

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL CATALÃO – RC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO ORGANIZACIONAL
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL

SABINA BORGES DA COSTA

**INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL**

CATALÃO/GO 2017

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

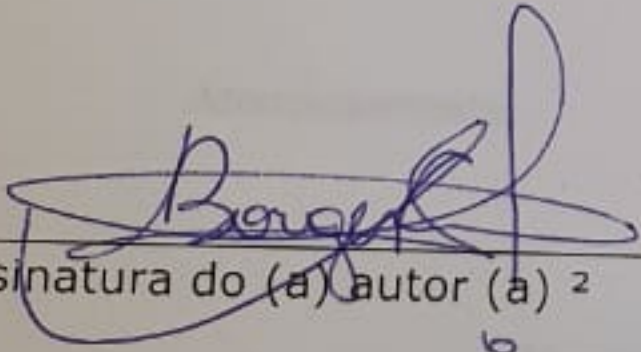
Nome completo do autor: SABINA BORGES DA COSTA

Título do trabalho: **Internações evitáveis pela atenção primária à saúde em um município da região central do Brasil.**

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento **SIM** **NÃO**¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.


Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 03/09/2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA
 DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICO
 TERMO DE CIÊNCIA E DE
 AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS
 (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG) sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Sabina Borges da Costa		
E-mail:	enfermeirasabina@gmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Vínculo empregatício do autor	Universidade Federal de Goiás (UFG)		
Agência de fomento:			Sigla:
País:	Brasil	UF: Goiás	CNPJ:
Título:	Internações Evitáveis Pela Atenção Primária À Saúde Em Um Município Da Região Central		
Palavras-chave:	Atenção Primária à Saúde; Avaliação de serviços de saúde; Gestão em Saúde; Internações por Condições Sensíveis; Política de Saúde.		
Título em outra língua:	Interactions For Conditions That Are Possible For Primary Health Care In A Municipality Of The Central Region		
Palavras-chave em outra língua:	Primary Health Care; Hospitalization. Sensitive conditions; Hospitalization for Sensitive Conditions. Health policy. Health evaluation.		
Área de concentração:	Gestão Organizacional		
Data defesa:	04 de abril de 2017		
Programa de Pós-Graduação:	Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional		
Orientadora:	Dra. Renata Alessandra Evangelista		
E-mail:	evangelre@gmail.com		
Coorientador:	Dr. Paulo Alexandre de Castro		
E-mail:	padecastro@gmail.com		

*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Sabina Borges da Costa Data: Catalão, 04 de abril de 2017.
 Assinatura do (a) autor (a):

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

SABINA BORGES DA COSTA

**INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM
MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão para obtenção do título de Mestre em Gestão Organizacional na linha de Pesquisa Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade.

Orientadora: Dr.^a Renata Alessandra Evangelista

Coorientador: Dr. Paulo Alexandre de Castro

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Borges da Costa, Sabina
INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM
UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL [manuscrito] /
Sabina Borges da Costa. - .
f.: il.

Orientador: Profa. Dra. Renata Alessandra Evangelista; co
orientador Dr. Paulo Alexandre de Castro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Unidade
Acadêmica Especial de Gestão e Negócios, Catalão, Programa de Pós
Graduação em Gestão Organizacional (profissional), Catalão, .
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de
tabelas.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Avaliação de Serviços de Saúde. 3.
Gestão em Saúde. 4. Hospitalização. 5. Políticas de Saúde. I.
Alessandra Evangelista, Renata, orient. II. Título.

CDU 616-083



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL CATALÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO ORGANIZACIONAL



ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DO MESTRADO PROFISSIONAL NO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM GESTÃO ORGANIZACIONAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

No dia 18 (de) de abril de dois mil e dezessete (2017), às 08:30 horas, na sala 215 do Centro de Gestão e Negócios (Universidade Federal de Goiás/ Regional Catalão), **SABINA BORGES DA COSTA**, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Organizacional (52001016061P6) pela Universidade Federal de Goiás, expôs, em sessão pública, o exame de defesa da dissertação intitulada **INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL**, para a Comissão de Avaliação composta pelos seguintes docentes: **Dra. Renata Alessandra Evangelista** (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás, Presidente da Comissão), **Dr. Paulo Alexandre de Castro** (Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Interno), **Dr. Luiz Almeida da Silva** (Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde e Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde/Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Externo), **Dra. Nunila Ferreira de Oliveira** (Universidade Federal de Goiás, Membro Convocado Suplente Externo) e **Dr. Anderson Luiz Ferreira** (Programa de Pós-Graduação em Ciências Biológicas/Universidade Federal de Goiás e Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Universidade Federal de Uberlândia, Membro Convocado Suplente Externo). O trabalho da Comissão de Avaliação foi conduzido pelo (a) docente Presidente que, inicialmente, após apresentar os docentes integrantes da comissão, concedeu 30 minutos ao (à) discente candidato (a) para que este (a) expusesse o trabalho. Após a exposição, o (a) docente Presidente concedeu a palavra a cada membro convidado da comissão para que estes arguissem o (a) discente candidato (a). Após o encerramento das arguições, a Comissão de Avaliação do trabalho de defesa avaliou a dissertação e o desempenho do (a) discente candidato (a) na exposição, considerando a trajetória deste (a) no curso de Mestrado Profissional. Como resultado da avaliação, a Comissão de Avaliação adotou pela:

Aprovação do trabalho de defesa

A Comissão de Avaliação declara o (a) discente candidato (a) **APROVADO (A) NO EXAME DE DEFESA PÚBLICA**. A Comissão de Avaliação pode sugerir alterações de forma e/ou conteúdo consideradas aceitáveis. As correções, quando identificadas, devem ser realizadas no prazo máximo de 30 dias contados a partir do recebimento da Ata de Defesa. As alterações deverão ser indicadas no Anexo ao presente documento e/ou podem constar na versão lida pelo membro da Comissão de Avaliação para a sessão de defesa do trabalho de dissertação. Neste caso, a versão lida corrigida deverá ser entregue ao (à) discente candidato (a) no final da sessão.

Reprovação do trabalho de defesa

De acordo com a Resolução – CEPEC N° 1109 é previsto a reprovação quando a Comissão de Avaliação determina que o trabalho apresentado não satisfaz as condições mínimas para ser considerado um trabalho de conclusão de mestrado válido, conforme pareceres circunstanciados em anexo.

A Comissão de Avaliação:

Para uso da Coordenação/Secretaria do PPGGO

Dra. Renata Alessandra Evangelista
Membro Presidente
Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof. Dr. Vagner Rosalem
Coordenador do Mestrado Profissional no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás
Coord. do Programa de Pós-Graduação em Gestão Organizacional-RC/UFG
SIAPE: 1563237 - Port. 0321

Dr. Paulo Alexandre de Castro
Membro Convocado Interno
Universidade Federal de Goiás - UFG

Prof. Dr. Geraldo Sadoyama Leal
Vice-Coordenador do Mestrado Profissional no Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Organizacional/Universidade Federal de Goiás

Dr. Luiz Almeida da Silva
Membro Convocado Externo
Universidade Federal de Goiás - UFG

Observações:

Dra. Nunila Ferreira de Oliveira
Membro Convocado Suplente Externo
Universidade Federal de Goiás - UFG

Dr. Anderson Luiz Ferreira
Membro Convocado Suplente Externo
Universidade Federal de Goiás - UFG

Sabina Borges da Costa
Discente Candidato (a)
Matrícula: 2014-1628

Visto Secretaria: **Isabela Gomes dos Santos**
EX. Defesa n° 12/2017

Catalão, 03/04/2017

*Dedico esta dissertação de mestrado às minhas
amadas meninas, ao meu compreensivo
e incentivador esposo e aos meus pais.*

AGRADECIMENTOS

A Deus e à Nossa Senhora do Rosário por me iluminarem e esteararem ao percorrer da realização do ideal de ser pesquisadora da área em que atuo há mais de 10 anos aplicando o conhecimento diretamente em meu campo de trabalho.

Ao meu amado esposo Júnior, às minhas filhas Maria Luísa e Melissa que entenderam os momentos de ausência, compartilhando comigo as angústias, o cansaço, as incertezas, as escritas de artigos e as alegrias ao ver o resultado final. Sem o apoio de vocês eu não teria forças para permanecer lutando.

À minha mãe Marivone, ao meu pai José Moreira, as professoras e à Maria José (minha secretária do lar) que cuidaram das minhas meninas enquanto eu estudava e “corria de um lado para outro” a fim de conciliar casa, filhas, marido, trabalho e mestrado.

Aos anjos que estão aqui na terra que o Senhor colocou na minha vida: Profa. Dra. Renata Alessandra Evangelista e Prof. Ms. Alexandre de Assis Bueno, um casal simpático e acolhedor, que com muita paciência me direcionaram no caminho acadêmico; à Ruth Geralda Germana, Lucas Nunes e Rayrane Clarah pessoas que compartilharam comigo um de seus bens mais preciosos: o conhecimento e a informação.

Rosilene Santee, a você minha amiga, muito obrigada por me mostrar um outro caminho. Lorena Vale, amiga do peito, valeu por tudo. Anjos, sem vocês nada seria possível. Que Deus retribua em dobro toda atenção, compartilhamento de informação e sabedoria dedicadas a mim.

Aos professores e colegas de Mestrado, em especial aos membros da minha banca de qualificação (Prof. Dr. Luiz Almeida da Silva, Prof^a. Dra. Nunila Ferreira de Oliveira e Profa. Dra. Roselma Lucchese) os quais enriqueceram minha pesquisa com suas colocações; ao professor Paulo Alexandre de Castro meu solícito e gentil co-orientador; ao professor Dr. André Vasconcelos e à querida amiga Norma Lúcia da Silva.

À todos, meus sinceros agradecimentos!

*“A força motriz da revolução
da informação é o conhecimento,
que só se torna recurso organizacional
quando compartilhado.”*

(Charles Handy)

RESUMO

A atenção primária se destaca mundialmente no âmbito do cuidado à saúde e o desempenho desta é verificado através da análise do indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que poderiam ser evitadas ou ter sua frequência reduzidas por um serviço de qualidade. Para tanto, os objetivos da pesquisa foram: verificar se com o aumento das ESF houve redução no número de ICSAP e os custos das mesmas em município da Região Central do Brasil entre os anos de 2010 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico de caráter descritivo classificado como um estudo observacional. A coleta de dados foi realizada de 1 de Abril a 31 de Maio de 2016. Foram utilizadas informações secundárias obtidas através de registros de dados coletados através do Sistema de Informação Hospitalar que tem como base a Autorização de Internação Hospitalar. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, aplicou-se o Software Tab para Windows – TabWin versão 3.5 – para extração de dados. Em seguida as informações foram tabuladas em planilhas eletrônicas do programa Excel e o programa estatístico *Statistical Package Social Sciences – SPSS*, versão 20.0 para a codificação e separação das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Observou-se que, no período estudado ocorreram 24.462 internações, destas 6.590 foram por condições sensíveis à atenção primária correspondendo a 26,93% do total de internações. A despesa total com internações gerais foi de R\$ 17.760.033,75, enquanto que R\$ 1.823.208,13 financiaram o atendimento das internações por condições sensíveis. As causas mais frequentes foram: depleção de volume, insuficiência cardíaca congestiva, infecção do trato urinário sem especificação, acidente vascular cerebral sem discriminação se isquêmico ou hemorrágico, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa. A maior frequência aconteceu na faixa etária de idade igual ou superior a 60 anos com maior proporção para o sexo masculino nesta população. Para as demais faixas etárias o sexo feminino foi o que mais internou. O indicador mostrou-se um instrumento importante, identificando as principais causas sensíveis que necessitam de intervenção por meio de ações mais efetivas por parte da atenção primária com o objetivo de prevenir e reduzir as internações hospitalares, aumentando a qualidade de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde; Hospitalização; Políticas de Saúde.

ABSTRACT

Primary care stands out globally in health care and its performance is verified through the analysis of the indicator of Hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions (ICSAP) that could be avoided or reduced in frequency by a quality service. Therefore, the objectives of the research were: to verify if with the increase of FHT there was a reduction in the number of ICSAP and the costs of the same in a municipality of the Central Region of Brazil between the years 2010 to 2014. It is an ecological study of Descriptive character classified as an observational study. Data collection was performed from April 1 to May 31, 2016. Secondary information obtained through data records collected through the Hospital Information System based on the Hospital Inpatient Authorization was used. After approval by the Research Ethics Committee, the Software Tab for Windows - TabWin version 3.5 - was applied for data extraction. The information was then tabulated in Excel spreadsheets and the statistical program Statistical Package Social Sciences - SPSS, version 20.0 for the codification and separation of hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions. It was observed that, during the study period, 24,462 hospitalizations occurred, of which 6,559 were due to conditions sensitive to primary care, corresponding to 26.93% of all hospitalizations. The total expenses with general hospitalizations were R \$ 17,760,033.75, while R \$ 1,823,208.13 financed the hospitalization for sensitive conditions. The most frequent causes were: volume depletion, congestive heart failure, urinary tract infection without specification, stroke without ischemic or hemorrhagic discrimination, diarrhea and gastroenteritis of infectious origin. The highest frequency occurred in the age group of 60 years of age or older, with a higher proportion for males in this population. For the other age groups, the female sex was the most internalized. The indicator was an important instrument, identifying the main sensitive causes that require intervention through more effective actions by the primary care with the objective of preventing and reducing hospitalizations, increasing the quality of life.

Key-words: Primary Health Care; Evaluation of Health Services; Health Management; Hospitalization; Health policies.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Grupos de causa da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasil. 2016
..... 16

Tabela 2 – Número e coeficientes de internação por mil habitantes das internações gerais e por condições sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no município, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016. 24

Tabela 3 – Internações gerais, número, distribuição, percentual e custos em reais das internações gerais e das internações por condições sensíveis à atenção primária, 2010 a 2014 – Município Região Central, 2016..... 25

Tabela 4 - Quantidade de internações por condições sensíveis atenção primária por sexo no período entre 2010-2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016. 39

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Quantidade de internações por condições sensíveis à atenção primária no período estudado por diagnósticos mais frequentes, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.	39
Gráfico 2: Prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária no período separados por causas mais frequentes em cada faixa etária, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.	40

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Comparativo de recurso repassados pelo Fundo Nacional de Saúde por ano (2010-2014) referente aos blocos: da atenção básica (BLATB), da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC) e o total de recurso repassados para os seis blocos – Município da Região Central, 2016.....	25
---	----

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS.....	13
2.1. Objetivo Geral.....	13
2.2. Objetivos Específicos	13
3. MÉTODO.....	13
3.1. Tipo de estudo.....	13
3.2. Local de estudo	13
3.3. Variáveis analisadas.....	14
3.4. Fonte e coleta de dados	15
3.5. Processamento e análise de dados	16
3.6. Aspectos Éticos.....	17
4. RESULTADOS	18
4.1. Manuscrito Submetido (1):	18
4.2. Manuscrito a ser submetido (2):	34
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	47
APÊNDICES	52
ANEXOS	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACSC - Ambulatory Care Sensitive Condicions

ACS - Agente comunitário de saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

ASB - Auxiliar de saúde bucal

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CF Constituição Federal

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à Saúde, Décima Revisão.

CMS - Conselho municipal de saúde

CSAP - Condições Sensíveis à Atenção Primária

DAB - Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DEF – Arquivo de definição

ESF – Estratégia Saúde da Família

IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões

ICSAP - Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MRS - Movimento da Reforma Sanitária

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de atenção à saúde

SAS - Secretaria de Atenção à Saúde

SIH-SUS - Sistema de Informação Hospitalar

STF - Supremo Tribunal Federal

SUS - Sistema Único de Saúde

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

O modelo de saúde centrado na Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposto na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986. Nesta conferência foi evidenciado que ações de saúde individuais e coletivas por meio da APS norteariam a política da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de alcançar a meta de Saúde para Todos no ano 2000 e anos subsequentes (PPT-2000) (OMS, 1978; NEDEL, 2009; GIOVANELLA *et al.*, 2012). Neste estudo optou-se por utilizar a denominação APS a fim de manter a comparabilidade com os conceitos internacionais.

A APS atua na proteção e na promoção da saúde, na prevenção de condições de saúde, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2011; LIMA, 2012; BRASIL, 2012). Seu foco é inverso ao do modelo hospitalocêntrico que é voltado para cura das doenças e investimento em medicina tecnológica, em que o hospital bem equipado, com diversos especialistas em áreas distintas da saúde, seria o local ideal para resolver os problemas de saúde da população (STARFIELD, 1994; STARFIELD, 2002; LIMA, 2012; MELLO, 2014; BRASIL, 2015).

Originada no Reino Unido em 1920, a APS é bem aceita enquanto eficiência no sistema de saúde, pois proporciona maior equidade e melhores indicadores de saúde (STARFIELD, 1994; MENDES, 2002; STARFIELD 2002, MACINKO *et al.*, 2003; ATUN, 2004; PIRES, 2008; NEDEL, 2009; LIMA, 2012, SANTOS, 2013). Tem como objetivo desenvolver uma atenção integral e transversal ao indivíduo, por isto considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio cultural.

A APS fundamenta-se nos princípios norteadores e organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), criado através da Constituição Federal de 05 de Outubro de 1988, e constitui um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pois abrange desde o simples atendimento ambulatorial para tratar de patologias consideradas de bom prognóstico até o transplante de órgãos, a fim de proporcionar acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país (BRASIL, 2006; MENDES, 2011; GIOVANELLA, 2012; BRASIL, 2012).

Após seis anos de implantação do SUS, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), como incentivo à organização da APS nos municípios devido às dificuldades para a efetivação dos princípios de universalidade, equidade e participação social propostas pela política do SUS (GOULART, 2002; NEDEL, 2009; BRASIL, 2012).

A ESF é o modelo assistencial da APS, que se fundamenta no trabalho de equipes multiprofissionais em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população (GOULART, 2012; BRASIL, 2011; MENDES, 2011; SANTOS, 2013).

A partir do ano 2000, houve uma renovação dos estudos voltados para a APS, com especial atenção sobre a avaliação do impacto e desempenho deste modelo de atenção à saúde. Para validação destas avaliações foi necessário o desenvolvimento de indicadores para este fim (SILVA *et al.*, 1999; MENDES, 2002; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MAFRA, 2011).

Entre os indicadores utilizados, a medida das hospitalizações evitáveis por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – *Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC)* vem se expandindo para outros países, inclusive para o Brasil, como instrumento para avaliação e monitoramento da APS utilizando bases de dados hospitalares para este fim. Alguns estudos relatam que elevadas taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária a Saúde (ICSAP) estão associadas a falhas na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da APS para certos problemas de saúde (SILVA *et al.*, 1999; MENDES, 2002; ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MAFRA, 2011).

No Brasil, o conceito de CSAP é recente e as publicações sobre o tema vem se ampliando a partir de 2008 após a criação da Lista Brasileira de ICSAP pelo Ministério da Saúde (MS). A relação de causas de ICSAP compreende dezenove grupos de causas e é resultado de um longo trabalho de validação por consenso entre especialistas, podendo ser modificadas de acordo com a realidade dos determinantes de saúde de cada país ou região (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011; CAMPOS, 2012; DIAS DA COSTA *et al.*; 2016).

As ICSAP são problemas de saúde passíveis de serem sanados na Rede de APS e que por algum motivo não houve resolutividade, havendo necessidade de hospitalização do paciente em um nível secundário de assistência. Atividades como prevenção e promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses agravos (SILVA *et al.*, 1999; MENDES, 2002; NEDEL *et al.*, 2010; DIAS DA COSTA *et al.*; 2015).

A resolubilidade da APS deve coordenar os cuidados na rede de serviços, efetivar a integralidade nas diversas dimensões, além de impactar a redução das internações hospitalares por um grupo de causas específicas, sendo que elevados números de hospitalizações evitáveis podem ser indicativos de problemas relacionados com a rede de atenção primária, independentemente de qual setor apresente falhas. Nesta direção, observa-se que na literatura

científica, há uma crescente consistência de que o acesso a serviços ambulatoriais reflete na diminuição de internações por CSAP (NEDEL *et al.*, 2010; MELLO *et al.*; 2014; DIAS DA COSTA *et al.*; 2015).

Necessariamente a APS deve ser resolutiva em 85% (oitenta e cinco por cento) das situações apresentadas pelos pacientes que são atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em 92% (noventa e dois por cento) dos casos dos usuários atendidos por uma ESF. Ou seja, esta primeira esfera de atenção em saúde deveria resolver os problemas de saúde da população, e só após esgotamento de todas as alternativas disponíveis deverá referenciar o paciente para outro nível de atenção à saúde (BRASIL, 2011; CAMPOS, 2012; BRASIL, 2015).

A redução de internações por essas causas não só representaria uma melhora nas condições de saúde da população, como otimizaria os gastos com internações pelo SUS (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MAFRA, 2011; MELLO *et al.*, 2014). Mendes (2002) defende o uso do indicador como instrumento de avaliação da APS, apontando em seu estudo que as ICSAP foram responsáveis por 34% das internações pagas pelo SUS em 2001, a um custo de R\$6,00 per capita/ano. Considerando o período de Janeiro de 2012 a Abril de 2013, o número de ICSAP no Brasil foi de 3.692.215, o equivalente a 25,41% do total de internações (14.528.308), ou seja, mais de um quarto das causas de internações poderiam ter sido resolvidas pelo serviço da atenção primária.

O montante gasto com as ICSAP, poderia ser aplicado em outros setores da saúde pública, favorecendo seu fortalecimento. Em contrapartida, os serviços hospitalares poderiam focar seu atendimento nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde, se adequando a proposta atual do atendimento voltado para as quatro redes de atenção em saúde (RAS): rede cegonha; rede de urgências e emergências; rede de pessoas com deficiência e a rede psicossocial (BRASIL, 2016; MENDES, 2011). O intuito das RAS é interligar os três níveis de atenção à saúde da população agindo como uma estratégia no enfrentamento do maior desafio à consolidação do SUS que é a efetiva garantia do direito à atenção integral, resolutiva e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, de acordo com suas necessidades (MENDES, 2011).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

O objetivo geral desse estudo é verificar se com o aumento das ESF houve redução no número de ICSAP e os custos das mesmas em município da Região Central do Brasil entre os anos de 2010 a 2014.

2.2. Objetivos Específicos

Exibir o panorama dos custos com internações gerais e com ICSAP que ocorreram pelo SUS no período de 2010 a 2014.

Descrever e analisar a ocorrência de ICSAP no período de 2010-2014.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico, de caráter descritivo, classificado como um estudo observacional.

O estudo ecológico procura avaliar como o contexto social e ambiental podem afetar a saúde de grupos populacionais em local e tempo bem delimitados (neste estudo serão caracterizadas as ICSAPS que ocorreram pelo SUS, no período compreendido entre Janeiro de 2010 a Dezembro de 2014 em um município da Região Central do Brasil). A unidade de análise não é o indivíduo, mas sim o grupo de indivíduos agregados em função de fatores geográficos e temporais (SORENSEN *et al.*, 1996; PRODANOV *et al.*, 2013).

As informações ecológicas secundárias utilizadas foram obtidas por meio de registros de dados coletados rotineiramente em fonte oficial, no caso, o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS) que tem como base a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), a qual contém registros com informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, principais causas de internações no Brasil, relação dos procedimentos mais frequentes realizados e o tempo médio de permanência do paciente no hospital.

3.2. Local de estudo

A pesquisa foi realizada em um município da Região Central do Brasil, que tem uma população estimada para o ano de 2016 de 100.590 mil habitantes (IBGE, 2015).

Com relação a infraestrutura, a cidade conta com duas unidades de tratamento de esgoto, uma que atende ao setor industrial e outra ao comercial-residencial; todavia, apenas 60% das residências possuem rede de esgoto. No âmbito da educação e capacitação profissional, além de dispor de uma ampla rede de escolas (federais, estaduais, municipais e privadas), possui instituições de ensino superiores privadas e pública, ambas com diversos cursos ofertados. Dispõe ainda de unidades do Instituto Federal Goiano (IFG), SENAI, SENAC, e SESI, em função disso, os índices de alfabetização e capacitação profissional do município estão entre os mais altos do Estado em que o estudo fora realizado (IBGE, 2015).

Sobre a atenção primária à saúde, dados registrados no Departamento de Atenção Básica (DAB) apontam que a cidade em questão possui 11 equipes de ESF que ofertam atendimento primário à saúde. A cobertura de atendimentos prestados à comunidade equivale a 42,16% da população (BRASIL, 2015).

Com relação ao atendimento de nível secundário em saúde, a cidade possui 04 hospitais de médio porte, destes dois são privados e um é uma instituição filantrópica que atende a população em geral e um público que atende urgências ginecológicas, realiza partos e atende os neonatos que nascem no local; todos prestam serviços para o SUS. Somando-se todos, há 183 leitos de internações e 15 leitos de UTI pelo SUS (BRASIL, 2015).

3.3. Variáveis analisadas

- Grupo de diagnósticos – será considerado o diagnóstico principal relatado na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) de acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde- 2010 (CID-10).

- Internação proporcional por ICSAP - formado pelo número de internações por um grupo de diagnósticos específicos de ICSAP sobre o total das ICSAP em determinado período.

- Faixa etária - refere-se a um período de tempo limitado. Para esta pesquisa serão consideradas as seguintes faixas etárias: <1 ano; ≥1 a ≤ 4; ≥5 a ≤ 9; ≥10 a ≤ 14; ≥15 a ≤ 19; ≥ 20 a ≤ 29; ≥ 30 a ≤ 39; ≥ 40 a ≤ 49; ≥ 50 a ≤ 59; e 60 ou mais anos.

- Sexo - masculino, feminino.

- Valor de cada internação: formado pela soma dos valores obtidos ano a ano dos custos com internações gerais e com ICSAP.

3.4. Fonte e coleta de dados

Os dados foram obtidos junto ao Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Trata-se de um sistema nacional, implantado pelo MS por meio da Portaria GM/MS nº 896/1990, o qual recolhe informações das internações, inclusive da AIH que é usada para pagamento de todas as internações hospitalares pelo SUS no país, em hospitais públicos ou conveniados ao Sistema (ALFRADIQUE *et al.*, 2009; MELO, 2014). A coleta de dados foi realizada no período compreendido de 1 de Abril a 31 de Maio de 2016.

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

Os dados para a elaboração do panorama das ICSAP foram obtidos com base na Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica que é composta por 19 grupos de diagnósticos (NEDEL, 2009; BRASIL, 2008).

Os grupos de causa considerados são apresentados no Tabela 1. A lista completa encontra-se no Anexo A.

Tabela 1 - Grupos de causa da Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasil. 2016

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS	DIAGNÓSTICOS CONFORME CID 10
1-Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A15-A19, A33-A37, A51 a A53, A95, B05, B06, B16, B26, G00.0, B50 a B54, I00 a I02
2-Gastroenterites infecciosas e complicações	A00 a A09, E86
3-Anemia	D50
4-Deficiências nutricionais	E40 a E46, E50 a E64
5-Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66, J00-J03, J06, J31
6-Pneumonias bacterianas	J13-J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1
7-Asma	J45-J46
8-Doenças pulmonares	J20-J21, J40-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-E14
14-Epilepsia	G40, G41
15-Infecção no rim e trato urinário	N10-N12, N30, N34, N39.0
16-Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46, L01-L04, L08
17-Doença inflamatória nos órgãos pélvicos femininos	N70-N76
18-Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19-Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	A50, O23, P35.0

Fonte: Ministério da Saúde (Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008).

3.5. Processamento e análise de dados

A identificação das ICSAP foi realizada utilizando-se a lista brasileira proposta pelo MS (BRASIL, 2008), conforme a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão (CID-10).

Para a identificação das ICSAP no SIH/SUS, foi gerado um arquivo de definição (DEF) para tabulação a partir da seleção das causas de internações por meio dos respectivos códigos e utilizado o aplicativo Tabwin – Versão 3.5 – desenvolvido pelo DATASUS do MS.

As internações gerais foram separadas em planilhas diferentes das ICSAP. Após isto, foi feita a soma ano a ano do total das causas de internações gerais e sensíveis e seus custos. Logo após, foi utilizado o programa SPSS para selecionar as variáveis do estudo para as ICSAP.

No processamento e a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e realizados os cálculos das proporções entre internações gerais e ICSAPS, que permitirão descrever os

fenômenos, sendo os resultados organizados, classificados e apresentados por meio de gráficos e tabelas.

3.6. Aspectos Éticos

O projeto desta dissertação foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás sob o parecer nº 1.514.275 (Anexo D). O mesmo foi apresentado e autorizado pelo secretário municipal de saúde do município bem como pelos diretores dos hospitais credenciados pelo SUS para utilização dos dados (Apêndice A, B e C).

4. RESULTADOS

4.1. Manuscrito Submetido (1):

Cadernos de Saúde Pública

ISSN 0102-311X

Qualificação Qualis/CAPES: A2 para a área 45 – Interdisciplinar

MANUSCRITO 1

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA SAÚDE SEUS IMPACTOS E CUSTOS PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO CENTRAL DO BRASIL¹

Título resumido: ICSAP seus impactos e custos em um município da Região Central do Brasil

**SABINA BORGES DA COSTA
E COLABORADORES**

Resumo

O presente estudo objetivou apresentar um panorama dos custos com internações gerais e com as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em um município da Região Central do Brasil. Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, realizado no período de 2010 a 2014. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde, contudo, os dados referentes aos investimentos financeiros em saúde foram coletados junto ao Fundo Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. As despesas com internações gerais no período analisado foram de quase 18 milhões de reais, enquanto que aproximadamente 4 milhões de reais financiaram o atendimento das internações por condições sensíveis. As internações sensíveis à atenção primária na Região seguem uma tendência de redução representando 26,93% das causas de internação, podendo haver relação com a ampliação do número de equipes de saúde da família no município, enquanto que as internações gerais seguem aumentando seus índices.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Internações por Condições Sensíveis; Custos e análise de custos.

¹ O presente artigo está de acordo com as normas da revista Cadernos de Saúde Pública. Em anexo

Introdução

No Brasil, o conceito de que o acesso aos serviços de saúde só era de direito aos que apresentassem vínculo direto e formal com o processo econômico e com a produção de bens e serviços prevaleceu até meados de 1988. Para os demais, nesta época, a saúde era ofertada como questão de compaixão¹⁻².

A Constituição Federal (CF) de 1988 adotou que a Previdência Social, a Assistência Social e a Saúde são direitos de todo cidadão nos termos dos artigos 194 a 204. A constituinte de 1988 procurou situar uma base sólida de financiamento para a seguridade como um todo, através de fontes de: contribuições sociais, outros tributos e transferências constitucionais e legais os quais estão definidos nos art. 155 a 159 da CF³.

Apesar do Brasil possuir um sistema de saúde público, universal, equitativo e integral, muitas famílias brasileiras têm dispendido um gasto de até 57,2% do seu orçamento familiar com a rede privada de saúde, com o objetivo de complementar a assistência necessária para o bem-estar de sua família. Este fato é um entre muitos que revelam a necessidade de maiores investimentos e ciência de gestão de recursos, por parte dos gestores, para que o SUS possa oferecer aquilo que, em Lei, já é garantido para toda a população⁴.

Como incentivo à organização da Atenção Primária à Saúde (APS) nos municípios, em 1994 foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF). Tal implementação foi necessária diante das dificuldades para a execução dos princípios de universalidade, equidade e participação social propostas pela política do SUS⁵⁻⁷.

Em 2000, foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) n°29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde pública a qual permitiu que os gastos com o SUS passasse de 2,89% do Produto Interno Bruto (PIB) em 2000, para 3,8% do PIB em 2011. Este valor seria subdividido entre as três esferas do governo, resultando em 1,7% de responsabilidade da União, 1,1% dos Municípios e 1,0% dos Estados⁸.

Embora os investimentos em saúde tenham aumentado 0,91%, esse número ainda é insuficiente para as adequações necessárias nas redes de atenção à saúde. Sobre a APS, esta carência de recursos financeiros acarreta inadequações relacionadas à infraestrutura das unidades de saúde, dificuldades na contratação de profissionais de saúde nos pequenos e mais afastados municípios, deficiência no processo de atenção à saúde, entre outros. Esses fatos por diversas vezes restringem a capacidade da atenção primária, reduzindo o acesso e a oferta a procedimento de saúde induzindo a busca de serviços de urgência e internações desnecessárias⁹.

No final da década de 1990, o PSF passou a ser conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com o aumento do número destas equipes, surgiu a necessidade de avaliar este modelo de atenção. A partir de então estudos voltados para a APS, com especial atenção sobre a estimativa do impacto e desempenho deste modelo de atenção à saúde, começaram a ser realizados.

Indicadores de saúde foram desenvolvidos e validados com o intuito de nortear ações e verificar efetividade destas equipes de saúde. A medida das hospitalizações evitáveis por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) – *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC) foi inserida como sendo um destes indicadores, utilizando as bases de dados hospitalares como orientadoras deste indicativo^{7,10-11}.

As publicações nacionais sobre o tema vêm se ampliando a partir de 2008 após a criação da lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) feita pelo Ministério da Saúde (MS). A mesma compreende dezenove grupos de causas e é resultado de um longo trabalho de validação por consenso entre especialistas¹².

As ICSAP são problemas de saúde passíveis de serem sanados na rede de APS e que por algum motivo não houve resolutividade, sendo necessário que o paciente seja hospitalizado^{11,13-14}. Elevados números de internações evitáveis podem ser indicativos de problemas relacionados com a rede de APS, independentemente de qual setor apresente falhas. Nesta direção, observa-se que na literatura científica, há uma crescente consistência de que o acesso a serviços ambulatoriais reflete na diminuição de ICSAP¹³.

O atual momento da realidade brasileira exige uma grande atenção às decisões que estão sendo tomadas na área de gestão pública dos sistemas de saúde. Saber sobre as características de desempenho das equipes de ESF, o desenvolvimento de indicadores para sua avaliação e monitoramento e sobre as despesas com internações que poderiam ter sido evitadas pelo atendimento em um nível primário de atenção, são de suma importância para o planejamento em saúde.

A redução das ICSAP não apenas representaria melhora nas condições de saúde da população como otimizaria os custos com internações pelo SUS. Senso assim identificar o impacto das ICSAP nos custos em saúde é primordial para determinar se a reorganização do SUS com a ESF como porta de entrada do usuário ao serviço de saúde é satisfatória em caso afirmativo, deve-se reverter os gastos em aplicações na APS nos locais onde os índices destas internações são elevados¹⁰.

Sendo assim, delinear o aspecto das ICSAP em instância municipal, estadual e nacional é um dos alicerces para propor ações na APS embasadas em estudos científicos a fim

de minimizar a frequência de tais internações, direcionando o orçamento do SUS e consequentemente melhorando as condições de saúde da população.

Desta forma, o presente estudo teve o objetivo de exibir o panorama dos custos com internações gerais e com as ICSAP que ocorreram pelo SUS em um município da Região Central do Brasil no período de 2010 a 2014.

Método

Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, considerando como unidade de análise uma população pertencente a uma área geográfica definida. Este tipo de estudo avalia como o contexto social e ambiental pode afetar a saúde de grupos populacionais em local e tempo bem delimitados. A unidade de análise para este delineamento de pesquisa não é o indivíduo, mas sim o grupo de indivíduos agregados em função de fatores geográficos e temporais ¹⁵.

O município em questão tem uma população estimada de 96.838 habitantes¹⁶. Sobre a Atenção Básica à Saúde, dados registrados no Departamento de Atenção Básica (DAB) a cidade conta com 11 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) acompanhando 42,16% da população⁵. Com relação ao atendimento secundário, o município possui 04 hospitais de médio porte, dos quais 03 atendem a população em geral e 01 atende obstetrícia e neonatos; todos prestam serviços para o SUS. Tais hospitais totalizam 183 leitos de internações e 15 leitos de UTI destinados ao SUS⁵.

Neste estudo, as internações gerais e as internações por condições sensíveis que ocorreram pelo SUS foram caracterizadas no período compreendido entre janeiro de 2010 a dezembro de 2014. Os dados foram acessados e avaliados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, sob o parecer nº 1.514.275.

A partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), as informações foram coletadas e tabuladas em planilhas.

Através do SIH/SUS as informações das internações são recolhidas, inclusive da AIH (Autorização de Internação Hospitalar), que é usada para pagamento de todas as internações hospitalares pelo SUS no país, em hospitais públicos ou conveniados ao Sistema ^{10,13}. O banco de dados disponibiliza as principais causas de internações no Brasil, bem como a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital.

Os dados para a elaboração da listagem das ICSAP foram obtidos com base na Lista Brasileira de Internações Sensíveis à Atenção Básica que é composta por 19 grupos de

diagnósticos, classificados de acordo com a décima revisão das Classificações Internacionais de Doenças - CID 10⁶⁻⁷. A partir da seleção no SIH/SUS, foi gerado um arquivo de definição para a tabulação das causas sensíveis, utilizando o aplicativo TabWin – versão 3.5, desenvolvido pelo DATASUS/MS. Foram utilizados a planilha eletrônica Excel e o Programa Estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20.0 para a codificação e separação das internações por CSAP.

Para este estudo, foram consideradas as variáveis: internação pelo SUS, a data de internação (de janeiro de 2010 a dezembro de 2014), diagnóstico principal da internação, considerando até quatro caracteres da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e o valor de cada uma delas.

Dois planilhas foram construídas: a primeira possui informações referentes a todas as internações e seus custos e outra com apenas informações das ICSAP e seus custos. Para cálculo dos gastos com internações gerais e sensíveis, foi feita a soma ano a ano de ambas internações.

No processamento e a análise dos dados, foi utilizada a estatística descritiva e realizados os cálculos das proporções entre internações gerais e ICSAP, que permitiram descrever os fenômenos, sendo os resultados organizados, classificados e apresentados por meio de gráficos e tabelas.

Os dados referentes a estimativa populacional foram coletados através do sítio eletrônico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram calculados os coeficientes de ICSAP ano a ano (nº de ICSAP de pacientes residentes no município do estudo, dividido pela estimativa populacional do ano do cálculo, multiplicado por mil habitantes) e de internações por causas gerais ano a ano (nº de internações gerais de pacientes residente no município do estudo, dividido pela estimativa populacional do ano do cálculo, multiplicado por mil habitantes no período de 2010 a 2014. Também foi calculada a proporção das ICSAP (nº de ICSAP de pacientes residentes no município dividido pelo total de internações).

Resultados

Ao se analisarem todas as 24.462 (100%) internações ocorridas no período entre 2010 a 2014, observa-se que 6.590 (26,93%) foram por condições sensíveis à atenção primária e 17.872 (73,07%) foram internações por demais causas cuja resolubilidade não pertence à APS.

Comparando-se o total geral de internações ano a ano, pode-se observar em termos absolutos, aumento da ocorrência das mesmas e de seus coeficientes de internações por mil habitantes em todos os anos, com exceção do ano de 2012, que em relação ao ano de 2011 teve seu índice menor em 0,62 (Tabela 1).

Em 2010 houveram 4.265 internações, em 2011 foram 4.725, em 2012 aconteceram 4.757 hospitalizações, em 2013 foram 5.279 e em 2014, 5.436, totalizando 24.462 internações entre 2010 a 2014 (Tabela 1).

Tabela 2 – Número e coeficientes de internação por mil habitantes das internações gerais e por condições sensíveis à atenção primária de pacientes residentes no município, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.

Ano	Nº Internações Gerais	Coefficiente de Internações Gerais	Nº ICSAP	Coefficiente de ICSAP
2010	4.265	49,22	1.163	13,42
2011	4.725	53,47	1205	13,63
2012	4.757	52,85	1123	12,47
2013	5.279	55,62	1350	14,22
2014	5.436	56,13	1202	12,41

Fonte: SIH-SUS

O coeficiente/habitantes das ICSAP manteve-se entre 12 e 14 ao longo do período (2010: 13,42; 2011: 13,63; 2012:12,47; 2013:14,22; 2014:12,41), apresentando redução de 1,75 do ano de 2013 para 2014 (Tabela 2).

Em 2010 houve 1.163 ICSAP, apontando uma proporção de 27,26% em relação às internações gerais. No ano de 2011 foram 1.205 ICSAP o que proporcionalmente representa 25,50%. Já em 2012 houve redução da quantidade de ICSAP em comparação ao ano de 2011, apresentando 1.123 casos (23,60%). Para o ano de 2013 totalizaram-se 1.350 (25,57%) ICSAP e em 2014 houve uma redução dos casos comparado ao ano de 2013, totalizando, portanto 1.202 ICSAP, sinalizando a menor taxa de proporção de ICSAP que foi de 22,11%. A taxa maior de ICSAP ocorreu em 2013 (Tabela 3). Os resultados encontrados demonstraram flutuação da proporção absoluta destas internações ao longo do período.

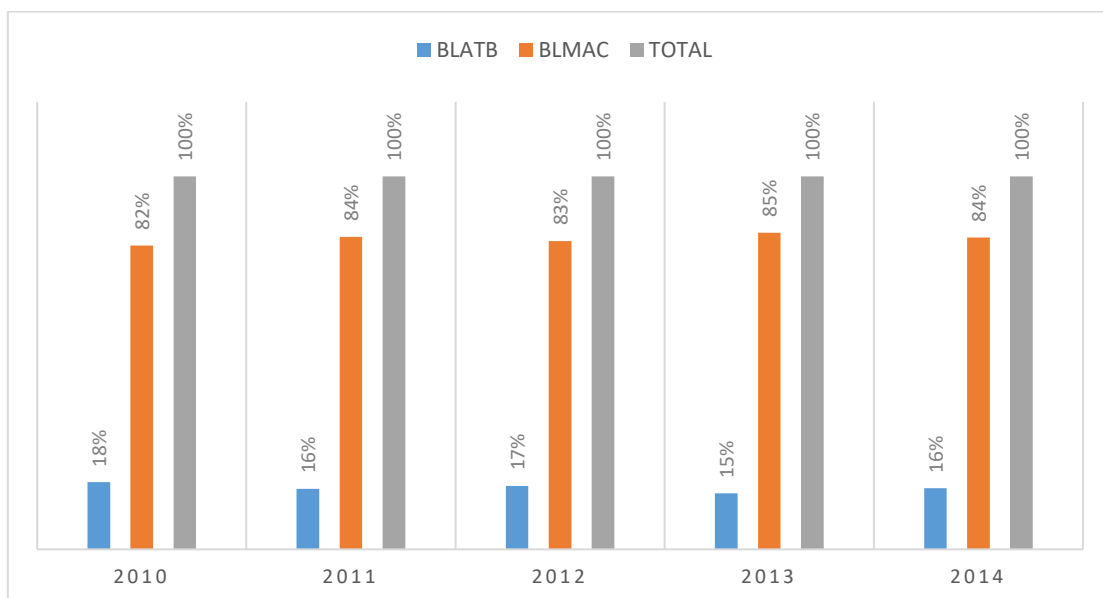
Tabela 3 – Internações gerais, número, distribuição, percentual e custos em reais das internações gerais e das internações por condições sensíveis à atenção primária, 2010 a 2014 – Município Região Central, 2016.

Ano	Internações Gerais		ICSAP		
	N	Custos	N	%	Custos
2010	4.265	R\$ 2.759.341	1.163	27,26%	R\$ 656.640
2011	4.725	R\$ 3.126.237	1.205	25,50%	R\$ 630.504
2012	4.757	R\$ 3.541.859	1.123	23,60%	R\$ 753.987
2013	5.279	R\$ 3.940.527	1.350	25,57%	R\$ 1.037.616
2014	5.436	R\$ 4.380.186	1.202	22,11%	R\$ 857.462
Total	24.462	R\$ 17.748.151	6.590	26,93%	R\$ 3.936.209

Fonte: SIH-SUS

De acordo com o exposto na Figura 2, pode-se verificar que houve ao longo dos anos um aumento da quantidade de repasses de financiamento tanto para os blocos de atenção básica (R\$ 2.247.345,00 em 2010; R\$ 2.490.642,56 em 2011; R\$ 2.979.286,24 em 2012; R\$ 2.837.304,00 em 2013; R\$ 3.601.150,36 em 2014) quanto para o bloco de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (R\$ 10.109.043,67 em 2010; R\$ 15.312.097,01 em 2011; R\$ 17.185.102,99 em 2012; R\$ 18.743.598,30 em 2013 e R\$ 21.954.885,67 em 2014).

Figura 1 - Comparativo de recurso repassados pelo Fundo Nacional de Saúde por ano (2010-2014) referente aos blocos: da atenção básica (BLATB), da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC) e o total de recurso repassados para os seis blocos – Município da Região Central, 2016.



Fonte: FNS, 2016.

Comparado ao total geral de recursos repassados fundo a fundo, dos R\$ 86.334.231,34 transferidos ao longo do período, R\$ 62.995.179,79 (72,96%) foram dispensados ao bloco da

média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Figura 1), sendo que R\$ 17.748.15 foram utilizados com internações gerais (38,8%) e R\$ 3.936.209 (6,24%) para financiar o atendimento das ICSAP. Sobre os recursos atribuídos para a APS, o município recebeu R\$ 14.155.710,16 (16,39%).

Discussão

Ao se analisarem todas as hospitalizações ocorridas no período entre 2010 a 2014, observa-se que as internações por condições gerais totalizam a maior porcentagem (73%) no número de internações se comparadas com as ICSAP (27%). Tais internações aumentaram seus índices de ocorrência por mil habitantes durante todo o período, de 49,22 em 2010 para 56,13 em 2014.

O aumento do número de internações gerais em todos os anos pode estar associado ao aumento populacional no período estudado, embora em todo território brasileiro, torna-se cada vez mais frequente as discussões sobre o aumento da procura de internações e a deficiência de leitos SUS para as mesmas. De acordo com o censo populacional nota-se que de fato houve um aumento crescente da população, visto que em 2010 o município estudado possuía de 86.647 mil habitantes enquanto a população estimada para 2016 era de 100.590 mil habitantes¹⁶.

Comportamento semelhante também foi identificado em outros estudos, como o que foi feito em Juiz de Fora apontando para um crescimento das taxas de internações gerais de 52,36 para 61,14 por mil habitantes¹⁷. Outro estudo corrobora com esta perspectiva de que as internações por condições sensíveis sejam menores do que as internações gerais, embora em ambos os estudos não tenha sido possível realizar correlação desta diminuição com a expansão de cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família¹⁷.

Pesquisa realizada nas cinco regiões do Brasil, relaciona a diminuição das taxas de ICSAP durante a confecção do estudo, a fatores relacionados ao perfil sócio demográfico e econômico das populações (como renda *per capita*, esgotamento sanitário, nível educacional, entre outros), a situações epidemiológicas específicas (maior prevalência ou incidência de determinados agravos), à rede de serviços existentes em determinada região e às ações específicas da APS¹⁸.

No decorrer do período estudado, a cobertura populacional pelas equipes de ESF quase triplicou. Em 2010 haviam três ESF implantadas no município representando 13% de cobertura da população. Em setembro de 2014 elevou-se para 11, proporcionando uma

cobertura de 42,16% da população⁶. Interessante ressaltar que os estabelecimentos de APS que até 2014 eram considerados Unidades Básicas de Saúde (sem equipe de ESF), tornaram-se unidades mistas, inserindo-se dentro de cada unidade básica uma equipe de ESF.

Em 2014 foi constatado que cerca de 15 mil leitos de retaguarda na rede pública de atendimento foram desativados no período compreendido entre 2010 a 2014 porque o Ministério da Saúde não conseguiu executá-los, conforme a previsão orçamentária feita desde 2003¹⁹.

No ano de 2014 mais de R\$ 131 bilhões retornaram aos cofres da União, pois o Ministério da Saúde não conseguiu efetivá-los, conforme a previsão orçamentária feita em 2003 evidenciando a dificuldade encontrada pelos gestores da saúde em usar recursos já disponíveis¹⁹.

Sobre as ICSAP, um estudo realizado em 2012 identificou que estas representaram 19,4% das internações²⁰. No município de Cotia-SP, uma pesquisa identificou que ao longo de quatro anos 16,61% das internações foram por condições sensíveis²¹.

Este estudo evidenciou que no período compreendido entre 2010 a 2014 às ICSAP diminuíram de 13,42 para 12,41 internações para cada mil habitantes, sugerindo uma tendência à diminuição das taxas de ICSAP, que aconteceram ao mesmo tempo em que novas ESF foram consolidadas. Alguns estudos corroboram com esta perspectiva de tendência diminuição ou estabilização das ICSAP ao longo do tempo no Brasil^{20,22-23}. Porém, não é possível invalidar a relação desta tendência a questões sócias demográficas, ecológicas e epidemiológicas¹⁸.

Sobre os repasses financeiros oriundos do Fundo Nacional de Saúde, o bloco da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC) é o responsável pelo financiamento das internações pelo SUS. Tal determinação segue o que é preconizado pela portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007 que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde²⁴.

Em 2014, a despesa municipal per capita em saúde foi de R\$ 754,64/habitante; em 2013 foi de R\$ 574,87/habitante¹⁷. Este valor per capita municipal ainda foi inferior ao índice brasileiro que foi de U\$ 474,00 em 2013, que tem sido denunciado como insuficiente por diversos autores^{22,25-26}. Estudos demonstram que os gastos públicos em saúde no Brasil estão abaixo do praticado em outros países desenvolvidos ou em desenvolvimento, como no caso da Argentina com gasto per capita de U\$ 851,00, da Costa Rica que aplica U\$ 825,00 e do Uruguai, que financia U\$ 740 per capita em saúde^{23,27}.

Comparado ao total geral de recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Municipal de Saúde (FMS), dos R\$ 86.334.231,34 transferidos ao longo do período, 72,96% foram dispensados ao bloco da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, enquanto que 16,39% foram distribuídos para a APS. De acordo com a Lei Complementar 141/2012, a União investirá em saúde o valor aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) dos dois anos anteriores. Já os estados terão de aplicar 12% de suas receitas, e os municípios, 15%. O Distrito Federal deverá investir 12% ou 15% conforme a origem da receita. Estes investimentos são administrados pelo gestor de saúde que define para qual bloco o recurso será designado⁵.

No ano de 2010 o repasse realizado pelo estado de realização da pesquisa para a Atenção Básica foi de R\$ 302.472.749,00, em 2014 esse investimento foi de R\$463.398.614,08. Ao mesmo tempo em que o repasse para este mesmo setor realizado pelo município em 2010 foi de 2.247.345,00 houve um aumento neste valor em 2014 para R\$3.601.150,36²⁸.

São seis os Blocos de Financiamento para a Saúde: da Atenção Básica (BLATB), da Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar (BLMAC), da Vigilância em Saúde (BLVIG), da Assistência Farmacêutica (BLAFT), da Gestão do SUS (BLGES), de Investimento (BLINV). O município utiliza as verbas de cada bloco aplicando exclusivamente no que compete a cada um deles, ou seja, não é permitido remanejar verbas de um bloco para o outro para quitar despesas²⁸.

Para o ano de 2013 não há uma especificação de quanto o FMS investiu no BLMAC, os dados são disponíveis apenas para 2014 que aponta incentivo de R\$ 5.704.373,60. Somando-se o que foi repassado pelo FNS nos anos de 2013 e 2014 para este bloco, há um investimento de R\$ 33.742.132,44. Já os recursos destinados ao BLATB repassados pelo FNS entre 2013 e 2014 foi de R\$ 6.438.454,36, enquanto que o município dispensou R\$ 120.540.877,01, quatro vezes mais do que os investimentos realizados em média e alta complexidade²⁸.

Ao comparar os dados do município estudado com outro município do mesmo estado, porém com uma população, localização geográfica e número de ESF aproximada do local do estudo, o investimento destinado a APS nos anos de 2013 e 2014 foi de aproximadamente 75 milhões de reais e de 77 milhões na média e alta complexidade hospitalar, quase o dobro do investido no município abordado pelo estudo²⁸.

Apesar dos investimentos feitos na APS, parte destas hospitalizações poderiam ser evitadas pelo atendimento no nível primário de atenção. É necessário investigar as causas sugestivas do aumento das ICSAP, relacionando-as à aplicação e alocação devida ou indevida

de recursos, aos determinantes sociais e econômicos que envolvem a saúde da população; à viabilização do atendimento da APS através da adequação física, de equipamentos e recursos humanos.

Pesquisa sobre a análise das ICSAP no Brasil, demonstrou que cada real investido na APS, no ano de 2007, geraria 0,34% em economia referente às internações sensíveis a ela. O autor ressaltou que apesar de parecer pouco expressiva a economia gerada, ao se estimar o impacto por regiões, pôde-se verificar valores acentuados nas regiões Sudeste e Sul, provavelmente, devido ao crescimento na cobertura populacional pelas equipes da ESF, nestes locais, nos últimos anos²⁶.

O ano de 2014 foi o que apresentou menor índice de ICSAP, embora tenha atingido o maior índice de internações gerais no período estudado. Foi neste ano também que o número de ESF foi ampliado de 06 para 11 equipes. Deve-se destacar que embora a cobertura de ESF no município tenha aumentado cerca de três vezes durante o período analisado, ela atingiu 42,16% da população, ficando abaixo do índice preconizado pelo Ministério da Saúde, que infere que municípios com uma população menor do que 100.000 habitantes necessitem ter cobertura de ESF maior ou igual a 70% para o estágio de consolidação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF)⁶.

As mudanças organizacionais e de estratégias ocorridas no SUS, onde o foco é o fortalecimento da APS, têm provocado diminuição das ICSAP em diferentes regiões brasileiras²², assim esperava-se também que houvesse uma relação semelhante no município pesquisado.

É notório que o presente estudo, assim como muitos outros sobre o tema ICSAP não conseguiu estabelecer a relação entre internar por CSAP e ter acesso ou não à ESF, pois não foi possível distinguir a origem dos pacientes internados por estas causas (bairro de residência com cobertura ou não de ESF). Os estudos que apontaram redução das ICSAP relacionadas com a implantação de ESF apresentaram coberturas maiores que 50% de ESF^{22,25}.

Entretanto, os resultados obtidos não impedem a explanação da forma que se deve intervir nesta realidade, objetivando o decréscimo das ICSAP e maior economia gerada com a redução deste indicador que pode contribuir para melhorar a distribuição dos recursos em saúde e conjecturar positivamente sobre os indicadores de saúde da população ligada a um território sanitário^{22-23,26}.

Conclusões

As Condições Sensíveis à Atenção Primária atuam como um indicador indireto da resolutividade dos serviços de APS, permitindo avaliar o acesso e qualidade da atenção prestada nesse nível do sistema utilizando para isto pesquisas em dados secundários, como no caso da avaliação das AIH.

Há uma tendência a diminuição das taxas de ICSAP de acordo com a consolidação de novas equipes de ESF na rede de APS do município no período compreendido entre 2010 a 2014. A análise não permitiu distinguir se os pacientes que internaram por condições sensíveis à atenção primária tinham ou não acesso à ESF, sugerindo a necessidade de se incorporar no sistema de informação dados sobre o local de onde o usuário foi referenciado.

Outro fator importante a ser elucidado é a colaboração do estudo referente às publicações sobre o tema, visto que há pouca quantidade de estudos sobre as ICSAP no Estado onde fica localizado o município da pesquisa (apenas uma pesquisa a qual retrata as ICSAP relacionada a problemas cardíacos).

Espera-se que esta pesquisa estimule posteriormente outros estudos de cunho investigativo que possam contribuir para a discussão da melhora da qualidade e acesso da população aos serviços oferecidos pela APS e à gestão dos recursos para financiamento do SUS, afim de se verificar os investimentos feitos em APS ao mesmo tempo as consequências disto na redução dos índices de internações. Além de tentar sensibilizar os profissionais, gestores e usuários do SUS sobre o papel fundamental da APS e a função desta a fim de minimizar o número de internações bem como incentivar/orientar a população quanto à prevenção e a promoção da saúde.

Este estudo apresenta limitações ao analisar a ICSAP devido ao uso de fontes secundárias (subnotificação e erros de classificação) que sofrem com variação aleatória das taxas e o não controle dos fatores de confusão pela análise agregada.

Referências

1. Giovanella L, Escorel S, Lobato, LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
2. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) [Internet]. Leitos SUS. Brasília. 2015 [cited 2015 Apr 9]. Available from: <http://cnes.datasus.gov.br>.

3. Teixeira C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. Salvador. 2011 - [cited 2016 Apr 1]. Available from: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>.
4. Boing AC, Bertoldi AD, Posenato LG, Peres KG. Influência dos gastos em saúde no empobrecimento de domicílios no Brasil. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2016 Oct 10];48(5):797-807. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/86921/89890>.
5. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS [Internet]. Brasília. 2003 - [cited 2016 Jul 9]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília. 2012 [cited 2016 Jan 29]. Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
7. Nedel FB. Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil. [Tese]. [Pelotas]: Universidade Federal de Pelotas; 2009. 268 p.
8. Mendes A, Weiller JAB. Renúncia fiscal (gasto tributário) em saúde: repercussões sobre o financiamento do SUS. Saúde Debate [Internet]. 2015 [cited 2016 Nov 23]; 39(105): 491-505. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00491.pdf>.
9. Mendes JDV, Bittar OJN. Perspectivas e desafios da gestão pública do SUS. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 10]; 16(1): 35-39. Available from: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/ses-27426>.
10. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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 [Internet]. 2009 Jun [cited 2016 May 12]; 25(6):1337-1349. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>.
11. Mendes EV. As redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [cited 2016 Jun 27]. 554p. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentosdeplanejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-20102015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf.

12. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008. Dispõe sobre a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. Brasília. 2008 - [cited 2016 May 5]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
13. 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* [Internet]. 2010 Jan-Mar [cited 2016 Jan 30]; 19(1):61-75. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>.
14. Silva AAM, Gomes AF, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para a hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 1999 Out-Dez [cited 2016 Jan 30]; 15(4):749-757. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1015.pdf>.
15. Sorensen HT, Sabroe S, Olsen J. A framework for evaluation of secondary data sources for epidemiological research. *International Journal of Epidemiology* [Internet]. 1996 [cited 2016 Jul 26]; 25(2):435-442. Available from: <http://ije.oxfordjournals.org/content/25/2/435.full.pdf>.
16. IBGE - Estimativas da população residente nos municípios brasileiros ano de 2015 [Internet]. Brasília. 2015 [cited 2016 Fev 2]. Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf.
17. Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filhos MG, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 Set 25]; 48(6):958-967. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0958.pdf.
18. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. - Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 19]; 10(1): 583-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>.
19. Conselho Federal de Medicina. Brasil perde 14,7mil leitos de internação. *Jornal Medicina* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Jan 12]. Available from: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/jornal_cfm_238.pdf.

20. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak, SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 15]; 47(4):884-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.
21. Torres RL, Ciosak SI. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 8]; 47(4):884-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.
22. Dias da Costa JS, Pattussi MP, Morimoto T, Arruda JS, Bratkowski GR, SOPELSA M, et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2016 Fev 16]; 21(4):1289-1296. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1289.pdf>.
23. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan B, 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 Plan* [Internet]. 2012 [cited 2016 Fev 1]; 27:348–355. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/4/348>.
24. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. Portaria nº 204, de 29 de Janeiro de 2007 [Internet]. Brasília. 2007 - [cited 2016 Apr 1]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html.
25. Capucci P. Financiamento para atenção básica à saúde no Brasil: avanços e desafios. *J Manag Prim Heal Care* [Internet]. 2014 [cited 2016 Apr 17]; 5(1):127-128. Available from: <http://www.jmphc.com.br/saude-publica/index.php/jmphc/article/view/206/209>.
26. Mafra F. O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil [dissertação]. [Brasília]: Universidade de Brasília; 2011. 131 p.
27. Melo MD. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: Um olhar da enfermagem em Saúde Coletiva [dissertação]. [São Paulo]: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014. 215p.
28. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. [Internet]. Brasília. 2016 - [cited 2016 Nov 1]. Available from: <http://www.fns.saude.gov.br/visao/carregarMenu.jsf?coMenu=8>.

4.2. Manuscrito a ser submetido (2):

Revista Mundo da Saúde (Online)

ISSN 1980-3990

Qualificação Qualis/CAPES: B2 para a área – Enfermagem

MANUSCRITO 2

ANÁLISE DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM UM MUNICÍPIO DO BRASIL²

SABINA BORGES DA COSTA
E COLABORADORES

RESUMO

Este estudo objetivou descrever e analisar a ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município da Região Central do Brasil no período de 2010 a 2014. Trata-se de um estudo ecológico e descritivo. Os dados secundários foram extraídos do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa. Observou-se que as internações por condições sensíveis seguem tendência de diminuição ao longo do período, sendo as causas mais frequentes: 1^a: Depleção de volume, 2^a: Insuficiência cardíaca congestiva, 3^a: Infecção do trato urinário de localização não especificada, 4^a: Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico, 5^a: Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível. Com relação a faixa etária, a população de 60 e mais anos foi a que mais internou, e sobre o sexo, o maior acometimento de tais internação foram nas mulheres. Embora os dados analisados tenham sido relevantes, há necessidade de conhecer a realidade das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária na região, ampliando os estudos para conhecer os motivos que geraram as internações para redirecionar as ações de educação e prevenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Avaliação em Saúde; Internações por condições sensíveis a Atenção Primária; Estratégia Saúde da Família; Indicadores de Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe and analyze the occurrence of hospitalizations for conditions sensitive to primary care in a municipality in the Central Region of Brazil from 2010 to 2014. This is an ecological and descriptive study. The secondary data were extracted from the Hospital Information System of the Ministry of Health after approval of the Ethics and Research Committee. It was observed that the hospitalizations by sensitive conditions follow a tendency of decrease over the period, being the most frequent causes: 1st: Volume depletion, 2nd: Congestive heart failure, 3rd: Urinary tract infection of unspecified location, 4rd: Accident Cerebrovascular, unspecified as

² O presente artigo está de acordo com as normas da revista Mundo da Saúde. Em anexo

hemorrhagic or ischemic, 5th: Diarrhea and gastroenteritis of presumed infectious origin. Regarding the age group, the population of 60 years and older was the one that most interned, and on the sex, the greatest involvement of such hospitalization was in women. Although the data analyzed were relevant, there is a need to know the reality of hospitalizations due to conditions sensitive to primary care in the region, expanding the studies to know the reasons that led hospitalizations to redirect the actions of education and prevention.

Key-words: Primary Health Care; Health Evaluation; Hospitalizations for conditions sensitive to Primary Care; Family Health Strategy; Health Indicators.

Introdução

Em diversos países, as causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) têm sido usadas como medida da efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS). As ICSAP atuam como marcador de qualidade e acesso aos cuidados primários de saúde, avaliando o impacto dos serviços de APS¹⁻².

O conceito de ICSAP teve origem no início da década de 80, por John Billings nos Estados Unidos, e desde então foram realizadas adaptações de forma a contemplar especificidades locais, dependendo do contexto a ser analisado³⁻⁵. ICSAP resultam de um conjunto de condições que, quando oportunamente abordadas pela APS, não deveriam demandar hospitalização⁶.

A concentração dos artigos científicos nos últimos anos revela o interesse crescente na utilização do indicador ICSAP em todo o mundo^{2,7}. No Brasil, verifica-se um incremento de pesquisas utilizando tais internações como indicador de qualidade da APS, principalmente após a publicação da lista brasileira em 2008⁸⁻⁹.

A publicação da portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 221, de 17 de abril de 2008, regulamentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, tendo como marco conceitual o modelo proposto por Caminal--Homar e Casanova-Matutano, com adaptações para as condições brasileiras⁸⁻¹⁰.

A lista brasileira das ICSAP é composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Faz parte da lista um conjunto de diagnósticos para o qual a APS efetiva, reduziria o número de internações^{1, 10-11}.

Justifica-se a realização de estudos usando o indicador ICSAP, visto que a portaria ministerial propõe que a lista brasileira deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar. Ao mesmo tempo a análise das ICSAP verifica o comportamento dessas internações no país elas demonstram a efetividade e a qualidade da APS

ofertada em determinado território, além de avaliar o desempenho do sistema de serviços de saúde nos âmbitos internacional e nacional. Torna-se então um instrumento de gestão do cuidado na APS desde que adaptado para cada realidade, periodicamente revisto e atualizado^{1, 8-10}.

Desse modo, considerando-se a necessidade de organização e avaliação da APS, esse estudo teve como objetivo descrever e analisar a ocorrência de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em um município da Região Central do Brasil no período de 2010 a 2014.

Método

Trata-se de um estudo ecológico e descritivo, visando identificar as internações por CSAP nos anos de 2010 a 2014.

O cenário da pesquisa é um município da Região Central do Brasil, que em 2010 apresentava população estimada de 86.747 habitantes, 198 leitos de internação SUS e contava com 03 ESF (Estratégia Saúde da Família) e 71 ACS (Agente Comunitário de Saúde) que eram distribuídos em equipes de PACS (Programa do Agente Comunitário de Saúde) e nas três equipes de ESF. A população estimada para o ano de 2016 era 100.590 mil habitantes, contudo em 2014 havia 183 leitos de internação SUS e contava com 11 ESF e 66 ACS implantados dentro das equipes (Fonte: CNES MS/SAS/DAB e IBGE).

A cidade é sede de uma regional de saúde que abrange 18 municípios, destes, o município estudado é considerado o mais populoso e com mais recursos de atenção à saúde, contando com hospitais, maternidade, leitos de internação, de UTI e hemodiálise. Tais recursos são pactuados com os demais 17 municípios que também fazem uso através do SUS. Portanto, muitos municípios vizinhos utilizam leitos do SUS para internação.

Os dados coletados no estudo são de fontes secundárias, originários do banco de dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), disponibilizado no sítio eletrônico do Departamento de Informática do SUS (Datasus). As causas de internações foram classificadas de acordo com o diagnóstico principal registrado no SIH/SUS, de acordo com o código de Classificação Internacional das Doenças - CID-10. As internações foram classificadas como ICSAP, com base na Lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária, e as demais, como internações por causas gerais¹⁰.

Os dados foram inseridos em uma planilha eletrônica do programa Microsoft Excel 7.0 e o Programa Estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 para a codificação e separação das internações por CSAP. Os dados referentes à estimativa populacional foram coletados através do sítio eletrônico da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Foram calculados os coeficientes de ICSAP ano a ano (nº de ICSAP de pacientes residentes no município do estudo, dividido pela estimativa populacional do ano do cálculo, multiplicado por mil habitantes) e de internações por causas gerais ano a ano (nº de internações gerais de pacientes residente no município do estudo, dividido pela estimativa populacional do ano do cálculo, multiplicado por mil habitantes no período de 2010 a 2014).

Também foi calculada a proporção das ICSAP (nº de ICSAP de pacientes residentes no município dividido pelo total de internações).

Mesmo utilizando dados secundários de domínio público, este estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer número 1.514.275. Após a aprovação os dados foram analisados de forma global, sem qualquer identificação individual.

Resultados

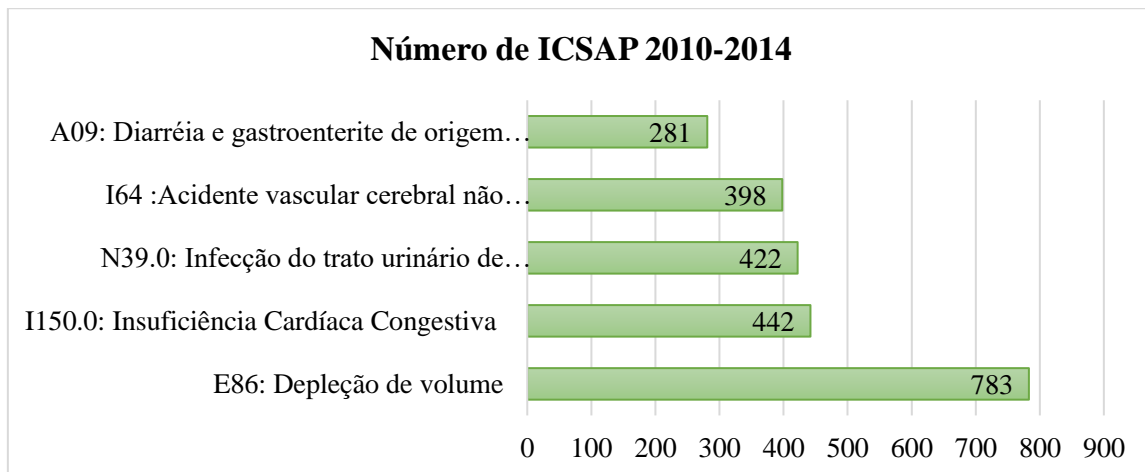
Após realizar análises da quantidade de internações ocorridas entre os anos de 2010 a 2014, identificou-se que houve 24.462 internações neste período, destas 17.872 (73,1%) ocorreram por causas cuja resolução não depende da APS, contudo 6.590 (26,9%) foram por condições sensíveis à atenção primária.

Observa-se um aumento do coeficiente/habitantes das internações gerais entre os anos de 2010 a 2014 (2010: 49,22; 2011: 53,47; 2012:52,85; 2013:55,62; 2014:56,13), com exceção do ano de 2012, que em relação ao ano de 2011 teve seu índice menor em 0,62. O coeficiente por habitantes das ICSAP manteve-se entre 12 e 14 ao longo do período (2010: 13,42; 2011:13,63; 2012:12,47; 2013:14,22; 2014:12,41), apresentando redução de aproximadamente 1,75 do ano de 2013 para 2014.

De acordo com os diagnósticos do CID 10, as causas de ICSAP com maior índice de internações ao longo do período (2010 a 2014) foram: E86: Depleção de volume (783 internações) seguido por I50.0: Insuficiência cardíaca congestiva (442 internações), N39.0: infecção do trato urinário de localização não especificada (422 internações), I64: acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (398 internações) e A09: diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (281 internações) (Gráfico 1).

Depleção de volume representou 11,8% dos diagnósticos de ICSAP, seguido consecutivamente por insuficiência cardíaca congestiva (6,7%), infecção do trato urinário de localização não especificada (6,4%), acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico (6%) e diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (4,2%).

Gráfico 1: Quantidade de internações por condições sensíveis à atenção primária no período estudado por diagnósticos mais frequentes, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.



Fonte: SIH – SUS

Com relação ao sexo, em todo período houve predominância de ICSAP no sexo feminino, totalizando 3446 (52,4%) internações enquanto que no sexo masculino o número foi de 3124 (47,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Quantidade de internações por condições sensíveis à atenção primária por sexo no período entre 2010-2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.

Período (ano)	SEXO		Total
	FEMININO	MASCULINO	
2010	606	521	1127
2011	626	546	1172
2012	564	539	1103
2013	703	621	1324
2014	620	560	1180
2015	347	337	684
Total	3466	3124	6590

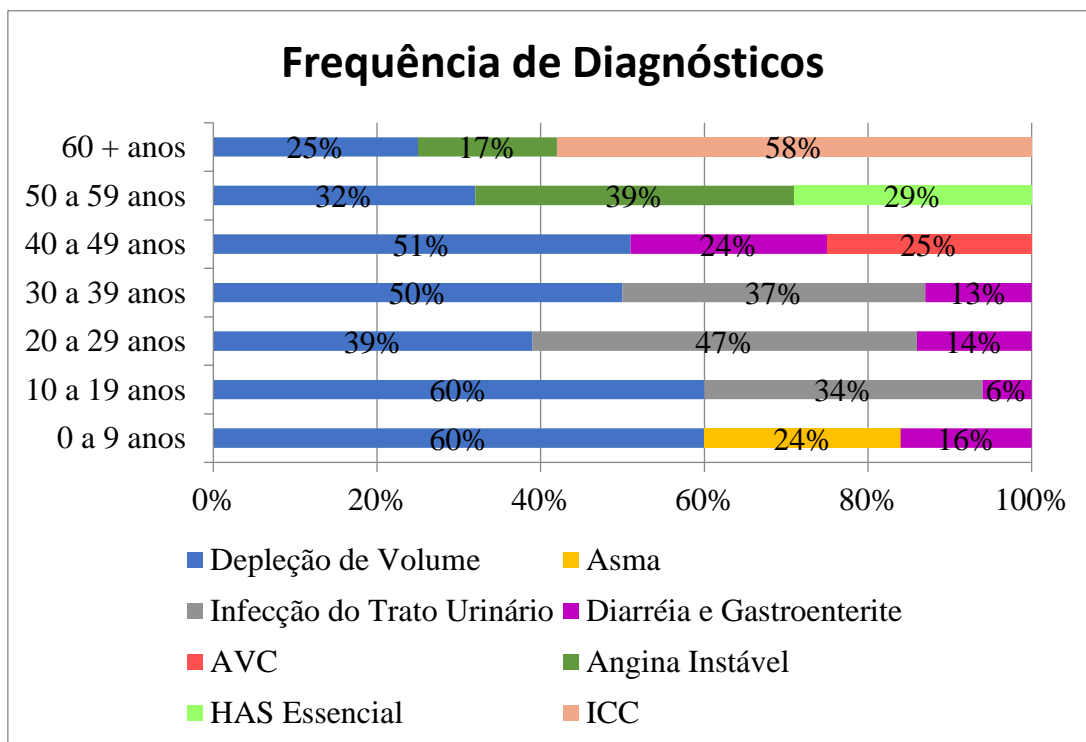
Fonte: SIH-SUS

As principais causas de internação para a faixa etária de 10 a 19 anos foram, depleção de volume (60%), infecção do trato urinário de localização não especificada (34%) e diarreia e gastroenterite (6%). Para os indivíduos de 20-29 anos de idade 47% das internações ocorreram por infecção do trato urinário de localização não especificada, 39% por depleção de volume e 14% por diarreia e gastroenterite. Depleção de volume (50%), infecção do trato urinário de localização não especificada (37%) e diarreia e gastroenterite (13%) foram às causas mais prevalentes na faixa etária de 30-39 anos. Os indivíduos de 40-49 anos de idade tiveram como causas mais frequentes, depleção de volume (51%), Acidente Vascular Cerebral (AVC) (25%) e diarreia e gastroenterite

(24%). Angina Instável (39%), depleção de volume (32%) e Hipertensão essencial (29%) foram as principais causas de internação dos sujeitos com idade entre 50-59 anos (Gráfico 2).

O maior registro de internações aconteceu com os indivíduos masculinos (50,7%) acima de 60 anos de idade, com 2.780 hospitalizações (42% de todas as ICSAP). As causas mais comuns para esta faixa etária foram: Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) (58%), depleção de volume (25%) e angina instável (17%).

Gráfico 2: Prevalência de internações por condições sensíveis à atenção primária no período separados por causas mais frequentes em cada faixa etária, 2010 a 2014 - Município da Região Central do Centro Oeste Brasileiro, 2016.



Discussão

Após análises do número de internações que ocorreram no período entre 2010 a 2014, foi possível perceber que do número total de internações 27% eram ICSAP. Durante este período o índice de ocorrência por mil habitantes destas internações aumentaram de 49,22 em 2010 para 56,13 em 2014. Comportamento semelhante também foi identificado em outros estudos, como o de Juiz de Fora que apontou para um crescimento das taxas de internações gerais de 52,36 para 61,14 por mil habitantes².

Ao mesmo tempo em que os números de internações apresentam aumento progressivo ao longo dos anos, quase 15 mil leitos de internação destinados a pacientes que precisariam permanecer em um hospital por mais de 24 horas, foram desativados na rede pública de saúde do

Brasil no período compreendido entre 2010 e 2014. Isto também aconteceu no município em estudo, onde em 2010 haviam 198 leitos SUS e no final de 2014 este número passou para 183¹². Esta realidade aumenta o tempo de permanência dos pacientes nas emergências à espera de leitos, sendo a principal causa de superlotação e atraso no diagnóstico e tratamento, aumentando consequentemente a taxa de mortalidade¹²⁻¹³.

Sobre as ICSAP, um estudo realizado em Curitiba-PR verificou que estas representaram 19,4% das internações¹. Outro estudo analisou as ICSAP no município de Cotia-SP constatando que ao longo de quatro anos, 16,61% das internações foram por condições sensíveis¹¹.

Este estudo evidenciou que no período compreendido entre 2010 a 2014 as ICSAP diminuíram de 13,42 para 12,41 internações /mil habitantes. Um estudo realizado em Minas Gerais verificou que as ICSAP apresentaram queda de 20,75/mil hab em 2000 para 14,92/mil hab em 2010¹⁴. Diversos estudos, corroboram com esta perspectiva de tendência diminuição ou estabilização das ICSAP ao longo do tempo no Brasil^{1,15-16}.

Quanto às causas mais frequentes de diagnósticos de ICSAP, a depleção de volume, insuficiência cardíaca congestiva e infecção do trato urinário de origem não especificada foram as três principais causas, seguidas por acidente vascular cerebral não especificado e diarreia e gastroenterites de origem infecciosa. Os resultados observados são condizentes com os estudos encontrados na literatura científica, com algumas alterações em relação à posição no ranking de acometimento das causas de internações^{2,8,17}.

Em um estudo realizado na região de saúde de São José do Rio Preto, no interior paulista os cinco diagnósticos mais frequentes de uma pesquisa realizada em 2014, foram insuficiência cardíaca, angina, infecções do aparelho urinário, gastroenterites infecciosas e as doenças cerebrovasculares⁹.

Em Curitiba, foi feito um estudo sobre o comportamento das ICSAP constatando que a angina e a insuficiência cardíaca foram as maiores causas por estas internações sendo que a maior frequência foi encontrada no sexo feminino e a faixa etária ≥ 65 anos¹. No nosso estudo, os diagnósticos de ICSAP relacionados aos problemas circulatórios e urinários e o maior acometimento das internações no sexo feminino também prevalecem. Essa condição possivelmente decorre do fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde da atenção primária ou outro nível de atenção quando não encontram resolutividade na APS.

Sobre as ICSAP em crianças, a maior proporção ocorreu na faixa etária de um a quatro anos com diagnósticos de depleção de volume, asma, diarreia e gastroenterite de origem infecciosa. No município estudado existe um programa específico para tratar asma na rede de APS, porém, a crianças continuam internando por esta complicação. Isto reforça a necessidade de se implementar ações de educação permanente para as equipes ESF, no sentido de buscar uma assistência

resolutiva, segundo os preceitos das políticas de atenção à criança e de vigilância à saúde¹⁸. As internações por gastroenterites podem ocorrer devido aos determinantes sociais serem acessíveis ou não a uma determinada população e não necessariamente pela falta de acesso e efetividade da APS.

A partir dos 40 anos, começam a surgir com mais frequência às internações por AVC não especificado como hemorrágico ou isquêmico e as complicações do aparelho circulatório. Embora haja em todo território nacional e especificamente no município estudado programas ministeriais implantados nas UBS e ESF como Hiperdia (que acompanha todos os diabéticos e hipertensos cadastrados no SUS), Saúde do Adulto e Idoso e Saúde da Mulher no sentido promover e acompanhar a saúde, bem como discutir a prevenção de complicações por condições crônicas, este tipo de agravo continua a acontecer e serem causas de grande porcentagem de internações evitáveis. Tal fato aponta a necessidade de outras investigações sobre possíveis fatores que estejam interferindo na prestação e resolutividade da atenção primária no município estudado.

Mais de 40% de todas as hospitalizações por causas evitáveis aconteceram na população com 60 ou mais anos. A insuficiência cardíaca, umas das consequências mais graves do envelhecimento do sistema circulatório, é a causa de maior hospitalização e alta mortalidade de idosos, devido a disfunções metabólicas, agregado de condições crônicas e tempo de exposição¹⁹.

Pesquisas demonstram que o controle da pressão arterial, o qual é realizado pela equipe de ESF através de consultas periódicas e visitas domiciliares, evitaria o aparecimento de insuficiência cardíaca, visto que os principais fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são o tabagismo, a alimentação não saudável, inatividade física e o consumo nocivo de álcool e, em casos em que a doença já estivesse presente, seriam evitadas complicações da doença¹⁹⁻²¹. Outros estudos robustecem a importância da APS e da ESF no produto da sobrevida e, sobretudo, na qualidade de vida no envelhecimento²².

Conclusão

Observou-se que as causas mais frequentes de ICSAP foram: 1^a: depleção de volume, 2^a: insuficiência cardíaca congestiva, 3^a: infecção do trato urinário, 4^a: acidente vascular cerebral, 5^a: diarreia e gastroenterite. Os resultados observados assemelham-se aos de outros estudos, com algumas alterações em relação à posição no ranking de acometimento das causas de internações. Estatisticamente os resultados devem ser vistos com cuidado, pois o indicador apresenta entraves como a confiabilidade durante o preenchimento e digitação dos dados, fatos estes que conferem limitações ao presente estudo.

Houve redução das ICSAP no município estudado, ainda que de forma heterogênea entre os anos estudados, com potencial para continuidade desse declínio. Tal fato sugere a importância de

intervir na melhoria do acesso e da qualidade das ações de saúde na atenção primária, a fim de prevenir a demanda excessiva e evitar custos desnecessários com a assistência de média e alta complexidade do SUS, além de inserir parâmetros de avaliação da resolutividade dos serviços enquanto rotina das equipes de saúde.

Dados de certos determinantes sociais como renda, habitação, escolaridade, saneamento básico, bem como informações sobre o acesso à APS e à rede de atendimento do SUS poderiam auxiliar e direcionar estudos relacionados às ICSAP, para uma análise eficaz e sistemática, contextualizando os resultados de cada realidade pesquisada.

Referências

1. Rehem TCMSB, Oliveira MRF, Amaral TCL, Ciosak, SI, Egry EY. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 15]; 47(4):884-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.
2. Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filhos MG, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária em um município do sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 15]; 59(2):120–127. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v59n2/v59n2a10.pdf>.
3. Billings J, Zeitel L, Lukomnic j, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Affairs* [Internet]. 1993 [cited 2017 Jan 12]; 12:162–73. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/12/1/162.long>.
4. Caminal Homal J, Starfield B, Sánchez Ruiz E, Casanova Matutano C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* [Intenet]. 2004 [cited 2017 Fev 14];14(3):246-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15369028>.
5. Purdy S, Griffin ST, Salisbury C, Sharp D. Ambulatory care sensitive conditions: terminology and disease coding need to be more specific to aid policy makers and clinicians. *Public Health* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 16];123:169–73. Available from: [http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506\(08\)00322-3/abstract](http://www.publichealthjrn.com/article/S0033-3506(08)00322-3/abstract).
6. Moreno AB, Caetano R, Coeli CM, Ribeiro LC, Teixeira MTB, Camargo KR. Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: algoritmo de captura em registro integrado de saúde. *Cad. Saúde Colet* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jan 20]; 17(2):409-416. Available from:

http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2009_2/artigos/CSC_03_2010ART_8.pdf.

7. 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* [Internet]. 2010 Jan-Mar [cited 2016 Jan 30]; 19(1):61-75. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>.
8. Alfradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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* [Internet]. 2009 Jun [cited 2016 May 12]; 25(6):1337-1349. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>.
9. Ferreira JBB, Borges MJG, Forster AC. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 3]; 23(1):45-56. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a05.pdf>.
10. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária [Internet]. Brasília. 2008 [cited 2017 Fev 8]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html.
11. Torres RL, Ciosak SI. Panorama das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no município de Cotia. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 8]; 47(4):884-90. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0884.pdf>.
12. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Brasília. 2016 [cited 2017 Jan 13]. Available from: <http://datasus.saude.gov.br/>.
13. Conselho Federal de Medicina. Brasil perde 14,7mil leitos de internação. *Jornal Medicina* [Internet]. 2014 Nov [cited 2017 Jan 12]. Available from: http://portal.cfm.org.br/images/PDF/jornal_cfm_238.pdf.
14. Rodrigues-Bastos RM, Campos SEM, Ribeiro LC, Bastos-Filhos MG, Teixeira MTB. Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 Set 25]; 48(6):958-967. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0958.pdf.
15. Mendonça CS, Harzheim E, Duncan B, 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 Plan [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 1]; 27:348–355. Available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/27/4/348>.
16. Dias da Costa JS, Pattussi MP, Morimoto T, Arruda JS, Bratkowski GR, SOPELSA M, et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2016 [cited 2016 Feb 16]; 21(4):1289-1296. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1289.pdf>.
 17. Moura BLA, Cunha RC, Aquino R, Medina MG, Mota ELA, Macinko J, et al. -Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Rev Bras Saúde Matern Infant [Internet]. 2010 [cited 2016 Nov 19];10(1): 583–91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/08.pdf>.
 18. Prezotto KH, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2015 [cited 2017 Fev 2]; 49(1):44-53. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0044.pdf.
 19. Zaslavsky C, Gus I. Idoso: doença cardíaca e comorbidades. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2002 [cited 2016 Fev 5]; 79(6):635-39. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v79n6/13766.pdf>.
 20. Barretto ACP. Hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Rev Bras Hipertens [Internet]. 2001 [cited 2017 Fev 7]; 8(3):339-43. Available from: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/8-3/hipertensao1.pdf>.
 21. Mazzuchello FR, Tuon L, Simões PW, Mazon J, Dagostin VS, Tomasi CD, et al. Knowledge, attitudes and adherence to treatment in individuals with hypertension and diabetes mellitus. O Mundo da Saúde [Internet]. 2016 [cited 2017 Fev 25]; 40(4):418-432. Available from: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/155576/A03.pdf.
 22. Marques AP, Montilla DER, Almeida WS, Andrade CLT. Internação de idosos por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 16]; 48(5):817-826. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n5/pt_0034-8910-rsp-48-5-0817.pdf.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A lista de internações por CSAP enquanto indicador de saúde é complexa e abrangente podendo ser útil para pequenas áreas populacionais auxiliando os gestores e conselheiros de saúde na organização, planejamento e implementação de políticas públicas de saúde voltadas para a realidade de cada município

Estudos que analisam as ICSAP e suas tendências são fontes de informações importantes para gerenciar e formular políticas públicas que preconizem a redução destas taxas investindo financeiramente onde haja necessidade.

É notório que a lista de ICSAP permitiu a confrontação entre estudos das diversas regiões do país, contribuindo para a sua consolidação como indicador.

Considerando que no Brasil a publicação da lista de ICSAP data de 2008 e os estudos nacionais ainda são incipientes, pesquisas devem ser realizadas com o intuito de determinar a avaliação do impacto dessa lista como indicador indireto do acesso e efetividade da APS para a reorganização e o aprimoramento do sistema de saúde.

Embora os dados analisados tenham sido relevantes no sentido de se conhecer a realidade das ICSAP no município pesquisado, é de suma importância ampliar o estudo, buscando alcançar a origem e o que motivou essas internações, para redirecionar ações de educação e prevenção junto à comunidade.

Traçar o perfil das internações por CSAP em instância municipal, estadual e nacional é o alicerce para propor ações na APS embasadas em estudos científicos a fim de minimizar o acometimento de tais internações, direcionando a verba do SUS e conseqüentemente melhorando as condições de saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E., et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1337-1349, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 22 Jan 2016.

ATUN, R. What are the advantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe's. **Health Evidence Network** (HEN), 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74704/E82997.pdf>. Acesso em: 25 Mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_deficiencias>. Acesso em: 05 Fev 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília, 2015. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> >. Acesso em: 21 Fev 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura de ESF em Catalão-GO**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 05 de abril de 2015.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** (IBGE). Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2015/estimativa_dou_2015_20150915.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2016.

BRASIL, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Leitos SUS**. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 09 Abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 Jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-\[5046-041111-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/2488-[5046-041111-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 24 Mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008**. Dispõe sobre a lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/Portaria_SAS_N_221_08_Lista_Internacoes_Condicoes_Sensiveis_Atencao_Basica.pdf>. Acesso em: 15 Abr 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 26 Mar 2016.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.5, p.845-855, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/04.pdf>>. Acesso em: 18 Mai 2016.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.41-65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em 01 Fev. 2016.

DIAS DA COSTA, J. S., et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1289-1296, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n4/1413-8123-csc-21-04-1289.pdf>>. Acesso em: 02 Fev. 2016.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

GOULART, F. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2002.

LIMA, S. C. C. A. *Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco*. 2012, 103 f. [dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

MACINKO, J.; SATRFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. **Health Serv**, v.38. n.3, p. 831-65, 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1360919/pdf/hesr_149.pdf>. Acesso em: 02 Fev 2016.

MAFRA, F. *O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil*. 2011, 131f. [dissertação]. Universidade de Brasília, Brasília. 2011.

MARINHO, T. L. Direito à saúde e o Supremo Tribunal Federal: mudanças de posicionamento quanto ao fornecimento de medicamentos. **Rev. Âmbito Jurídico**, v.16, n.118, 2013. Disponível em: <http://ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13813&revista_caderno=9>. Acesso em: 01 Fev. 2016.

MELO, M. D. *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Guarulhos: Um olhar da enfermagem em Saúde Coletiva*. 2014, 215f. [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceara, 2002.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; 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**, v.19, n.1, p.61-75, 2010. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n1/v19n1a08.pdf>>. Acesso em 30 Jan.2016.

NEDEL, F. B. *Internações hospitalares evitáveis pela atenção primária: estudo do impacto do Programa Saúde da Família sobre as internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Rio Grande do Sul, Brasil*. Pelotas: UFPel, 2009. 279 f.: il. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas; Pelotas, 2009.

OLIVEIRA, D. C.; SALL, C. P.; SANTOLL, C. C. E.; GONÇALVES, T. C.; GOMES, A. M. T. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.1, p.30-41, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a04.htm>>. Acesso em: 03 Jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Conferência Internacional sobre Atención Primaria de Salud: Declaración de Alma-Ata**. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (OMS), 1978.

PIRES, V. A. T. N. *Internações hospitalares por condições sensíveis à atenção ambulatorial: um estudo de caso com gestores e equipes da Estratégia Saúde da Família em uma microrregião de saúde*: UFMG, 2008. 175f.: il. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; Belo Horizonte, 2008.

PRODANOV C. C.; FREITAS E. C. **Metodologia do Trabalho Científico**: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2.ed. Novo Hamburgo, 2013.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, v.18, n.1, p.273-280, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/28.pdf>> Acesso em: 01 Abr. 2016.

SILVA, S.A.; BAITILO, T.C.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23, n.5, p.979-87, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00979.pdf>. Acesso em 20 Out. 2016.

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

STARFIELD, Barbara. Is primary care essential? **Lancet**, v. 344, p. 1129-1133, 1994. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673694906343/part/first-page-pdf>>. Acesso em: 23 Mar. 2016.

SORENSEN, H. T.; SABROE, S.; OLSEN, J. A framework for evaluation of secondary data sources for epidemiological research. **Int J Epidemiol**, v.25, n.2, p.435-442, 1996. Disponível em: <<http://ije.oxfordjournals.org/content/25/2/435.full.pdf>>. Acesso em: 22 Mar 2016.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 02 Fev 2016.

TEIXEIRA, J. C.; PAGANINE, J.; ABREU, R.; WESTIN, R.; GUEDES, S. Pouco dinheiro para uma missão ambiciosa. **Revista em discussão**, n.19, p.6-10, 2014. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401%20%20fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o!_fevereiro_2014_internet.pdf>. Acesso em: 18 Mar.16.

VIEIRA, M. M. C.; VIEIRA, I. F.; MELO, W. A. Prevalência das Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária no Brasil. **VIII Encontro Internacional de Produção Científica Cesumar**. Unicesumar, 2013. Disponível em: <http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2013/oit_mostra/Mateus_Mazorra_Coelho_Vieira.pdf>. Acesso em: 25 Abr 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Catalão, 25 de setembro de 2015.

Prezado Clayton Peixoto dos Santos

Secretário Municipal de Saúde de Catalão-GO

Através do presente, solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde de Catalão a autorização para realização da pesquisa vinculada a linha de pesquisa intitulada "Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade" e apresentada ao Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão, tendo como pesquisadora responsável Sabina Borges da Costa e orientadora Profª Drª Renata Alessandra Evangelista, tendo como título preliminar "*Internações Sensíveis a Atenção Primária à Saúde no Município do Sudeste Goiano, de 2011 a 2014: análise prospectiva*".

OBJETIVOS

Geral:

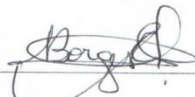
Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde, no período entre 2011 e 2014, no município de Catalão – GO.

Específicos:

- a) Realizar o levantamento das internações gerais que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- b) Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- c) Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde conforme sexo, idade, grupos de diagnósticos, município e bairro de residência.


Certas de contar com a valiosa colaboração de V. S^a., agradecemos e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Sabina Borges da Costa

Pesquisadora Responsável - Mestranda em Gestão Organizacional UFG/CAC



Prof. Drª Renata Alessandra Evangelista

Orientadora da pesquisa

Autenticado em 20/10/15
 Clayton Peixoto dos Santos
 Secretário Municipal de Saúde
 Decreto Mun. 2488 de 31/03/15

APÊNDICE B - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – HOSPITAL SÃO NICOLAU.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Catalão, 30 de outubro de 2015.

Prezado Dr. Willian André Safatle

Diretor Geral

Através do presente, solicitamos ao Hospital São Nicolau a autorização para realização da pesquisa vinculada a linha de pesquisa intitulada “Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade” e apresentada ao Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão, tendo como pesquisadora responsável Sabina Borges da Costa e orientadora Prof^ª Dr^ª Renata Alessandra Evangelista, tendo como título preliminar “*Internações Sensíveis a Atenção Primária à Saúde no Município do Sudeste Goiano, de 2011 a 2014: análise prospectiva*”.

OBJETIVOS

Geral:


Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde, no período entre 2011 e 2014, no município de Catalão – GO.

Específicos:

- a) Realizar o levantamento das internações gerais que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- b) Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- c) Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde conforme sexo, idade, grupos de diagnósticos, município e bairro de residência.

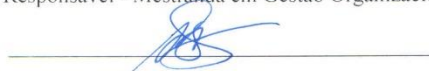
Certas de contar com a valiosa colaboração de V. S^ª., agradecemos e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Sabina Borges da Costa

Pesquisadora Responsável - Mestranda em Gestão Organizacional UFG/CAC



Prof. Dr^ª Renata Alessandra Evangelista

Orientadora da pesquisa



Willian André Safatle
Diretor Geral

APÊNDICE C - AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA – HOSPITAL NASR FAIAD.

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Catalão, 30 de outubro de 2015.

Prezada Naiara Faiad Sebba Calife

Através do presente, solicitamos ao Hospital Nasr Faiad a autorização para realização da pesquisa vinculada a linha de pesquisa intitulada “Indivíduo, Organização, Trabalho e Sociedade” e apresentada ao Programa de Pós Graduação - Mestrado Profissional em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Goiás – Campus Catalão, tendo como pesquisadora responsável Sabina Borges da Costa e orientadora Prof^ª Dr^ª Renata Alessandra Evangelista, tendo como título preliminar “*Internações Sensíveis a Atenção Primária à Saúde no Município do Sudeste Goiano, de 2011 a 2014: análise prospectiva*”.

OBJETIVOS

Geral:

Caracterizar as internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde, no período entre 2011 e 2014, no município de Catalão – GO.

Específicos:

- a) Realizar o levantamento das internações gerais que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- b) Identificar as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde que ocorreram pelo Sistema Único de Saúde em Catalão;
- c) Descrever o perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à saúde conforme sexo, idade, grupos de diagnósticos, município e bairro de residência.

Certas de contar com a valiosa colaboração de V. S^ª., agradecemos e nos colocamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Sabina Borges da Costa

Pesquisadora Responsável - Mestranda em Gestão Organizacional UFG/CAC

Prof. Dr^ª Renata Alessandra Evangelista

Orientadora da pesquisa

HOSPITAL NASR FAIAD LTDA.
P.P. Naiara Faiad Sebba Calife

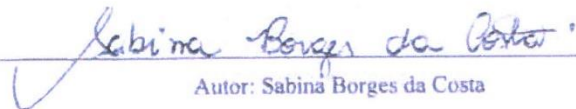
Autorizado
Naiara Calife

APÊNDICE D - ACEITE DE PUBLICAÇÃO DE ARTIGO.**TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS AUTORAIS**

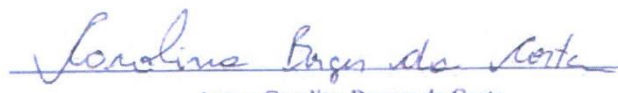
Sabina Borges da Costa, Renata Alessandra Evangelista, Carolina Borges da Costa, Alexandre de Assis Bueno na qualidade de autores e titulares dos direitos autorais do artigo científico **INOVAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**, autorizamos o senhor **Dr. André Vasconcelos da Silva** a publicar gratuitamente o artigo supracitado, na obra intitulada de **GESTÃO ORGANIZACIONAL - REFLEXÕES SOBRE GESTÃO DA INOVAÇÃO - PERSPECTIVAS TEÓRICAS E TÓPICOS EMERGENTES**.

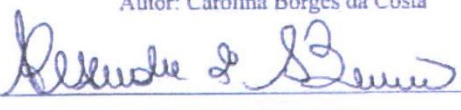
Firma-se o presente, sob o título de cessão gratuita de direitos autorais, reservando-nos tão somente a observância quanto à propriedade intelectual, sem ressarcimento de direitos autorais.

Declaramos, ainda, ser de nossa responsabilidade o conteúdo textual do artigo, eximindo os coordenador(es), organizador(es), colaborador(es) do livro de qualquer responsabilidade perante as informações e opiniões contidas no texto.


Autor: Sabina Borges da Costa


Autor: Renata Alessandra Evangelista


Autor: Carolina Borges da Costa


Alexandre de Assis Bueno

ANEXOS

ANEXO A - RELAÇÃO COMPLETA DOS DIAGNÓSTICOS SEGUNDO CID 10 QUE COMPÕE AS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnóstico	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	
	Tétano do recém-nascido (neonatal)	A33
	Tétano obstétrico	A34
	Outros tipos de tétano	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
1.10	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	
	Tuberculose pulmonar, com confirmação por exame microscópico da expectoração, com ou sem cultura	A15.0
	Tuberculose pulmonar, com confirmação somente por cultura	A15.1
	Tuberculose pulmonar, com confirmação histológica	A15.2
	Tuberculose pulmonar, com confirmação por meio não especificado	A15.3
	Tuberculose pulmonar com exames bacteriológico e histológicas negativos	A16.0
	Tuberculose pulmonar, sem realização de exame bacteriológico ou histológico	A16.1
	Tuberculose pulmonar, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.2
	Tuberculose dos gânglios intratorácicos, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.3
	Tuberculose da laringe, da traquéia e dos brônquios, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.4
	Pleurisia tuberculosa, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.5
	Tuberculosa respiratória primária sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.7
	Outras formas de tuberculose das vias respiratórias, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.8
	Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.9
	Tuberculose dos gânglios intratorácicos, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.4

	Tuberculose da laringe, da traquéia e dos brônquios, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.5
	Pleuris tuberculoso, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.6
	Tuberculose primária das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.7
	Outras formas de tuberculose das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.8
	Tuberculose não especificada das vias respiratórias, com confirmação bacteriológica e histológica	A15.9
	Tuberculose dos gânglios intratorácicos, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.3
	Tuberculose da laringe, da traquéia e dos brônquios, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.4
	Pleurisia tuberculosa, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.5
	Tuberculosa respiratória primária sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.7
	Outras formas de tuberculose das vias respiratórias, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.8
	Tuberculose respiratória, não especificada, sem menção de confirmação bacteriológica ou histológica	A16.9
	Tuberculoma meníngeo	A17.1
	Outras tuberculoses do sistema nervoso	A17.8
	Tuberculose não especificada do sistema nervoso	A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
	Febre reumática sem menção de comprometimento do coração	I00
	Febre reumática com comprometimento do coração	I01
	Pericardite reumática aguda	I01.0
	Endocardite reumática aguda	I01.1
	Miocardite reumática aguda	I01.2
	Outras formas de doença cardíaca reumática aguda	I01.8
	Doença cardíaca reumática aguda não especificada	I01.9
	Coréia reumática	I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
	Sífilis precoce	A51
	Sífilis tardia	A52
	Outras formas e as não especificadas da sífilis	A53
1,19	Malária	B50 a B54
	Malária por Plasmodium falciparum	B50
	Malária por Plasmodium vivax	B51
	Malária por Plasmodium malariae	B52
	Outras formas de malária confirmadas por exames parasitológicos	B53
	Malária não especificada	B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infecciosas e complicações	
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
	Cólera	A00
	Febres tifóide e paratifoide	A01
	Outras infecções por Salmonella	A02
	Shigelose	A03

	Outras infecções intestinais bacterianas	A04
	Outras intoxicações alimentares bacterianas, não classificadas em outra parte	A05
	Amebíase	A06
	Outras doenças intestinais por protozoários	A07
	Infecções intestinais virais, outras e as não especificadas	A08
	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiorkor e outras formas de desnutrição proteico calórica	E40
	Marasmo nutricional	E41
	Kwashiorkor marasmático	E42
	Desnutrição proteico-calórica grave não especificada	E43
	Desnutrição proteico-calórica de graus moderado e leve	E44
	Desnutrição proteico-calórica moderada	E44.0
	Desnutrição proteico-calórica leve	E44.1
	Atraso do desenvolvimento devido à desnutrição proteico-calórica	E45
	Desnutrição proteico-calórica não especificada	E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
	Deficiência de vitamina A	E50
	Deficiência de vitamina A com xerose conjuntival	E50.0
	Deficiência de vitamina A com mancha de Bitot e xerose conjuntival	E50.1
	Deficiência de vitamina A com xerose da córnea	E50.2
	Deficiência de vitamina A com ulceração e xerose da córnea	E50.3
	Deficiência de vitamina A com ceratomalácia	E50.4
	Deficiência de vitamina A com cegueira noturna	E50.5
	Deficiência de vitamina A com cicatrizes xeroftálmicas da córnea	E50.6
	Outras manifestações oculares devidas a deficiência de vitamina A	E50.7
	Outras manifestações devidas a deficiência de vitamina A	E50.8
	Outras manifestações devidas a deficiência de vitamina A	E50.9
	Deficiência de tiamina	E51
	Beribéri	E51.1
	Encefalopatia de Wernicke	E51.2
	Outras manifestações da deficiência de tiamina	E51.8
	Deficiência não especificada de tiamina	E51.9
	Deficiência de niacina (pelagra)	E52
	Deficiência de outras vitaminas do grupo B	E53
	Deficiência de riboflavina	E53.0
	Deficiência de piridoxina	E53.1
	Deficiência de outras vitaminas especificadas do grupo B	E53.8
	Deficiência não especificada de vitamina B	E53.9
	Deficiência de ácido ascórbico	E54
	Deficiência de vitamina D	E55
	Raquitismo ativo	E55.0
	Deficiência não especificada de vitamina D	E55.9
	Outras deficiências vitamínicas	E56
	Deficiência de vitamina E	E56.0
	Deficiência de vitamina K	E56.1
	Deficiência de outras vitaminas	E56.8
	Deficiência vitamínica não especificada	E56.9

	Deficiência de cálcio da dieta	E58
	Deficiência de selênio da dieta	E59
	Deficiência de zinco da dieta	E60
	Deficiência de outros elementos nutrientes	E61
	Deficiência de cobre	E61.0
	Deficiência de ferro	E61.1
	Deficiência de magnésio	E61.2
	Deficiência de manganês	E61.3
	Deficiência de cromo	E61.4
	Deficiência de molibdênio	E61.5
	Deficiência de vanádio	E61.6
	Deficiência de múltiplos elementos nutrientes	E61.7
	Deficiência de outros elementos nutrientes especificados	E61.8
	Deficiência de elementos nutrientes não especificados	E61.9
	Outras deficiências nutricionais	E63
	Deficiência de ácido graxo essencial	E63.0
	Desequilíbrio de constituintes da ingestão de alimentos	E63.1
	Outras deficiências nutricionais especificadas	E63.8
	Deficiência nutricional não especificada	E63.9
	Sequelas de desnutrição e de outras deficiências nutricionais	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
	Pneumonia devida a Streptococcus do grupo B	J15.3
	Pneumonia devida a outros estreptococos	J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
	Outras pneumonias bacterianas	J15.8
	Pneumonia bacteriana não especificada	J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
	Asma	J45
	Estado de mal asmático	J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
	Bronquite aguda	J20
	Bronquiolite aguda	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
	Infarto cerebral	I63
	Infarto cerebral devido a trombose de artérias pré-cerebrais	I63.0
	Infarto cerebral devido a embolia de artérias pré-cerebrais	I63.1
	Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias pré-cerebrais	I63.2
	Infarto cerebral devido a trombose de artérias cerebrais	I63.3
	Infarto cerebral devido a embolia de artérias cerebrais	I63.4
	Infarto cerebral devido a oclusão ou estenose não especificadas de artérias cerebrais	I63.5
	Infarto cerebral devido a trombose venosa cerebral não-piogênica	I63.6
	Outros infartos cerebrais	I63.8
	Infarto cerebral não especificado	I63.9
	Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico	I64
	Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais que não resultam em infarto cerebral	I65
	Oclusão e estenose da artéria vertebral	I65.0
	Oclusão e estenose da artéria basilar	I65.1
	Oclusão e estenose da artéria carótida	I65.2
	Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais múltiplas e bilaterais	I65.3
	Oclusão e estenose de outra artéria pré-cerebral	I65.8
	Oclusão e estenose de artérias pré-cerebrais não especificadas	I65.9
	Oclusão e estenose de artérias cerebrais que não resultam em infarto cerebral	I66
	Oclusão e estenose da artéria cerebral média	I66.0
	Oclusão e estenose da artéria cerebral anterior	I66.1
	Oclusão e estenose da artéria cerebral posterior	I66.2
	Oclusão e estenose de artérias cerebelares	I63.3
	Oclusão e estenose de artérias cerebrais, múltiplas e bilaterais	I63.4
	Oclusão e estenose de outra artéria cerebral	I66.8
	Oclusão e estenose de artéria cerebral não especificada	I66.9
	Outras doenças cerebrovasculares	I67
	Seqüelas de doenças cerebrovasculares	I69
	Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas	G45
	Síndrome da artéria vértebro-basilar	G45.0
	Síndrome da artéria carotídea (hemisférica)	G45.1
	Síndrome das artérias pré-cerebrais, múltiplas e bilaterais	G45.2
	Amaurose fugaz	G45.3
	Amnésia global transitória	G45.4
	Outros acidentes isquêmicos cerebrais transitórios e síndromes	G45.8

	correlatas	
	Isquemia cerebral transitória não especificada	G45.9
	Síndromes vasculares cerebrais que ocorrem em doenças cerebrovasculares	G46
13	Diabetes mellitus	
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
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com coma	E10.0
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com cetoacidose	E10.1
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com coma	E11.0
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com cetoacidose	E11.1
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com coma	E12.0
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com cetoacidose	E12.1
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com coma	E13.0
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com cetoacidose	E13.1
	Diabetes mellitus não especificado - com coma	E14.0
	Diabetes mellitus não especificado - com cetoacidose	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
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações renais	E10.2
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações oftálmicas	E10.3
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações neurológicas	E10.4
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas	E10.5
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com outras complicações especificadas	E10.6
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações múltiplas	E10.7
	Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações não especificadas	E10.8
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações renais	E11.2
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações oftálmicas	E11.3
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações neurológicas	E11.4
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações circulatórias periféricas	E11.5
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com outras complicações especificadas	E11.6
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações múltiplas	E11.7
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - com complicações não especificadas	E11.8

	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações renais	E12.2
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações oftálmicas	E12.3
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações neurológicas	E12.4
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações circulatórias periféricas	E12.5
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com outras complicações especificadas	E12.6
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações múltiplas	E12.7
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - com complicações não especificadas	E12.8
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações renais	E13.2
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações oftálmicas	E13.3
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações neurológicas	E13.4
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações circulatórias periféricas	E13.5
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com outras complicações especificadas	E13.6
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações múltiplas	E13.7
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - com complicações não especificadas	E13.8
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações renais	E14.2
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações oftálmicas	E14.3
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações neurológicas	E14.4
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações circulatórias periféricas	E14.5
	Diabetes mellitus não especificado - com outras complicações especificadas	E14.6
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações múltiplas	E14.7
	Diabetes mellitus não especificado - com complicações não especificadas	E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
	Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações	E10.9
	Diabetes mellitus não-insulino-dependente - sem complicações	E11.9
	Diabetes mellitus relacionado com a desnutrição - sem complicações	E12.9
	Outros tipos especificados de diabetes mellitus - sem complicações	E13.9
	Diabetes mellitus não especificado - sem complicações	E14.9
14	Eplepsias	
14,1	Eplepsias	G40, G41
	Epilepsia	G40
	Estado de mal epiléptico	G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	

15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
	Úlcera gástrica	K25
	Úlcera duodenal	K26
	Úlcera péptica de localização não especificada	K27
	Úlcera gastrojejunal	K28
	Hematêmese	K92.0
	Melena	K92.1
	Hemorragia gastrointestinal, sem outra especificação	K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

ANEXO B - INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA.

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES

- 1.1** – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);
- 1.2** – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
- 1.3** – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;
- 1.4** – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);
- 1.5** – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);
- 1.6** – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);
- 1.7** – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos:

artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

• Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR) • ClinicalTrials.gov

• International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN) • Netherlands Trial Register (NTR) • UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR) • WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo,

podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais)

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-

mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acao/login>) no prazo de 72 horas. Autores

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP).

ANEXO C - INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DE MANUSCRITO A REVISTA MUNDO DA SAÚDE.

Instruções aos Autores

Seções

Serão aceitos manuscritos relacionados às seguintes seções:

- artigo original — produção resultante de pesquisa de natureza experimental, observacional ou documental; incluem-se, também, ensaios teóricos relevantes, que apresentam tema e/ou abordagem originais. Deve conter: introdução (apresentação de justificativa, objetivos e referenciais teóricos), metodologia (casuística e procedimentos), resultados, discussão e conclusão.

- relato de experiência — apresentação sucinta que apresenta integral ou parcialmente dados específicos oriundos de experiência científica agem originais. Deve conter: introdução (apresentação de justificativa, objetivos e referenciais teóricos), metodologia (casuística e procedimentos), resultados, discussão e conclusão.

- estudo de caso — produção decorrente de uma estratégia de pesquisa de natureza exploratória ou descritiva com o propósito de caracterizar um contexto da vida real no qual ocorreu um processo de intervenção.

Informações Complementares

- artigos originais — devem ter até 30.000 caracteres com espaços, excluindo resumo, tabelas, gráficos, ilustrações e referências.

- relatos de experiência — devem ter até 20.000 caracteres com espaços, excluindo resumo, tabelas, gráficos, ilustrações e referências.

- referências — devem limitar-se a 25 (vinte e cinco), salvaguardadas as devidas exceções.

Preparo dos manuscritos

As normas para a apresentação de manuscritos para a revista O Mundo da Saúde baseiam-se no documento "Requisitos de uniformidade para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos e declarações suplementares do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos".

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade de seus autores.

O manuscrito a ser submetido à apreciação para publicação deverá apresentar as seguintes características técnicas:

Formato

- Texto gravado em extensão doc ou docx, em fonte times new roman, corpo 12, espaçamento 1,5 e folha tamanho A4, com todas as margens de 2,0 cm.

Idioma

- Serão aceitos textos redigidos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Tópicos do manuscrito

- Os tópicos a compor o manuscrito devem ser apresentados cada um deles em página própria, obedecendo à seguinte sequência: página de identificação, resumo e descritores, texto, tabelas, gráficos e quadros, agradecimentos, referências.

- As páginas devem ser numeradas.

Página de identificação

a) título do artigo – completo, incorporando, se necessário, título complementar ou subtítulo, e conciso. Limite de 95 caracteres incluindo espaços.

b) nome de cada autor por extenso, sem abreviações.

c) qualificação de cada autor: graduação e titulação acadêmica (começando pela mais elevada).

d) vínculo institucional, incluindo o departamento/setor, cidade, estado e país.

e) endereço para correspondência e endereço eletrônico do autor responsável pelo manuscrito.

f) no caso de o pesquisador ter recebido auxílio, mencionar o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) no caso de o manuscrito resultar de tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

Conflitos de Interesse

Todos os participantes no processo de publicação e avaliação por pares devem revelar as relações que possam ser consideradas potenciais conflitos de interesses. Os conflitos de interesse existem quando um autor (ou sua instituição), o parecerista ou editor tem vínculos de ordem financeira ou pessoal que influencia impropriamente suas ações.

Resumos e palavras-chave

Resumo — estruturado em português e inglês (abstract) com no máximo 250 palavras, enunciando introdução, objetivo do estudo ou investigação, metodologia, resultados e discussão, conclusões mais importantes. Texto escrito sequencialmente sem a menção dos subtítulos. (vide modelo no Anexo A).

Palavras-chave — citação de três a cinco palavras-chave tendo como referência o Vocabulário Controlado em Ciências da Saúde — DeCS da BIREME ou, se em inglês, do Medical Subject Headings (MeSH).

Corpo do texto

Texto — A estrutura do manuscrito variará conforme a natureza do trabalho, se artigo original, artigo de revisão, relato de experiência, estudo de caso ou comunicação. (sobre a estrutura do manuscrito, consulte o Item “Instruções aos autores/Seções”).

Tabelas, gráficos — devem ser incorporados ao manuscrito desde que com as citações de: título, fonte, ano e dados complementares, se houver, e numerados consecutivamente, com algarismos arábicos, segundo a ordem de citação no texto.

Ilustrações — devem estar em alta resolução, com no mínimo 300 dpi.

a) se houver ilustração extraída de outro trabalho, previamente publicado, o autor deve solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

b) caso sejam utilizadas imagens de pessoas, só serão veiculadas se acompanhadas de permissão por escrito para divulgação.

Abreviaturas e Símbolos — se houver, devem ser incorporados ao manuscrito de forma padronizada, seguidos das respectivas legendas.

Agradecimentos

Ao final do manuscrito, podem ser mencionados os agradecimentos, destacando: as contribuições de profissionais por orientações técnicas e/ou apoio financeiro ou material, especificando a sua natureza. Os citados nos agradecimentos devem autorizar expressamente sua menção. Os autores devem se responsabilizar, mediante assinatura de termo específico, por essa autorização.

Referências

a) cada citação no texto deve ser indicada com um número sobrescrito.

b) as referências devem ser apresentadas segundo as “Orientações para publicação de referências em artigos científicos na área da saúde”, conforme a normalização de Vancouver.

Exemplos segundo Requisitos de uniformidade para manuscritos submetidos a periódicos biomédicos e declarações suplementares do Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: writing and editing for Medical Publication):

Como citar periódicos

1. Artigo de periódico

Escreva os seis primeiros autores seguidos por et al. (Recomendamos que sejam escritos todos os autores)

Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. *Cogitare Enferm.* 1996 Jun 30;1(1):85-90.

Como opção, se o periódico tiver sua paginação continuada durante todo o volume (como muitos periódicos médicos fazem), o mês e o dia podem ser omitidos:

Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. *Cogitare Enferm.* 1996;1(1):85-90.

Mais de seis autores:

Martins LC, Latorre MRDO, Cardoso MRA, Gonçalves FLT, Saldiva PHN, Braga ALF, et al. Poluição atmosférica e atendimentos por pneumonia e gripe na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2002;36(1):88-94.

Como opção, uma única base de dados pode ser citada:

Neves-Arruda E, Bittencourt MS, Gonçalves FA. Atributos profissionais dos cuidadores da pessoa com câncer: perspectiva de enfermeiras. *Cogitare Enferm.* 1996;1(1):85-90. LILACS Id: 265203.

2. Volume com suplemento

Mendonça MHM. O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas equitativas. *Cad Saúde Pública.* 2002;18 Supl 1:S113-20.

3. Número com suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12.

4. Paginação em numerais romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. *Bioethics*. 2002;16(2):iii-v.

Como citar livros e monografias

5. Autor(es) pessoal(ais)

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. *Medical microbiology*. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

6. Editor(es), compilador(es) como autor(es)

Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. *Operative obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

7. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. *The genetic basis of human cancer*. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

8. Anais de congresso

Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

9. Apresentação em congresso

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming*. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

10. Dissertação

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

Como citar outros trabalhos publicados

11. Artigo de jornal

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

12. Material audiovisual

Chason KW, Sallustio S. Hospital preparedness for bioterrorism [videocassette]. Secaucus (NJ): Network for Continuing Medical Education; 2002.

13. Legislação

Lei: Veterans Hearing Loss Compensation Act of 2002, Pub. L. No. 107-9, 115 Stat. 11 (May 24, 2001).

14. Dicionários e referências similares

Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

Material eletrônico

15. CD-ROM

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

16. Artigo de periódico na Internet

Aboud S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article

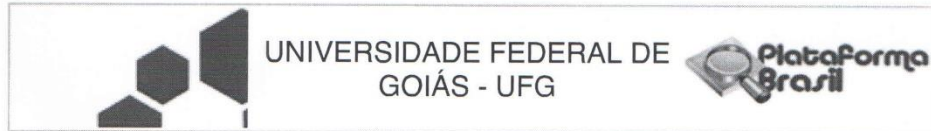
17. Monografia na Internet

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer [Internet]. Washington: National Academy Press; 2001 [cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.nap.edu/books/0309074029/html/>

18. Homepage

Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>

ANEXO D - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERNAÇÕES EVITÁVEIS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE Análise prospectiva (2010 à 2015) das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde em um município da Região Central e seus Custos para o SUS

Pesquisador: SABINA BORGES DA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53983116.7.0000.5083

Instituição Proponente: Universidade Federal de Goiás - UFG

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.514.275

Apresentação do Projeto:

A Atenção Primária à Saúde (APS), contrapõe-se ao modelo biomédico, direcionado à cura das doenças e centralidade do hospital para a resolução de problemas de saúde da população. A APS atua sobre a saúde e seus determinantes e tem como objetivo desenvolver uma atenção integral e transversal ao indivíduo e coletividades. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), é o modelo assistencial que deve coordenar os demais níveis de assistência por meio de redes de atenção, e tem como característica o trabalho de equipes multiprofissionais realizado em um território adstrito e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento da realidade local e das necessidades de sua população. A APS deve ser resolutiva em 85% (oitenta e cinco por cento) das situações apresentadas pelos usuários que são atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e em 92% (noventa e dois por cento) dos casos dos usuários atendidos por uma Estratégia Saúde da Família (ESF). A resolutividade da APS deve ocorrer na diminuição das internações hospitalares por um grupo de causas específicas, sendo que elevados números de hospitalizações evitáveis podem ser indicativos de problemas relacionados com a rede de atenção básica, independentemente de qual setor apresente falhas.

Vários instrumentos de avaliação da APS foram desenvolvidos nos últimos anos com destaque para a medida das hospitalizações evitáveis por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) que é

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com