

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
CURSO DE ENFERMAGEM

Kamila Sales Vidão da Silva

**Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no
Hospital de Base do Distrito Federal/DF**

BRASÍLIA

2018

Kamila Sales Vidão da Silva

**Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no
Hospital de Base do Distrito Federal/DF**

Pesquisa do trabalho de conclusão de curso em enfermagem na Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, na área de atenção primária em saúde, cumprindo com o programa de TCC 2

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tania Cristina
Morais Santa Bárbara Rehem

Coorientadora: Enfa. Mestranda do
Programa de Pós Graduação em saúde
Coletiva Marina Shinzato Camelo

BRASÍLIA

2018

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 à fonte.

Silva, Kamila Sales Vidão.

Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital de Base do Distrito Federal /DF/ Kamila Sales Vidão da Silva. 2018. 40f

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. Curso de Enfermagem, 2018.

Orientadora: Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem.

Coorientadora: Marina Shinzato Camelo

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Hospitalização. 3. Saúde da Família. I. Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem. II. Marina Shinzato Camelo. III. Universidade de Brasília. Curso de Enfermagem. VI. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital de Base do Distrito Federal /DF.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, irmãos e familiares. Ao meu namorado. A todos os amigos que compartilharam comigo todos os momentos da graduação. Aos profissionais com quem tive a oportunidade de aprender durante todos os estágios, e aos pacientes aos quais pude prestar assistência e que tanto contribuíram para minha formação.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus pela oportunidade de concluir uma etapa tão importante em minha vida, por me guiar em toda trajetória até aqui, por me mostrar que seus planos são maiores e melhores que os meus e que com paciência e persistência posso alcançar meus objetivos.

Aos meus pais e irmãos por todo apoio durante minha vida e principalmente durante minha graduação, por todo carinho e dedicação ao aceitarem entrar comigo em uma luta diária, e por acreditarem em meus sonhos proporcionando meios de realizá-los a cada dia.

Aos professores do colegiado de enfermagem que contribuíram para meu processo de conhecimento e aprendizagem durante o curso.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Tania Cristina Morais Santa Bárbara Rehem e coorientadora Enfa. Marina Shinzato Camelo, pelo conhecimento compartilhado, pela paciência e disponibilidade, por me orientarem com tanto zelo, carinho e dedicação, e pela parceria essencial para realização desse trabalho.

Ao meu namorado Arthur Alves por todo amor e paciência, por todo tempo disponibilizado e pelo cuidado principalmente nessa última etapa e por aceitar muitas vezes minha ausência, obrigada por me ajudar na construção de um sonho que é tão importante para mim.

Às minhas amigas Larissa, Luana, Tamara e Elenita pela parceria desde o ensino fundamental, por muitas vezes terem aceitado compressivamente minhas ausências.

Às amigas queridas Helren, Jefaine, Ana Caroline, Ingrid, Bárbara, Jéssica e Hanna as quais tive a oportunidade de conhecer durante a graduação, agradeço por todo conhecimento compartilhado, por todo apoio, companheirismo e motivação para seguir em frente.

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

Florence Nightingale

RESUMO

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária são um importante indicador para avaliar o acesso e efetividade da APS no Brasil. **Objetivos:** caracterizar o perfil das ICSAP que ocorreram no Hospital de Base do Distrito Federal, no período de 2012 a 2016. **Métodos:** estudo ecológico exploratório adotando as ICSAP que ocorreram no Hospital de Base no período de 2012 a 2016. Coleta de dados foi realizada a partir do Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). A seleção das ICSAP feita com base na Lista Brasileira. O processamento e análise dos dados foi realizado por meio de estatística descritiva, a partir da seleção no SIH-SUS dos códigos das ICSAP. Para tal, foi gerado um arquivo de definição para tabulação das condições sensíveis, utilizando o aplicativo Tabwin – Versão 3.5, desenvolvido pelo DATASUS/MS. **Resultados:** os principais grupos de diagnósticos responsáveis por ICSAP foram doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e angina. Pacientes do sexo masculino e idosos (65 anos ou mais) apresentam maior taxa de internação e óbito comparando ao sexo feminino. Em relação à faixa etária e grupo de diagnóstico com maior frequência foi de 65 anos e mais com doenças cerebrovasculares. Ao analisar o município de residência 76,1% dos pacientes que internaram por ICSAP residem em Brasília. Dos custos gerais do Hospital de Base do DF 10,92% foram com ICSAP. **Conclusão:** os resultados obtidos permitem conhecer melhor o perfil das ICSAP no DF, auxiliando gestores na realização de ações que busquem uma atenção primária mais acessível e efetiva.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Hospitalização; Saúde da Família; Avaliação.

ABSTRACT

The hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention are an important indicator to evaluate the access and effectiveness of primary health care in Brazil. **Objectives:** characterize the profile of hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention that occurred at the Hospital de Base from Distrito Federal, in the period between 2012 and 2016. **Methods:** ecological exploratory study using the hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention that occurred at Hospital de Base in the period between 2012 and 2016. Collect of data performed at the System of hospitalizations from Unique Health System (SIH/SUS). The selection of the hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention was made based in the Brazilian list. The processing and analysis of the data was done trough descriptive statistics, from the selection at the System of hospitalizations from Unique Health System (SIH-SUS) of the codes of hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention. For such, was generated a file of definition for tabulation for the sensitive conditions utilizing the APP Tabwin – Version 3.5, developed by DATASUS/MS. **Results:** the main groups of diagnosis responsible for the hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention was brainvascular diseases, cardiac insufficiency and chest pain. Patients from male gender and seniors (65 years old or more) presented a bigger rate of hospitalization and death comparing to female gender. In relation to the age range and diagnosis group with larger frequency, was of 65 years old and with more brainvascular diseases. When analyzing the county of residence, 76,1% of the patients that was hospitalized by hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention, live in Brasília. From general cost of Hospital de Base from DF 10,92% was with hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention. **Conclusion:** the results obtained allow know better the profile of hospitalizations due to sensitive conditions to primary attention from DF, assisting managers in performing actions that search one more effective primary attention.

Keywords: Primary Health Care; Hospitalization; Family Health Care; Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Número e porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupos de Diagnósticos no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016.....23

Tabela 2 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo sexo e grupo de diagnóstico no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016.....24

Tabela 3 – Internações por CSAP segundo grupos de diagnóstico e faixa etária, no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016.....26

LISTA DE SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
ACSC	- Ambulatory Care Sensitive Conditions
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
APS	- Atenção Primária à Saúde
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CSAP	- Condições Sensíveis à Atenção Primária
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas não Transmissíveis
DEF	- Arquivo de Definição
DF	- Distrito Federal
DM	- Diabetes Mellitus
EJA	- Educação de Jovens e Adultos
ESF	- Estratégia de Saúde da Família
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
ICSAP	- Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
OMS	- Organização Mundial de Saúde
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDAD/DF	- Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios do Distrito Federal
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PSC	- Programa Saúde em Casa
PSF	- Programa de Saúde da Família
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RAs	- Regiões Administrativas
SIH/SUS	- Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral.....	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
4. METODOLOGIA.....	19
4.1. Tipologia.....	19
4.2. Cenário do estudo	19
4.3. Variáveis e indicadores.....	20
4.4. Fonte e coleta de dados	20
4.5. Processamento e análise dos dados.....	21
4.6. Aspectos éticos	21
5. RESULTADOS	22
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXO A - LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	38

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS foi implantado no Brasil em 1988, como resultado de uma vasta discussão da sociedade brasileira em parceria com diversos segmentos da mesma, formando assim o movimento sanitário. A partir dessa discussão observou-se a necessidade da criação de um sistema que atendesse e suprisse todas as necessidades da população no âmbito da saúde, desde situações mais básicas até as mais complexas (MENDES, 2011).

A partir da criação desse sistema verificou-se que era primordial uma maior organização do mesmo para atender as demandas da população. Desta forma vem se discutindo no Brasil a substituição do modelo de atenção vigente, qual seja, o Sistema Fragmentado, por Redes de Atenção à Saúde (RAS) que visa basicamente a organização da atenção primária, secundária e terciária de uma forma horizontal a partir de um sistema integrado e poliárquico (MENDES, 2011).

No contexto de RAS, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui função primordial e se encontra no centro da mesma, desenvolvendo papel de porta de entrada do usuário ao sistema além de coordenadora da rede e ordenadora do cuidado, conforme Portaria N 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010).

Com a APS desenvolvendo uma função primordial dentro do sistema de saúde, faz-se necessário a adoção de indicadores para avaliar o seu acesso e efetividade. Nesse sentido, em 2008 foi publicada a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) por meio da Portaria N. 221, de 17 de abril de 2008, a qual é constituída por 19 grupos diagnósticos classificados de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (BRASIL, 2008). Essa lista começou a ser discutida em 2007 a partir de revisão das listas existentes tanto no âmbito estadual e municipal como internacional, e posteriormente com a discussão e consenso entre gestores, pesquisadores e sociedade, tendo sua validação a partir de consulta pública (ALFRADIQUE et al., 2009). A partir de sua

publicação ela poderá ser utilizada para avaliação do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (BRASIL, 2008).

A Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é composta por 19 grupos diagnósticos, sendo esses, 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 Melitus; Epilepsias; Infecção no Rim e Trato Urinário; Infecção da pele e tecido subcutâneo; Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos; Úlcera gastrointestinal e Doenças relacionadas ao pré-natal e parto (BRASIL, 2008). Dentre esses grupos de diagnósticos, vale ressaltar a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM), por serem de grande importância no elenco das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis constituem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, principalmente em países de baixa ou média renda, onde a taxa de mortalidade anualmente ultrapassa 36 milhões (MALTA, 2013). Entre as DCNT quatro grupos destacam-se, sendo eles doenças cardiovasculares, neoplasias, doença respiratória crônica e diabetes mellitus (DUNCAN et al., 2012).

Sendo assim, considerando a adesão do Ministério da Saúde ao indicador, como uma das possibilidades de avaliar o acesso e a efetividade da APS, justifica-se a realização de estudos adotando o indicador como forma de verificar o perfil dessas internações em diferentes territórios. Neste sentido este estudo busca responder a seguinte pergunta: Qual o perfil das ICSAP que ocorreram em um dado hospital no Distrito Federal?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil das ICSAP que ocorreram no Hospital de Base do Distrito Federal, nos anos de 2012 a 2016.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar as internações gerais que ocorreram no Hospital de Base do Distrito Federal.

Identificar as ICSAP que ocorreram no Hospital de Base do Distrito Federal.

Conhecer o perfil das ICSAP que ocorreram no Hospital de Base do Distrito Federal, segundo internações gerais, internações por CSAP, município de residência, grupos de diagnósticos, sexo, faixa etária, óbitos e custos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária a Saúde vem sendo organizada no Brasil, desde o seu surgimento em 1920 com os Centros de Saúde Escola até os dias atuais, com variadas configurações, considerando as diversas regiões do país. Os Centros de Saúde inicialmente tinham a proposta de educação sanitária e promoção de saúde. Com sua ampliação em 1960 a atenção materno-infantil passou a ser ofertada, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a municipalização em 1990, começou uma estruturação mais homogênea da APS que passa a ser responsabilidade dos municípios, os quais passaram a receber financiamento e normatizações do Ministério da Saúde (MS) (LAVRAS, 2011).

Uma das estratégias para a organização da APS, foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na década de 90, o qual teve um impacto positivo nas ações desenvolvidas e por conta disso, em 1994 o Ministério da Saúde instituiu como nova estratégia para reorganização do modelo assistencial, o Programa de Saúde da Família (PSF) que posteriormente adotou a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Ainda com relação a organização da APS no Brasil, em março de 2006 foi instituída, por meio da Portaria N. 648, de 28 de março de 2006 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e em outubro de 2011 a mesma foi revisada e revogada por meio da Portaria N. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que tem como propósito melhorar a qualidade da APS no país, visando assim uma descentralização do serviço de saúde e conseqüentemente se tornando modo de acesso preferencial do usuário ao sistema de saúde, cumprindo o que propõe a rede de atenção, que a posiciona como coordenadora do cuidado contribuindo assim para o funcionamento adequado da rede (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a PNAB passou por um novo processo de revisão, sendo publicada nova versão em 2017 por meio da Portaria N. 2436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

No Distrito Federal, especialmente no período de 1999 a 2007 houve a substituição do Programa Saúde em Casa (PSC), estratégia até então adotada,

pelo PSF (GOTTEMS, 2009). Atualmente no DF vem sendo investido esforços para reversão do modelo assistencial, com foco na APS, adotando-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como prioritária, por meio das Portarias N. 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017 as quais tratam da Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal e do processo de conversão da APS do DF ao modelo da Estratégia de Saúde da Família (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Dentre os princípios, estabelecidos pela portaria N. 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017, estão o acesso, a longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, centralização na família e orientação comunitária. Para o cumprimento desses princípios a APS baseada na ESF deverá ter uma equipe multiprofissional, responsável por uma área geográfica delimitada proporcionando fortalecimento do vínculo e alta resolutividade, além de ser baseada nas seguintes diretrizes: acolhimento, classificação de risco, resolutividade, territorialização e adscrição da clientela, garantia de acesso e ordenação da rede de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Na reorganização da APS no DF, por meio da portaria N. 77 e 78, de 14 de fevereiro de 2017 as equipes passam a ser compostas basicamente por um médico da família e comunidade, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e até seis agentes comunitários em saúde (ACS) responsáveis por até 4.000 usuários. A equipe de saúde bucal (odontólogo e técnico em saúde bucal) é responsável por até duas equipes de saúde da família. As UBS passam a ser consideradas UBS tipo 1, quando conta com 3 equipes de saúde da família e tipo 2 quando contam com mais de 3 equipes. No que se refere a territorialização, esta deverá ser realizada por todas as unidades básicas de saúde, e o usuário deverá ser cadastrado na sua unidade de referência segundo a área de residência. A partir do conhecimento de cada região devem ser realizadas ações em saúde que atendam a necessidade encontrada, as equipes devem manter atualizadas as informações para a construção de indicadores definidos pela Coordenação de Atenção Primária (COAPS) (DISTRITO FEDERAL, 2017).

Dentre as atividades desenvolvidas pela APS, estão o controle de diversas patologias, de modo que evitem o seu agravamento, ao ponto do usuário necessitar de internação. Tratam-se de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

As condições sensíveis à atenção primária (CSAP) são condições de saúde que devem ser atendidas na APS. Como consequência do não atendimento ou de um atendimento inadequado, nesse nível de atenção, pode ocorrer uma evolução negativa do quadro clínico do paciente e posteriormente levá-lo à hospitalização. Em estudo realizado, em um dado cenário no Brasil, foi verificado que dentre as principais condições, que exigem hospitalização, encontram-se complicações da diabetes mellitus, hipertensão, pneumonia bacteriana e asma. Sendo assim essas internações servem como indicador da efetividade no nível primário do sistema de saúde (NEDEL, 2010).

O indicador ICASP, conhecido internacionalmente como *ambulatory care sensitive conditions* (ASCS), começou a ser estudado nos Estados Unidos, no ano de 1990 e posteriormente em outros países, os quais adequaram a lista (elenco de diagnósticos) de acordo com suas condições sanitárias e de saúde. No Brasil, esse indicador já era utilizado em algumas secretarias municipais e estaduais, com a intenção de avaliar indiretamente o acesso e a eficiência da APS, por meio de internações potencialmente evitáveis. No Brasil esse indicador se destina a avaliar indiretamente a atenção primária assim como a utilização da atenção hospitalar. Portanto ele pode ser usado para avaliação do desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal, conforme Portaria N. 4279, de 30 de dezembro de 2010 (ALFRADIQUE et al., 2009; BRASIL, 2010).

O processo de construção da lista brasileira de ICSAP, composta por 19 grupos de causas e diagnósticos, teve início em 2007 a partir do marco conceitual proposto por Caminal-Homar e Casanova-Matutano. Posteriormente foi realizada a revisão das listas existentes nas secretarias estaduais e municipais de saúde, e listas internacionais, envolvendo, dentre outros aspectos, revisão bibliográfica; discussão e consenso entre gestores, pesquisadores e sociedade, e validação a partir de consulta pública. Todo

esse processo de construção visou adequá-la a realidade do país (ALFRADIQUE et al., 2009).

A comparação entre condições consideradas sensíveis à atenção primária entre o Brasil e outros países é prejudicada pelo fato de serem listas diferentes para cada país, assim como a classificação utilizada no Brasil é a décima Classificação Internacional de Doença (CID-10), enquanto Europa e Estados Unidos utilizam a nona Classificação Internacional de Doenças (CID-9). Essas diferenças podem gerar uma distorção na análise comparativa utilizando esse indicador (FERNANDES et al., 2009).

Entre os 19 grupos de diagnósticos da Lista Brasileira de ICSAP, dois se destacam pela sua magnitude, e por fazerem parte também das Doenças Crônicas não Transmissíveis, são eles Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Essas condições estão entre as principais causas de morte em todo país, e com o passar dos anos, essas doenças passaram a ocorrer tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. No caso do Brasil, em especial, dois fatores dificultam a implantação de programas e a sua prevenção, são eles a dimensão continental e a desigualdade social (MALFATTI, 2011).

Inúmeras mudanças ocorridas ultimamente no cenário mundial, tais como as transições demográficas, epidemiológicas e nutricionais contribuíram para que doenças como HAS e DM assumissem um ritmo crescente e preocupante (TOSCANO, 2004).

Entre os fatores de risco para HAS e DM estão principalmente o fumo, inatividade física, alimentação inadequada e uso de álcool. A partir da criação do SUS diversas políticas públicas foram criadas para o enfrentamento das DCNT, entre essas destacam-se o combate ao fumo e um maior acesso do usuário ao sistema público de saúde, principalmente a Atenção Primária à Saúde (DUNCAN et al., 2012).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipologia

Trata-se de um estudo com abordagem ecológica exploratório, utilizando dados secundários correspondentes as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária nos anos de 2012 a 2016.

O estudo ecológico é caracterizado por comparar a ocorrência da doença ou condição relacionada à saúde e a exposição de interesse. Nesse tipo de estudo o foco não é o indivíduo, mas o grupo populacional de uma área bem delimitada (LIMA, 2003).

4.2. Cenário do estudo

O Distrito Federal (DF) é uma das 27 unidades federativas do Brasil, onde a partir de 1960 se localiza a capital federal, Brasília. É organizado por meio de Regiões Administrativas (RAs), atualmente composta por 31 RAs (DISTRITO FEDERAL, 2014).

A Pesquisa Distrital por Amostras de Domicílios do Distrito Federal (PDAD/DF), considerando os residentes, estima que a população urbana do DF, para o ano de 2015 e 2016, foi de 18,77% até 14 anos de idade, 65,81% entre 15 e 69 anos, e 15,42% com mais de 60 anos de idade (CODEPLAN, 2015).

Quanto à escolaridade 26,85% eram estudantes, 29,54% possuem ensino fundamental incompleto, 18,74% tem ensino superior completo, 3,74% são analfabetos, ou seja, apenas sabem ler e escrever e cursam Educação de Jovens e Adultos (EJA). Quanto à ocupação 48,81% exercem atividades remuneradas, 16,23% são aposentados ou pensionistas, 16,50% somente estudam e 7,45% encontram-se desempregados. A renda domiciliar média da população do DF no ano de 2015 e 2016 foi de 6,59 salários mínimos (CODEPLAN, 2015).

O abastecimento de água no DF por rede geral em 2015 foi de 98,14% e a energia elétrica está presente em 99,38% dos domicílios. Quanto ao esgotamento sanitário, 85,46% contam com rede geral, enquanto algumas regiões administrativas (RAs) mais recentes possuem fossa séptica. Quase a

totalidade dos domicílios contam com coleta urbana de lixo, enquanto 75,54% possuem coleta seletiva. Observa-se que o DF é bem atendido no que diz respeito aos serviços essenciais de infraestrutura urbana (CODEPLAN, 2015).

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), no início de 2018 a Estratégia Saúde da Família (ESF) atingiu 69,1% de cobertura populacional. Com essa ampliação o total de pessoas assistidas pela ESF passou de 1.038.750 no início de 2017, quando foi implantada a portaria N. 77 e 78 de 14 de fevereiro de 2017, para 2.058.750 habitantes no início de 2018. Atualmente o DF conta com 549 equipes de saúde da família, onde cada uma atende em média 3.750 usuários (SECRETARIA DE SAÚDE, 2018).

A atenção secundária é formada atualmente no DF por duas policlínicas, seis unidades de pronto-atendimento (UPAs), um Centro Especializado em Diabetes, Obesidade e Hipertensão, inaugurado no final de 2017, além de 18 centros de atenção psicossocial. A atenção terciária é formada por hospitais de médio e grande porte distribuídos pelas RAs, que são destinados apenas a casos de alta complexidade, o usuário deve ter acesso a atenção secundária e terciária por meio de encaminhamento das unidades básicas de saúde (UBS) (DAMASCENO, 2017).

4.3. Variáveis

Foram descritos os perfis das ICSAP considerando as seguintes variáveis: (1) internações gerais que ocorreram no Hospital de Base, (2) internações por CSAP, (3) município de residência, (4) grupos de diagnósticos, (5) sexo (masculino ou feminino), (6) faixa etária (< 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 14 anos, 15 a 24 anos, 25 a 34 anos, 35 a 44 anos, 45 a 54 anos, 55 a 64 anos e 65 anos ou mais) (7) óbitos e (8) custos. Foram adotadas tanto estas variáveis individualmente quanto os cruzamentos das mesmas, a saber: sexo x grupo de diagnósticos, sexo x óbitos, sexo feminino x sexo masculino e grupo de diagnósticos x faixa etária.

4.4. Fonte e coleta de dados

Os dados foram coletados no Sistema de Internações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus). A seleção das ICSAP foi feita com base na Lista

Brasileira de ICSAP, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (Anexo A).

O SIH/SUS surgiu em agosto de 1990 por meio da Portaria MS/GM N. 896, a partir da necessidade de estabelecer um sistema único de informações assistenciais, para auxiliar gestores nas suas atividades de planejamento, controle e avaliação das ações em saúde. Este sistema utiliza como instrumento de registro a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (BRASIL, 2011).

4.5. Processamento e análise dos dados

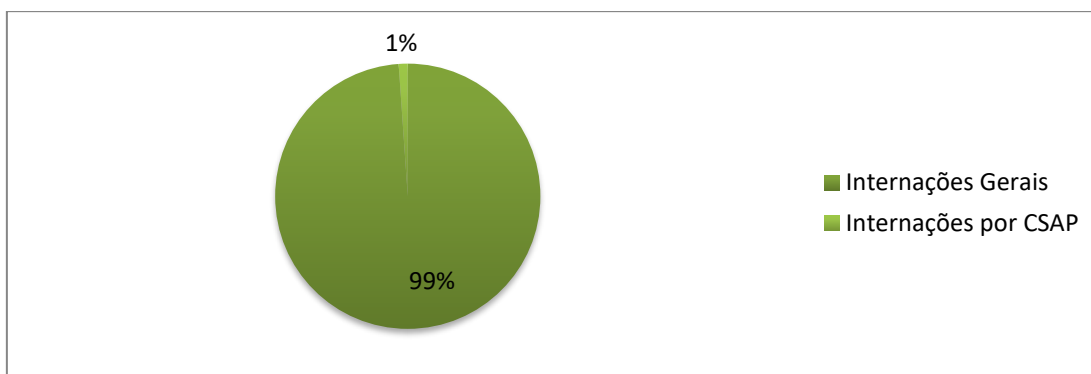
A partir da seleção no SIH-SUS dos códigos das ICSAP, foi gerado um arquivo de definição para tabulação das condições sensíveis, utilizando o aplicativo Tabwin – Versão 3.5, desenvolvido pelo DATASUS/MS. O processamento e análise dos dados foram realizados por meio de estatística descritiva e os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos.

4.6. Aspectos éticos

Esse estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por utilizar informações de domínio público, disponíveis no site do DATASUS, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, N. 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

5. RESULTADOS

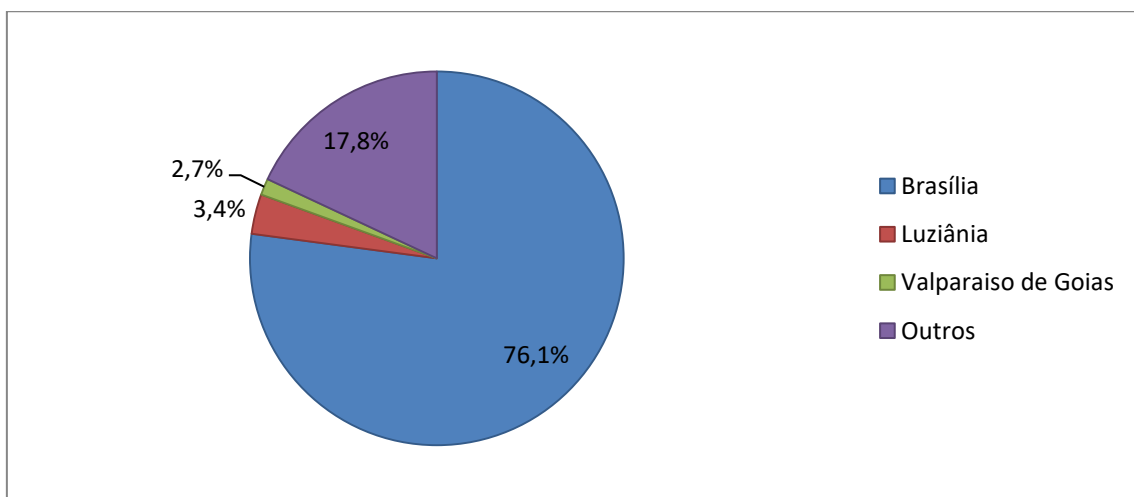
No período estudado de 2012 a 2016 foram registradas o total de 909.211 internações no Hospital de Base do Distrito Federal, das quais 8.446, ou seja, 1 % foram por CSAP (Figura 1).



Fonte: SIH/SUS

Figura 1. Internações Gerais e Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

No que se refere ao município de residência 76,1% são residentes no município de Brasília (DF), seguidos de 3,4% em Luziânia (GO) e 2,7% em Cidade Ocidental (GO) (Figura 2).



Fonte: SIH/SUS

Figura 2 – Internações por CSAP segundo município de residência no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

Considerando-se os grupos de diagnósticos o grupo com maior porcentagem de internação por CSAP foram as Doenças Cerebrovasculares (24,73%), seguidas de Insuficiência Cardíaca (17,57%), Angina (17,16%), Infecção do Rim e Trato Urinário (6,86%), epilepsias (6,38%). Vale ressaltar que os dois primeiros diagnósticos correspondem a 42,3% das internações (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e porcentagem de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo grupos de Diagnósticos no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

Grupos de Diagnósticos Sensíveis a Atenção Primária	Número de ICSAP no período de 2012 a 2016	Porcentagem de ICSAP no período de 2012 a 2016
Doenças Cerebrovasculares	2089	24,73%
Insuficiência Cardíaca	1484	17,57%
Angina	1450	17,16%
Infecção no Rim e Trato Urinário	580	6,86%
Epilepsias	539	6,38%
Diabetes Melitus	427	5,05%
Infecção de pele e tecido subcutâneo	296	3,50%
Pneumonias bacterianas	288	3,40%
Doenças Pulmonares	270	3,19%
Úlcera Gastrointestinal	238	2,81%
Infecção de ouvido, nariz e garganta	211	2,49%
Gastroenterites Infecciosas e Complicações	204	2,41%

Doenças preveníveis por Imunização e condições sensíveis	115	1,36%
Hipertensão	92	1,08%
Asma	68	0,80%
Deficiências Nutricionais	58	0,68%
Anemia	25	0,29%
Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	9	0,10%
Doenças relacionadas ao Pré- Natal e Parto	3	0,03%
Total	8446	100%

Fonte: SIH/SUS

Analisando as ICSAP segundo sexo, observa-se que houve mais internações no sexo masculino (51,89%) quando comparado ao feminino (48,11%). As principais causas de internação no sexo masculino foram Doenças Cerebrovasculares (22,56%), Insuficiência Cardíaca (19,16%), Angina (18,77%) e Epilepsia (6,29%). No sexo feminino as três principais causas de internações, assim como no sexo masculino, foram Doenças Cerebrovasculares (27,07%), Insuficiência Cardíaca (15,85%) e Angina (15,43%). Em quarto lugar Infecção no Rim e Trato Urinário (8,95%) (Tabela 2).

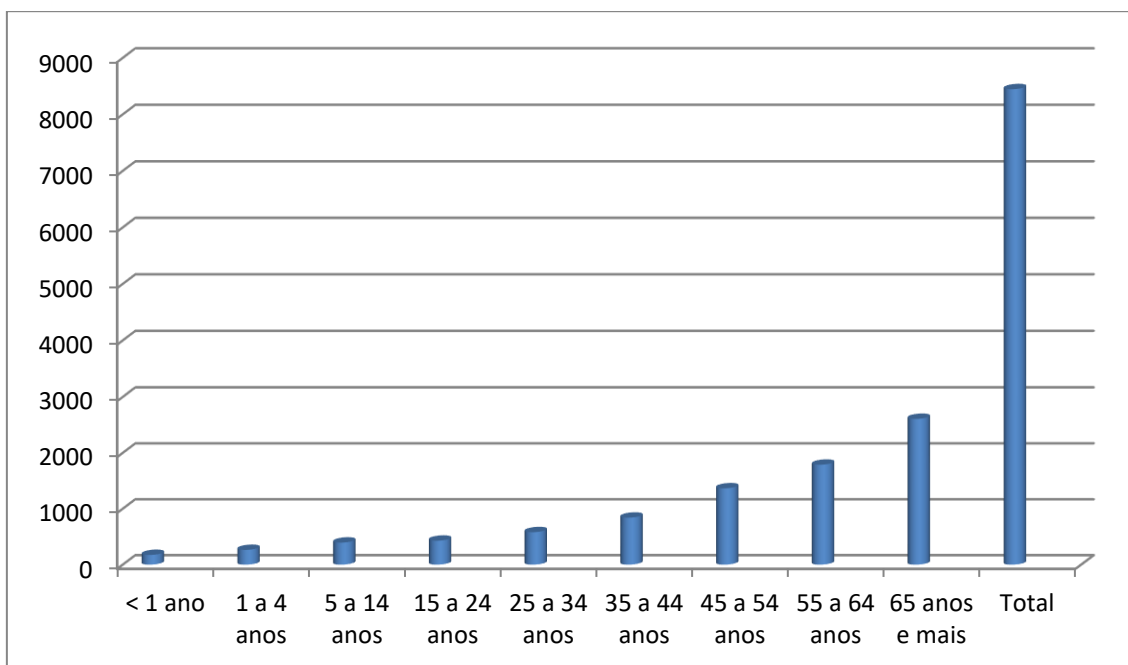
Considerando os grupos de diagnósticos relacionados à Diabetes Melitus e Hipertensão, observa-se que o sexo masculino obteve maior número de internações por Diabetes Melitus (5,36%) quando comparado ao sexo feminino (4,72%). Ao contrário ocorreu em relação à Hipertensão, onde o sexo feminino apresenta maior porcentagem (1,13%) quando comparado com o sexo masculino (1,04%).

Tabela 2 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, segundo sexo e grupo de diagnóstico no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO	
Doenças Cerebrovasculares	31,1%	Doenças Cerebrovasculares	25,3%
Insuficiência Cardíaca	15,3%	Insuficiência Cardíaca	19,5%
Angina	15,2%	Angina	18,9%
Infecção no Rim e Trato Urinário	8,3%	Epilepsia	5,3%
Diabetes Melitus	4,72%	Diabetes Melitus	5,36%
Hipertensão	1,13%	Hipertensão	1,04%
Total	75,75%	Total	75,4%

Fonte: SIH/SUS

No período estudado, ao analisar a faixa etária, observa-se maior número de internações por ICSAP na faixa de 65 anos e mais (30,87%), seguido de 55 a 64 anos (21,16%), 45 a 54 anos (16,17%), 35 a 44 anos (9,95%), 25 a 34 anos (6,87%), 15 a 24 anos (5,07%), 5 a 14 anos (4,67%), 1 a 4 anos (3,12%) e < 1 ano (2,06%) (Figura 3).



Fonte: SIH/SUS

Figura 3 – Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária segundo faixa etária no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

Ao analisar faixa etária e grupos diagnósticos observa-se que em < 1 ano, ocorrem mais internações por Epilepsias (36,20%) assim como nas faixas etárias de 1 a 4 anos (61,66%) e 5 a 14 anos (40,75%).

Nas faixas de 15 a 24 anos, observa-se uma maior ocorrência de internações por Infecção no Rim e Trato Urinário (18,64%). Já na faixa entre 25 a 34 anos ocorreram mais internações por Doenças Cerebrovasculares (24,95%) assim como nas faixas etárias 35 a 44 (31,86%), 45 a 54 (28,98%). Na faixa de 55 a 64 anos ocorrem mais internações por angina (27,34%) enquanto na faixa de 65 anos ou mais ocorreram maior número de internações por Doenças Cerebrovasculares (26,57%) (Tabela 3).

A faixa etária de 65 anos e mais apresenta maior número de internações por Hipertensão (1,09%) e Diabetes Melitus (5,90%) quando comparado às outras faixas etárias.

Tabela 3 – Internações por CSAP segundo grupos de diagnóstico e faixa etária, no Hospital de Base, Distrito Federal, Brasil, 2012 a 2016

Faixa Etária	Grupos de Diagnósticos	Total					
		%	%	%	%	%	
< 1 ano	Epilepsias	36,20	Insuficiência Cardíaca	13,21	Deficiências Nutricionais	12,06	61,47%
1 a 4 anos	Epilepsias	41,66	Pneumonias Bacterianas	12,5	Gastroenterites Infecciosas e Complicações	10,22	64,38%
5 a 14 anos	Epilepsias	40,75	Infecção no Rim e Trato urinário	8,86	Infecção de ouvido, nariz e garganta	7,08	56,69%
15 a 24 anos	Infecção no Rim e Trato Urinário	18,64	Epilepsias	15,15	Doenças Cerebrovasculares	15,15	48,94%

25 a 34 anos	Doenças Cerebrovasculares	24,95	Infecção no Rim e Trato Urinário	17,38	Insuficiência Cardíaca	12,22	54,55%
35 a 44 anos	Doenças Cerebrovasculares	31,86	Insuficiência Cardíaca	14,98	Angina	9,86	56,7%
45 a 54 anos	Doenças Cerebrovasculares	28,98	Angina	22,10	Insuficiência Cardíaca	16,25	67,33%
55 a 64 anos	Angina	27,35	Doenças Cerebrovasculares	27,06	Insuficiência Cardíaca	19,40	73,81%
65 anos ou mais	Doenças Cerebrovasculares	26,57	Insuficiência Cardíaca	24,23	Angina	21,31	72,11%

Fonte: SIH/SUS

Ao analisar os óbitos ocorridos no período, do total de 8.846 internações por CSAP, 6,61% resultaram em óbito. O sexo masculino representou 306 casos (6,98%), e o sexo feminino 279 óbitos (6,86%). Observa-se que em ambos os sexos, os óbitos por Doenças cerebrovasculares, seguidas de Insuficiência Cardíaca e Pneumonias Bacterianas, Diabetes Mellitus e Hipertensão corresponderam a 4,95% dos óbitos no período.

Entre 2012 e 2016 os custos gerais do Hospital de Base do Distrito Federal foram R\$ 99.534.858,00 dos quais R\$ 10.871.456,00, ou seja, 10,92% foram com ICSAP.

6. DISCUSSÃO

Estudo realizado no DF em anos anteriores, com metodologia semelhante demonstrou uma taxa de 15,9% de ICSAP em um hospital local (SOUSA, 2016). Em comparação com o presente estudo observamos que houve uma queda nas ICSAP no DF em relação a períodos anteriores, tendo em vista que no Hospital de Base do DF as internações por CSAP correspondem a 1% no período estudado. Essa redução pode significar um maior acesso do usuário a APS e consequente resolução dos seus problemas nesse nível de atenção, vale considerar também que a partir do ano de 2007 houve substituição do Programa Saúde em Casa (PSC) pelo Programa de Saúde da Família (PSF) no Distrito Federal (GOTTEMS, 2009). Essa substituição pode justificar o decréscimo das nas taxas de ICSAP em períodos distintos. Por outro lado, o fato do Hospital de Base ser de referência terciária é esperado este resultado. Ou seja, não se justificaria um número de internações por CSAP elevado, naquela instituição.

Analisando o município de residência, observa-se que grande parte das internações são de pessoas residentes no DF. Entretanto, chama atenção que aproximadamente 24% correspondam a internações de pessoas do entorno e de outras regiões do Brasil. Estudo realizado em período anterior comparou a oferta de serviços no DF e no entorno, apontando para escassez de leitos e profissionais, enquanto a oferta de UBS se mostrou elevada quando comparada ao DF. Esses resultados sugerem que embora a oferta de UBS seja elevada no entorno, essas possivelmente funcionam em condições precárias, gerando, dentre outros aspectos, um fluxo desordenado de pessoas dessas regiões para o DF, sobrecarregando a sua rede o que pode resultar em um sistema de saúde pouco eficiente e resolutivo (PIRES, 2010).

Estudos realizados em outras regiões do Brasil em períodos anteriores mostram que grupos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis foram os principais responsáveis pelo aumento das ICSAP, tendo destaque as doenças do aparelho circulatório como insuficiência cardíaca, angina, doenças cerebrovasculares e hipertensão (FERREIRA et al., 2014; CARDOSO, et al., 2013). Este resultado vem ao encontro dos resultados

obtidos no presente estudo, uma vez que mostra a insuficiência cardíaca como segunda principal causa de ICSAP, ficando atrás apenas de doenças cerebrovasculares.

Esses dados demonstram a magnitude das doenças crônicas não transmissíveis, não só no DF, mas também no nível nacional. Nesse sentido, estudo realizado em 2015, estima que mais de 66 milhões de brasileiros tenham diagnóstico de alguma DCNT. A região centro-oeste é a terceira com maior prevalência ficando atrás apenas da região sul e sudeste. Em relação a hipertensão e diabetes foram as morbidades mais referidas entre os entrevistados, mostrando aproximadamente 31 milhões de indivíduos referindo hipertensão e 9 milhões diabetes mellitus (MALTA, et. al. 2015)

Ainda no que diz respeito à HAS e DM, estudo realizado em Florianópolis – SC, mostra que as duas patologias são relevantes problemas de saúde pública no Brasil, uma vez que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) uma a cada três pessoas adultas tem diagnóstico de HAS, e uma a cada dez apresenta diagnóstico de DM. O Brasil apresenta uma realidade onde 22,7% da população apresenta diagnóstico de hipertensão e 5,6% de diabetes mellitus. Os dados demonstram, também, que esses diagnósticos estão amplamente relacionados com a idade mais avançada e com o menor nível de escolaridade (TORTORELLA, 2017). No DF 3,74% da população são analfabetos, apenas sabem ler ou escrever ou cursam EJA (CODEPLAN, 2015)

Ao observar as ICSAP segundo sexo, observa-se um maior número de internações no sexo masculino, o que difere de alguns estudos realizados em outros estados e em outros cenários no DF, que evidenciam um maior número de internações no sexo feminino (CAVALCANTE; OLIVEIRA; REHEM, 2016; CARDOSO et al, 2013).

Estudo realizado em anos anteriores mostra que o maior número de internações no sexo masculino pode ser explicado devido a fatores comportamentais, ou seja, principalmente relacionados a hábitos e estilo de vida, sendo assim os homens se submetem a maiores riscos relacionados a saúde ao longo da vida e se preocupam menos com promoção da saúde e prevenção de doenças (PINHEIRO, 2002).

Analisando a faixa etária, os idosos apresentam as mais relevantes taxas de internações por CSAP no Hospital de Base do DF, que correspondem a 30,87%. Entre os grupos diagnósticos dessa faixa etária destaca-se doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e angina como principais causas de internações. Essa realidade vem ao encontro de estudo realizado em São Paulo que demonstra idosos na faixa etária de 65 anos ou mais como faixa etária que mais internou por CSAP (REHEM; CIOSAK; EGRY, 2012).

Outro estudo realizado no Rio de Janeiro em 2012 evidenciou maior frequência de internação em idosos, tendo como principais causas de internação insuficiência cardíaca, doenças cerebrovasculares, doenças pulmonares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e angina (MARQUES, 2012).

A população de idosos vem crescendo cada dia mais no Brasil, e com isto as pirâmides populacionais do Brasil vêm ganhando novas formas com o passar dos anos. Hoje mostram uma base mais fina e o ápice mais largo, demonstrando um número maior de idosos e um menor número de crianças quando comparado a períodos anteriores (ALVES, 2014).

A faixa etária com menor internação é menor que 1 ano, correspondendo a 2,06% do total, tendo como principais causas, epilepsias, insuficiência cardíaca e deficiências nutricionais; e de 1 a 4 anos com 3,12%. Ao observar os grupos de diagnósticos que mais levam à internação nessa faixa etária, constata-se epilepsias, pneumonia bacteriana, e gastroenterites infecciosas e complicações. Esses resultados chamam atenção uma vez que em um estudo desenvolvido em 2015, a epilepsia não apareceu com frequência, como ocorreu no presente estudo (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

Estudo realizado em Juiz de Fora - MG em 2012 demonstra altas taxas de internações por epilepsias e gastroenterites infecciosas em crianças, o que vem ao encontro do presente estudo, onde essas condições de saúde figuram entre as principais causas de internações nas crianças (BASTOS, 2013).

No que diz respeito a gastroenterites infecciosas estudo realizado evidenciou que a hospitalização de crianças devido a esse diagnóstico se dá

muitas vezes por determinantes socioeconômicos, demográficos e biológicos (VANDERLEI, 2004).

No DF o esgotamento sanitário está presente em 85,46%, enquanto algumas RAs mais recentes possuem fossa séptica, esse dado pode explicar porque as gastroenterites infecciosas ainda figuram entre as internações de crianças no DF, uma vez que 15% dos domicílios fazem uso de fossa séptica (CODEPLAN, 2015).

No que diz respeito aos óbitos, o presente estudo aponta maior ocorrência de óbitos no sexo masculino que internaram por ICSAP, e como principais causas as doenças cerebrovasculares, insuficiência cardíaca e pneumonias bacterianas. Vale destacar que os óbitos ocorridos no sexo feminino, embora relativamente menores, ocorreram devido às mesmas causas. Foram registrados um total de 585 óbitos no Hospital de Base do DF no período estudado. Em período anterior, em um hospital do DF, constatou-se um total de 568 óbitos no período estudado, evidenciando um aumento discreto quando comparado ao presente estudo (SOUSA, 2016).

Estudo realizado a cerca da morbi-mortalidade masculina no Brasil mostra que o padrão de mortalidade masculina acompanha o verificado em países desenvolvidos ou em desenvolvimento, evidenciando uma elevação da mortalidade proporcional entre idosos do sexo masculino com mais de 60 anos. O mesmo estudo demonstra que a principal causa de óbitos entre idosos do sexo masculino são as doenças do aparelho circulatório (LAURENTI, 2005). Esses resultados vêm ao encontro do presente estudo, mostrando maior número de óbitos em homens idosos com 65 anos e mais.

Os custos gerais no presente estudo correspondem a R\$ 99.534.858,00 dos quais R\$ 10.871.456,00, ou seja, 10,92% foram com ICSAP. Estudo realizado no período de 2008 a 2010 em uma região de saúde paulista, evidenciou um custo total de internações por condições sensíveis a atenção primária de 17%, demonstrando uma redução de custos por ICSAP quando comparados a períodos anteriores., Esse resultado é esperado uma vez que a porcentagem de internações também diminuiu em relação a períodos anteriores, embora a comparação não corresponda ao mesmo município, tomando por base duas regiões do Brasil (FERREIRA et al, 2014).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo permitiram caracterizar o perfil das ICSAP ocorridas no Hospital de Base do Distrito Federal no período analisado, assim como conhecer o perfil dessas ICSAP a partir das variáveis propostas. Observou-se a necessidade de uma especial atenção para as doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que essas fazem parte de forma importante, do elenco das internações por condições sensíveis à atenção primária, além da necessidade de mais políticas públicas voltadas para os idosos, que correspondem a 30,87% das internações.

Atualmente no DF a portaria número 77 de 14 de fevereiro de 2017 estabelece a política de atenção primária, e pode contribuir de forma importante para a redução das ICSAP, uma vez que estabelece uma APS fundamentada na Estratégia de Saúde da Família (ESF),

Nesse sentido, os resultados descritos permitiram conhecer melhor o perfil das ICSAP no Hospital de Base do Distrito Federal, contribuindo assim para que gestores possam implementar ações que facilitem o acesso do usuário a APS além de desenvolvimento de estratégias para uma atenção primária mais resolutiva, reduzindo cada vez mais no DF a taxa de ICSAP, e colaborando para o melhor funcionamento das redes de atenção à saúde, com uma atenção primária de qualidade, eficiente e efetiva.

O novo modelo de organização da APS no DF baseado nas portarias nº 77 e 78, coloca o enfermeiro como peça fundamental nas equipes de ESF, desta forma o profissional tem muita autonomia no exercício da profissão nas unidades básicas de saúde, sendo assim os resultados descritos podem ajudar o enfermeiro na execução de atividades que busquem a promoção e prevenção de saúde, melhorando o acesso do usuário a UBS e diminuindo a ocorrência de ICSAP no DF.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1337-1349, Jun 2009.

ALVES, José Eustáquio Diniz. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, n. 40, 2014.

BASTOS, Rita Maria et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 2, p. 120-127, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Publica em forma do anexo a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Portaria n. 221, 17

abril 2008. Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 510, de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial, Brasília, DF, 24 mai. 2016. Seção 1, p. 44 – 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação-Geral de Sistemas de Informação. Manual técnico operacional do Sistema de Informações Hospitalares: Orientações técnicas. Brasília/DF: Ministério da Saúde, versão 1, 2011b. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Série E. Legislação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, Clareci Silva et al . Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Rev Panam Salud Publica**, Washington , v. 34, n. 4, p. 227-234, Out. 2013.

CAVALCANTE, Danyelle Monteiro; OLIVEIRA, Maria Regina Fernandes; REHEM, Tânia Cristina Morais Santa Bárbara. Internações por condições sensíveis à atenção primária: estudo de validação do SIH/SUS em hospital do Distrito Federal, Brasil, 2012. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 32, n. 3, e00169914, 2016.

CODEPLAN. Companhia de Planejamento do Distrito Federal. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio - Distrito Federal - PDAD 2015/2016. Brasília - DF, 2015. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html>>. Acesso em: 20 de janeiro de 2018.

DAMASCENO, Mariana. Pacientes podem ajudar na organização da rede de saúde. Disponível em: <

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/03/24/pacientes-podem-ajudar-na-organizacao-da-rede-de-saude/>>. Acesso em: 05 de junho 2018.

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Portaria n. 77, de 14 de fevereiro de 2017. Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal. Brasília, 2017.

DISTRITO FEDERAL. Síntese de informações Socioeconômicas e Geográficas. Brasília: CODEPLAN, 2014. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/areas-tematicas/pesquisas-e-estudos-socioeconomicos/291-sintese-de-informacoes-socioeconomicas.html>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012 .

FERNANDES, Viviane Braga Lima et al . Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 43, n. 6, p. 928-936, Dez. 2009.

FERREIRA, Janise Braga Barros et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014.

GOTTEMS, Leila Bernardo Donato et al. Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1409-1419, Jun. 2009.

LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, p. 35-46, 2005.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi Maria. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNCAO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1383-1388, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013.

MARQUES, Aline Pinto. Análise das causas de internação de idosos segundo a classificação de condições sensíveis à atenção primária: estudo da evolução temporal no Estado do Rio de Janeiro. 2012. Tese de Doutorado.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, v. 549, 2011.

NEDEL, Fúlvio Borges et al . Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1009-1019, 2010.

PREZOTTO, Kelly Holanda ; CHAVES, Maria Marta Nolasco ; MATHIAS, Thais Aidar de Freitas . Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 44-53, fev. 2015.

REHEM, Tania Cristina Moraes Santa Barbara; CIOSAK, Suely Itsuko; EGRY, Emiko Yoshikawa. 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 , v. 21, n. 3, p. 535-542, set. 2012.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Estratégia de Saúde da Família atinge 69,1% de cobertura no DF. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br/estrategia-saude-da-familia-atinge-691-de-cobertura-no-df/>>. Acesso em: 05 de junho de 2018.

SOUSA, Naira Pereira de et al . Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 1, p. 118-125, Fev. 2016

TORTORELLA, Catiuscie Cabreira da Silva et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 469-480, 2017.

TOSCANO, Cristiana M.. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 885-895, Dez. 2004.

VANDERLEI, Lygia Carmen de. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos?. **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 3, p. 276-281, 2004.

ANEXO A - LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1

Grupo	Diagnósticos	CID 10
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08

Grupo	Diagnósticos	CID 10
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0