maringá, no período de 2004 a 2006, também destacam a predominância do sexo masculino (55,7%).

A cor parda foi a mais frequente. No entanto, trata-se de uma referência subjetiva, que sofre influência do responsável pelo preenchimento do dado.

A faixa etária menor é mais suscetível ao adoecimento e internação. O presente estudo mostrou maior percentual de internação por CSAP na faixa etária de 1 a 4 anos (36%). Lenz *et al.*²¹ relatam que internam mais em idades menores e Carvalho e Mota²⁴ referem 44,1% de ICSAP no período de 1999 a 2009 em menores de 5 anos, em Pernambuco e, no mesmo estudo, 61,2% na faixa etária de 1 a 4 anos em 2009.

Verificou-se que 65,1% dos casos referiram proceder da zona urbana, o que pode ter contribuído para uma menor taxa de ICSAP. Ao analisar a procedência dos pacientes, deve-se considerar que o Hospital Universitário Materno-Infantil localiza-se na capital e é referência para todo o estado, compreendendo-se, portanto, o registro variado da procedência dos casos, a maioria residindo em zona urbana.

Nos Estados Unidos em 2002, em oito estados, foram verificadas taxas maiores de ICSAP nas áreas rurais, sugerindo disparidades nesses locais quanto ao acesso a serviços de Atenção Primária à Saúde²⁵. Laditka *et al.*²⁶, em 2005, comparando a provisão de profissionais médicos e a hospitalização por CSAP em 20 estados norte-americanos, avaliando zona urbana e zona rural, concluíram que a oferta de médicos está positivamente associada com o desempenho geral do sistema de APS em uma grande amostra de municípios urbanos.

Na maioria das localidades de residência dos pacientes não havia Unidade Básica de Saúde da Família, não sendo encontrada diferença significativa ($p > 0,05$) nas proporções de pacientes procedentes de local com a presença de UBSF ou não. Deve-se considerar na análise o fato dos pacientes acreditarem ser necessário relatar que residem em São Luís para

ser assegurado o atendimento na unidade ou, ainda, pela inexistência de Unidade Básica de Saúde da Família no local de procedência da maioria desses pacientes.

A Estratégia Saúde da Família contribui para a redução das internações por CSAP, visto que tem potencial para garantir a qualidade e resolutividade da APS¹. Em São Paulo, estudo realizado entre 2000 e 2007 demonstrou resultados que sugerem melhoria no quadro de internações por CSAP relacionada à ampliação de cobertura da ESF no estado no mesmo período⁶.

A expectativa para internação única e tempo de internação mais curto (já que se trata de internações por doenças agudas e com potencial de gravidade menor) não foi observada no presente estudo. Pode-se inferir que se deve aos encaminhamentos de diversos serviços locais e do interior do estado de casos considerados mais complexos. Vale lembrar que a média do tempo de internação pediátrica informada pelo DATASUS é de seis dias²⁷.

As pneumonias bacterianas têm se destacado em diversos estudos de análise do indicador ICSAP como as doenças que mais frequentemente determinam internação pediátrica. Pappas *et al.*⁹ em 1997 e Caldeira *et al.*²² em 2011, encontraram 43% e 23% de internação por pneumonias, respectivamente. Silva *et al.*¹³ em 1999 e Caetano *et al.*²⁸ em 2002, pesquisando fatores de risco para hospitalização infantil em São Luís, MA e em São Paulo, SP, respectivamente, relataram as infecções respiratórias e a pneumonia bacteriana como os principais responsáveis pela internação em crianças.

Molina *et al.*²³ em 2008, analisando internações pediátricas em UTI em Maringá, destacam que a maioria das internações foi por causas evitáveis relacionadas às Doenças do aparelho respiratório (41,38%). Salgado e Agüero²⁹ em 2010 ratificaram a predominância das pneumonias bacterianas como causa mais frequente de ICSAP em um pronto socorro infantil de Mato Grosso do Sul.

Merecem destaque as internações causadas por diarreia que, no presente estudo, registrou baixa frequência, estando em consonância com pesquisa realizada por Caetano *et al.*, que referem queda das internações por Diarreia por tratar-se de doença de fácil manejo e sem exigência de recursos tecnológicos,²⁸ podendo, portanto, ter controle pela ESF.

As internações pediátricas em um hospital de referência terciária mostram uma realidade que ainda necessita do embasamento de outros estudos comparativos para que se possa compreender melhor o comportamento das CSAP, devendo-se destacar que o atendimento nesse hospital, no período do estudo, ainda estava relacionado à demanda espontânea.

Como limitação deste estudo, há poucas referências na literatura sobre CSAP em crianças, recomendando-se estudos sobre ICSAP que considerem os fatores socioeconômicos, culturais e outros determinantes de riscos e vulnerabilidades em especial nos menores de 5 anos.

CONCLUSÃO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no hospital de referência terciária são um importante indicador na avaliação da efetividade da Atenção Primária à Saúde, pois demonstram a necessidade de melhorias e aumento da abrangência da Estratégia Saúde da Família, independente dos aspectos socioculturais, demográficos e organização dos serviços que possam interferir direta ou indiretamente nessas hospitalizações. Quase um quinto das internações neste hospital de alta complexidade e referência estadual poderia, plausivelmente, considerando a classificação da Lista Brasileira de CSAP, ter tido resolatividade em nível ambulatorial da Unidade Básica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
2. ALFRADIQUE ME, BONOLO PF, DOURADO I, LIMA-COSTA MF, MACINKO J, MENDONÇA C, *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). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25(6), 1337-1349.
3. PAIM, J.; TRAVASSOS C, ALMEIDA C, BAHIA L, MACINKO J. O Sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*, 2011.
4. MENDES EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
5. 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. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2008; 11(4): 633-47.
6. REHEM TCMSB, EGRY EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(12): 4755-4766, 2011.
7. BILLINGS J, ZEITEL L, LUKOMNIK J, CAREY TS, BLANK AE, NEWMAN L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs*, 12, n. 1 (1993): 162-173.
8. CAMINAL-HOMAR J, CASANOVA-MATUTANO C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por *ambulatory care sensitive conditions*. Marco conceptual. *Aten Primaria* 2003; 31:61-5.

9. PAPPAS G, HADDEN WC, KOZAC LJ, FISHER GF, 1997. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. *American Journal of Public Health*, 87(5): 811-6.
10. CAMINAL JH, MORALES M, SÁNCHEZ E, CUBELLS MJ, BUSTINS M. Hospitalizaciones prevenibles mediante uma atención primaria oportuna y efectiva. *Aten Primária* 2003; 31 (1): 6-17.
11. NEDEL FB, FACCHINI LA, MARTÍN-MATEO M, VIEIRA LAS, THUMÉ E. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à Atenção Primária, Bagé (RS). *Rev. Saúde Pública*. 2008, 42(6): 1041-52.
12. 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): 348-355.
13. SILVA AAM, GOMES UA, TONIAL SR, SILVA RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(4): 749-57.
14. HUUFMA. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. O Hospital. História. Disponível em: www.huufma.br/site/estaticas/mostra_estat.php?id=2. Acesso em 06/05/2014.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Morbidade hospitalar do SUS por local de internação. Notas técnicas. Descrição das variáveis disponíveis para tabulação. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/CGI/sih/%5CNIdescr.htm. Acesso em 28/06/2014.
16. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Noções Básicas de Cartografia. Elementos de Representação. Disponível em: ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/manual_nocoos/elementos_representação.html. Acesso em 08/08/2014.

17. CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em 15/04/2014.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 70-71, 18 abr. Seção 1.
19. BRASIL. Notas Técnicas sobre o indicador Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/Instrutivos/ICSAP.pdf>. Acesso em 23/10/2014.
20. MORALES M, CASTELLANO Y, CAMINAL J, 2001. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditons. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). *Gaceta Sanitaria*, 15 (supl 3): 49-56.
21. LENZ MLM, FLORES R, PIRES NV, STEIN, AT. Hospitalizações entre crianças e adolescentes no território de abrangência de um serviço de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam e Com*. Rio de Janeiro, v.3, nº12, jan/mar 2008.
22. CALDEIRA AP, FERNANDES VBL, FONSECA WP, FARIA AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à Atenção Primária em Montes Claros, Minas Gerias, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 11(1): 61-71 jan./mar.,2011.
23. MOLINA RCM, MARCON SS, UCHIMURA TT, LOPES EP. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. *Rev Cienc Cuid Saude* 2008; 7 (Suplem. 1): 112-120.
24. CARVALHO SC, MOTA E. Internações hospitalares de crianças por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco. 2012.
25. LADITKA JN, LADITKA SB, PROBST, JC. Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & Place*, v.15, p. 761-770, 2009.

26. LADITKA JN, LADITKA SB, PROBST JC. More may be better: Evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions. *Health Serv Res* 2005; 40(4): 1148-66.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002. Parâmetros assistenciais do SUS. Parâmetros para cálculo de tempo médio de permanência hospitalar. Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm. Acesso em 11/09/2014.
28. CAETANO JRM, BORDIN IAS, PUCCINI RF, PERES CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(3): 285-91.
29. SALGADO RMP, AGUERO FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria (São Paulo)* 2010; 32(2): 90-7.

TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1. Características demográficas dos 86 (100%) pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, em 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	44	51,2
Feminino	42	48,8
Total	86	100,0
Faixa etária (anos)		
Menor de 1	27	31,4
1 a 4	31	36,0
5 a 9	18	21,0
10 a 14	10	11,0
15 a 19	0	00,0
Total	86	100,0
Cor		
Branca	28	32,5
Parda	52	60,5
Preta	5	5,8
Amarela	1	1,2
Total	86	100,0
Procedência		
São Luís	43	50,0
Interior do Maranhão	43	50,0
Total	86	100,0
Zona		
Urbana	56	65,1
Rural	30	34,9
Total	86	100,0

Tabela 2. Pacientes internados por CSAP e presença de Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no local de residência. HUMI-UFMA, 2012. São Luis, Maranhão, 2014.

	UBSF		Valor de p
	Sim	Não	
	n (%)	n (%)	
Pacientes	37 (43,0)	49 (57,0)	0.2356

Tabela 3. Frequência dos diagnósticos, por Grupos da Lista Brasileira de CSAP, dos 86 pacientes internados por CSAP no HUMI-UFMA, em 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

Grupos da Lista Brasileira de CSAP	Diagnósticos	
	n	%
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	9	10,5
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	5	5,8
3. Anemia	1	1,2
4. Deficiências nutricionais	3	3,5
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	1	1,2
6. Pneumonias bacterianas	22	25,5
7. Asma	4	4,6
8. Doenças pulmonares	9	10,5
9. Hipertensão	3	3,5
10. Angina	-	-
11. Insuficiência cardíaca	-	-
12. Doenças cerebrovasculares	2	2,3
13. Diabetes Mellitus	4	4,6
14. Epilepsias	1	1,2
15. Infecção no rim e trato urinário	17	19,7
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	3	3,5
17. Doença inflamatória dos órgãos pélvicos femininos	-	-
18. Úlcera gastrointestinal	1	1,2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	1	1,2
Total	86	100,0

Tabela 4. Frequência de ICSAP de 86 pacientes no HUMI-UFMA, por faixa etária, em 2012. São Luís, Maranhão, 2014.

CSAP	Faixa etária (anos)								Total		Valor de p
	Menor de 1		1 a 4		5 a 9		10 a 14		n	%	
	n	%	n	%	n	%	n	%			
Pneumonia bacteriana	11	50,0	7	31,8	3	13,6	1	4,6	22	25,5	0,0133
Infecção urinária	2	15,4	6	46,2	2	15,4	3	23,0	13	15,1	0,3927
Tuberculose	-	-	1	16,7	1	16,7	4	66,6	6	7,0	*
Bronquiolite	5	100,0	-	-	-	-	-	-	5	5,7	*
Diarreias	2	50,0	2	50,0	-	-	-	-	4	4,7	*
Diabetes mellitus	-	-	1	25,0	3	75,0	-	-	4	4,7	*
Asma	-	-	3	75,0	1	25,0	-	-	4	4,7	*
Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	3	3,5	*
Desnutrição	1	33,3	1	33,3	1	33,3	-	-	3	3,5	*
Bronquite	2	66,6	1	33,3	-	-	-	-	3	3,5	*
Pielonefrite	-	-	3	100,0	-	-	-	-	3	3,5	*
Insuficiência cardíaca	1	33,3	1	33,3	-	-	1	33,3	3	3,5	*
Outros	2	15,4	4	30,8	6	46,1	1	7,7	13	15,1	0,1936
Total	27	31,4	31	36,1	18	20,9	10	11,6	86	100,0	0,0063

* Não foi possível fazer teste estatístico, pois o n° de casos é muito pequeno.

10 SEGUNDO ARTIGO CIENTÍFICO

10.1 Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliação Medicina II.

Revista Ciência, Cuidado e Saúde, com classificação da WEBQUALIS da CAPES B1.

10.2 Normas Editoriais/ Normas para os autores

10.3 Artigo propriamente dito

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA DO NORDESTE BRASILEIRO

Epidemiological profile of pediatric hospitalizations in a tertiary referral hospital of the brazilian northeast

Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima¹

Mônica Elinor Alves Gama²

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – MA, Brasil.

Correspondência: Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima. Avenida do Vale, nº 25, apto. 102, Renascença II, São Luís – MA, Brasil. Tel.: (98) 9973-1632. E-mail: desterroraquel@hotmail.com

¹Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. desterroraquel@hotmail.com

²Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. academico@faculdadelaboro.com

11 TERCEIRO ARTIGO CIENTÍFICO

11.1 Nome do periódico com sua classificação da WEBQUALIS da CAPES (A1, A2, B1, B2 ou B3) na área de avaliação Medicina II.

Revista , classificação da WEBQUALIS da CAPES

11.2 Normas Editoriais/ Normas para os autores

11.3 Artigo propriamente dito

REGISTROS DIVERGENTES DE DIAGNÓSTICOS EM INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA TERCIÁRIA

Divergent records of diagnostics in pediatric hospitalizations by Ambulatory Care Sensitive Conditions in a tertiary referral hospital.

Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima³

Mônica Elinor Alves Gama⁴

Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, São Luís – MA, Brasil.

Correspondência: Raquel Castro Desterro e Silva Moreira Lima. Avenida do Vale, nº 25, apto. 102, Renascença II, São Luís – MA, Brasil. Tel.: (98) 9973-1632. E-mail: desterroraquel@hotmail.com.

³Mestrado em Saúde do Adulto e da Criança, Universidade Federal do Maranhão – UFMA. desterroraquel@hotmail.com

⁴Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo. Docente da Universidade Federal do Maranhão – UFMA. academico@faculdadelaboro.com

