



**PAULA JORGIANE LEITÃO DINIZ BAROSEIRO**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS  
SOUZA E NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM BELÉM DO PARÁ NO ANO  
DE 2015**

**PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016**



**PAULA JORGIANE LEITÃO DINIZ BAROSEIRO**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS  
SOUZA E NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM BELÉM DO PARÁ NO ANO  
DE 2015**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: Eder de Mattos Berg.

**PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016**

## RESUMO

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA, no formato de portfólio. O TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA é constituído pelas atividades do portfólio, sendo organizado em quatro capítulos e um anexo, a saber: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação, descrevendo peculiaridades importantes, para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários que tenham sido atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

**Descritores: Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Saúde da Família.**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA UBS-SOUZA	16
4. VISITA DOMICILIAR	20
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA	21
REFERÊNCIAS	23
ANEXOS 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO	24

## 1. INTRODUÇÃO

A autora deste trabalho, Paula Jorgiane Leitão Diniz Baroseiro, é médica, brasileira, formada pela Universidade Federal do Pará, atuante em ESF em vários municípios do Brasil desde 2009, dentre eles: Igrejinha – RS; Taquara – RS, Domingos Martins – ES; Garrafão do Norte e Igarapé-Açú – PA; Gurupi – MA. Através do programa Mais Médicos para o Brasil, está locada na Unidade Básica de Saúde do Souza, município de Belém do Pará. A estrutura física em que funciona hoje Unidade Básica de Saúde do Souza, foi criada há aproximadamente 12 anos atrás, em um terreno privativo da Secretaria Executiva de Transportes de Belém (SE-TRAN). Os serviços de atendimento médico visavam inicialmente atender à demanda de funcionários deste órgão público. Posteriormente, foi transformado pela prefeitura municipal de Belém em Unidade Básica de Saúde do bairro do Souza, exercendo, desde então, as atividades de ESF e atendendo à população residente nas imediações.

Em 2015, foi construído novo prédio em substituição ao antigo já deteriorado e sem condições de utilização. No mesmo ano, a equipe iniciou trabalho de cadastramento dos seus usuários - aproximadamente 12.000 pessoas, tendo já concluído cerca de 80% deste trabalho. A unidade encontra-se localizada em uma das principais avenidas da cidade, em seu entorno encontram-se vários prédios públicos, hospitais, escolas, faculdades, dentre as quais destacamos a Faculdade de Medicina do Centro Universitário do Pará – CESUPA, com a qual a UBS possui contrato de atendimentos em diversas especialidades como: Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Cirúrgica, Saúde Mental e do Idoso. O serviço de especialidades chega a atender cerca de 450 pacientes por semana encaminhados pelo SUS. Além disso, a UBS- Souza também é campo de estágio em Saúde Comunitária dos alunos de Medicina da referida instituição de ensino que desenvolvem trabalhos educativos supervisionados envolvendo palestras, orientações individuais, campanhas, etc.

Belém do Pará registrou em 2015 altas taxas de internações hospitalares e isto pode ser indicativo de problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu

desempenho. A Estratégia Saúde da Família deve ser considerada como prioritária pois quando não eficaz, tem impacto direto nos níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários bem como gerando demanda excessiva de internações. Condições Sensíveis à Atenção Primária representam um conjunto de problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção. A necessidade de hospitalização por essas causas deve ser evitada por uma atenção primária oportuna e efetiva. Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por estes problemas.

Esse excesso de hospitalizações, representa um sinal de alerta que pode e deve acionar mecanismos de análise e busca de explicações para a sua ocorrência. Neste sentido, a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária é um valioso instrumento de monitoramento e avaliação. O Ministério da Saúde estabelece que a lista deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da Atenção Primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Analisar e apresentar o panorama das patologias dos usuários da UBS-Souza e das internações hospitalares em Belém contidas na Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, justifica o projeto em anexo, na medida que representa diagnóstico importante do serviço de saúde oferecido pela Atenção Primária, bem como o cumprimento da diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde. Desta forma procuramos identificar as patologias que poderiam resultar em internações evitáveis, para reduzir futuramente internações por estes problemas através do diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas bem como controle e acompanhamento de patologias crônicas.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No diagnóstico de demanda da UBS-Souza, foi feita coleta de dados em 2.364 prontuários de pacientes atendidos, sendo que apenas as patologias inseridas na lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária foram consideradas neste trabalho, obedecendo sua inclusão em 19 grupos de causas e 74 diagnósticos de acordo com a décima revisão da Classificação Interacional de Doenças – CID10.

Segundo os dados de 2015 registrados pelo SIH/SUS, o número de internações em Belém registradas no SUS/PA, comparando-se ao ano de 2014 sofreu aumento de 3.237 novos casos.

Tabela 1 - Quantidade de AIHs aprovadas em Belém por Competência e Gestor nos anos de 2014 e 2015

Meses	2014	2015
Janeiro	7.406	8.253
Fevereiro	8.067	8.912
Março	7.813	8.448
Abril	8.670	8.957
Maiο	8.165	8.482
Junho	9.202	8.871
Julho	8.271	8.762
Agosto	8.494	9.164
Setembro	8.408	8.623
Outubro	8.684	8.573
Novembro	8.641	8.551
Dezembro	8.417	7.879
Total	100.238	103.475

Em 2015 houve aumento de 349 casos de internação em caráter de urgência se comparados ao ano anterior. Observa-se também em 2015 aumento do número de 4.902 casos de internações em caráter eletivo em relação a 2014. No total geral de internações, somando-se os casos eletivos e de urgência, houve aumento de 5.251 casos.

Tabela 2 – Número de internações totais em 2014 e 2015 e em caráter eletivo e de urgência

	2014		2015	
	ELETIVOS	URGÊNCIA	ELETIVOS	URGÊNCIA
Janeiro	1.213	6.193	1.464	7.067
Fevereiro	1.412	6.655	1.777	7.439
Março	1.136	6.677	1.762	6.979
Abril	1.361	7.309	1.771	7.529
Maiο	1.242	6.963	1.376	7.106
Junho	1.473	7.770	1.916	7.368
Julho	1.070	7.286	1.851	7.311
Agosto	1.185	7.528	1.667	7.851
Setembro	1.508	7.188	1.855	7.143
Outubro	1.485	7.541	1.839	7.084
Novembro	1.296	7.769	1.718	7.198
Dezembro	1.493	7.275	1.780	6.428
<b>Total</b>	<b>15.874</b>	<b>86.154</b>	<b>20.776</b>	<b>86.503</b>
Total Interna- ções	<b>102.028</b>			<b>107.279</b>

Os custos da Morbidade hospitalar ao município de Belém foram de R\$ 126.907.889,23 em 2014 e de R\$ 146.698.362,06 em 2015, portanto, houve aumento de R\$ 19.790.472,83 em gastos com internações hospitalares neste último ano.

Tabela 3 – Custos da Morbidade hospitalar em Belém, nos anos de 2014 e 2015

Meses	2014	2015
Janeiro	8.850.733,37	11.135.675,91
Fevereiro	9.952.633,95	12.245.110,78
Março	9.736.996,07	11.642.317,55
Abril	9.959.991,43	12.502.888,13
Maiο	10.340.054,59	12.220.849,78
Junho	11.907.142,78	11.746.863,48
Julho	10.575.842,78	12.706.652,19
Agosto	10.499.882,53	13.833.842,50
Setembro	11.026.945,88	12.894.569,52
Outubro	12.105.997,55	11.731.649,06
Novembro	11.165.341,86	12.853.043,73
Dezembro	10.786.326,44	11.184.899,43

<b>Total</b>	<b>126.907.889,2</b>	<b>146.698.362,06</b>
	<b>3</b>	

Dos grupos de causas sensíveis à Atenção primária, os achados de registro de informações hospitalares encontrados foram dados parciais do ano de 2015, para efeito de comparação com o ano de 2014 levou-se em consideração apenas o número total de AIHs autorizadas no segundo semestre dos anos de 2014 e primeiro semestre de 2015 pois ainda não há os dados suficientes para análise completa de 2015.

Tabela 4 – Causas Sensíveis à Atenção Primária no segundo semestre de 2014 e primeiro de 2015. Dados Parciais

Diagnósticos	2014/2	2015/1
Doenças preveníveis por imunização	410	127
Gastroenterites Infecciosas e complicações	432	25
Anemia	24	7
Deficiências Nutricionais	67	17
Infeções de ouvido, nariz e garganta	232	-
Pneumonias Bacterianas	47	11
Asma	20	5
Doenças Pulmonares	5	2
Hipertensão	567	118
Angina	409	145
Insuficiência cardíaca	455	166
Doenças cerebrovasculares	163	104
Diabetes melitus	71	52
Epilepsias	272	55
Infeção no rim e trato urinário	1976	493
Infeção da pele e subcutâneo	244	15
Doença inflamatória pelve	71	5
Úlcerá gastrointestinal	115	79
Doenças Pré-Natal e Parto	570	525
<b>Total</b>	<b>6.150</b>	<b>1.951</b>

Quando pesquisado o registro do número de óbitos em Belém por causas evitáveis, foram encontrados dados completos apenas para o ano de 2013, num total de 1.005 casos em menores de 5 anos. Os óbitos por causas mal definidas

foram 4 e os por causas não claramente evitáveis foram 295. O total de óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos em 2013 foi de 706 casos.

Tabela 5 – Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos

Causas evitáveis de óbitos	Óbitos em 2013 < 5anos
Pelas ações de imunização	3
Pela atenção na gestação	183
Atenção ao Parto	49
Atenção ao RN	268
Ações de Diagnóstico e tratamento adequado	160
Pelas ações de Promoção à Saúde	43
<b>Total</b>	<b>706</b>

A totalidade dos óbitos por causas evitáveis na faixa etária de 5-74 anos, foi de 2.814, descartando-se 1.152 casos por causas externas, 155 casos por causas mal definidas e 1.142 casos por causas não claramente evitáveis.

Tabela 6 – Óbitos por causas evitáveis na faixa etária de 5-74 anos

Causas evitáveis de óbitos	Óbitos em 2013 entre 5-74 anos
Pelas ações de imunização	3
Por doenças infecciosas	714
Por doenças não transmissíveis	2071
De causas maternas	26
<b>Total</b>	<b>2.814</b>

Números de internações registradas pela SESMA/DEVS/SINAN e seus respectivos anos. (Ainda não estão disponibilizados para consulta os anos de 2014 e 2015).

Tabela 7 – Principais causas de internação em Belém. Fonte: SESMA/DEVS/SINAN

Causas	2010	2011	2012	2013
Diabetes	-	626	663	579
Hipertensão	988	1062	1245	1260
HIV	403	279	203	-
Dengue	2.571			
Doença de Chagas Aguda	14	45	25	26
Hanseníase	406	411	332	326
Hepatite viral	-	65	93	120
Leptospirose	50	61	26	61
Tuberculose Pulmonar	1.485	1.679	1.591	1.662
Tétano	3	3	4	-
Meningite	115	126	117	109

#### CAUSAS SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS-SOUZA

Dos 2.364 casos analisados, 1.635 (69,1%) enquadravam-se na lista de códigos considerados sensíveis à Atenção Primária, sendo as causas abaixo determinadas. A Hipertensão arterial foi a patologia mais atendida em 2015.

Diagnósticos	2015
Doenças preveníveis por imunização	106
Gastroenterites Infecciosas e complicações	121
Anemia	125
Deficiências Nutricionais	11
Infeções de ouvido, nariz e garganta	95
Pneumonias Bacterianas	12
Asma	11
Doenças Pulmonares	105
Hipertensão	<b>366</b>
Angina	17
Insuficiência cardíaca	04
Doenças cerebrovasculares	04
Diabetes melitus	129
Epilepsias	04
Infecção no rim e trato urinário	314
Infecção da pele e subcutâneo	51
Doença inflamatória pelve	142
Úlceras gastrointestinais	03

Doenças Pré-Natal e Parto  
**Total**

15
<b>1635</b>

## CASO CLÍNICO

M.J.C.S, 57 anos, sexo feminino, viúva, professora aposentada e procedente de Belém do Pará. **Queixa Principal:** Hipertensão Arterial.

**HDA:** Paciente referindo ter tido vários episódios de picos hipertensivos, com início há cerca de 1 ano por ocasião do falecimento do único filho. Na época apresentava cerca de 1-2 episódios mensais, porém, há cerca de 4 meses, sofreu assalto com agressão física, desde então houve piora do quadro de HAS com crises semanais que a obrigavam a recorrer à UPA.

Procura-nos para realização de diagnóstico e tratamento. Atualmente, mantém quadro hipertensivo diário, com valores que variam entre 140x90 a 160x110mmHg registrados em MAPA que trouxe. Acompanha o quadro, angústia, dispnéia leve, taquicardia e cefaléia holocraniana de moderada intensidade e insônia. Referiu nunca ter sido prescrita com medicamentos anti-hipertensivos para uso contínuo por não ter procurado UBS antes. Cita que passou a utilizar há cerca de 20 dias e por conta própria Diazepam 5mg – 1cp à noite, porém, suspendeu por ter medo de ficar dependente da medicação para dormir.

### EXAME FÍSICO:

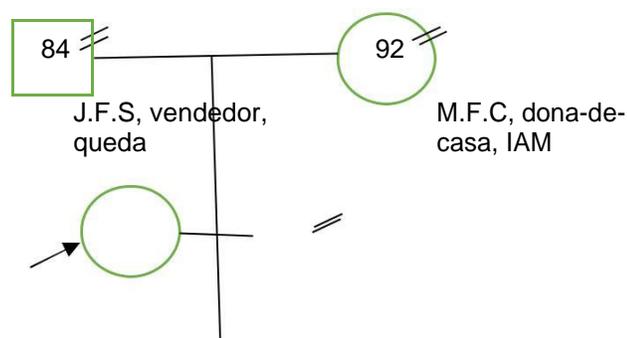
- Estado Geral- Paciente consciente, orientada, regular estado geral, emagrecida;
- Peso - 45kg;
- Estatura - 1,61m;
- IMC - 17.36;
- Pele e mucosas normocoradas e levemente desidratadas, face com expressão assustada e inquieta. Tireóide: Sem achados significativos.
- Adenopatias - Ausentes.

- Mamas - Sem achados.
- Cardiovascular - Pulsos palpáveis, simétricos, rítmicos, FC= 87 bpm, AC: Bulhas cardíacas normofonéticas, ritmo cardíaco regular, sem sopros;
- PA= 150x80
- Respiratório - Murmúrio Vesicular presente, bilateralmente, sem ruídos adventícios, FR= 22irpm, sem sinais de sofrimento respiratório, expansibilidade sem alterações;
- Abdômen - plano, normotenso, sem cicatrizes, ruídos hidroaéreos presentes, palpação superficial e profunda sem alterações;
- Extremidades - frias, pálidas, sem cianose, sem sinais de sofrimento vascular.
- Hábitos - Não tabagista, nega etilismo, fazia uso regular de Benzodiazepínico Diazepam 5mg que consegue sem receita médica. Nega uso frequente de analgésicos;
- Vacinação - cartão de vacina atualizado. Nega viagens recentes para outras cidades.

Estado social: Nível de vida regular, não reside com familiares, após a viuvez há 5 anos não voltou a relacionar-se com ninguém. Perdeu o único filho em latrocínio. É professora aposentada, porém, trabalha com atividade voluntária de ensino para crianças. Alimentação habitual, com erro nutricional em ingesta reduzida de proteínas, carboidratos e líquidos. Não pratica atividade física de caminhada desde o assalto recente que sofreu.

História Familiar: Pais já falecidos, mãe aos 92 anos de IAM e pai aos 84 anos após queda de escada. Não possui irmãos, era filha única. Marido falecido de neoplasia prostática. Desconhece outras causas de doenças na família tais como: alergias, diabetes, doenças psiquiátricas, tuberculose, epilepsia.

## GENOGRAMA



57

62

M.J.C.S, Profes-  
sora, HAS

C.S.F, Professor, Neo Próstata

35

C.S.F.J, Vendedor, Assassinato

Hipóteses Diagnósticas: Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Distúrbios tireoidianos, Feocromocitoma, Ansiedade generalizada, Depressão, Endocrinopatias, Interrupção brusca de medicação, Transtorno Paranóide, Reação Aguda ao Estresse, Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

Conduta: Orientações gerais, avaliação psicológica, exames laboratoriais, ECG e Rx de tórax. Manter registro de valores de PA após início do uso da medicação.

- Prescrição de Propanolol 40mg – 1cp/dia
- Prescrição de composto natural calmante com Maracujá (100mg) + Valeriana (100mg) + Mulungu (100mg) – 1 a 2 cápsulas à noite.
- Retorno semanal para acompanhamento até estabilização do quadro

Evolução: Paciente retornou com resultados de exames, sendo que não foram encontradas alterações nos mesmos. Neste período, segundo suas informações, não houveram mais crises hipertensivas. Dando seguimento às consultas, foram avaliados os aspectos psíquicos e emocionais da paciente de forma que novos sinais e sintomas foram descobertos: Apreensão ao atravessar ruas, Dificuldade de concentração, fadiga, insônia, irritação, Pensamentos recorrentes sobre a morte do filho em assalto e flashback da agressão sofrida recentemente, medo de sair na rua, perda de interesse pelas atividades.

Desfecho: Aplicados os critérios de diagnóstico em Psiquiatria, foi possível, detectar o Transtorno de Estresse Pós-Traumático Crônico, tendo a paciente sido

encaminhada a especialista em Psiquiatria que manteve o diagnóstico e iniciou tratamento com Inibidor Seletivo de Recaptação de Serotonina. Paciente continuou em seguimento mantendo estabilização de PA, os sintomas simpaticomiméticos e somáticos desapareceram. Foi associada dose noturna de composto fitoterápico à base de *Passiflora incarnata* (Maracujá) e *Erythrina mulungu* (Mulungu), com boa resposta no tratamento da insônia, de forma que dispensou o uso de Benzodiazepínico Diazepam. Segue em acompanhamento médico e psicológico.

## CONHECIMENTOS ATUAIS APLICADOS AO CASO CLÍNICO

O diagnóstico clínico foi facilitado com utilização do material de apoio fornecido pelo curso de especialização em Saúde da Família da UFCSPA, dentre os quais:

1. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. Flávio Kapczinski e Regina Margis. Laboratório de Psiquiatria Experimental, Centro de Pesquisa, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, Brasil. Rev Bras Psiquiatr 2003;25(Supl I):3-7
2. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão. Marcelo P. Fleck, Marcelo T. Berlim, Beny Lafer, Everton Botelho Sougey, José Alberto Del Porto, Marco Antônio Brasil, Mário Francisco Juruena, Luis Alberto Hetem. Rev Bras Psiquiatr. 2009;31(Supl I):S7-17
3. Síndromes de amplificação dolorosa. Evelin Diana Goldenberg Meirelles Mariano da Costa.
4. Protocolo Integrado – Saúde Mental em Curitiba. Prefeitura Municipal de Curitiba, 2002.
5. Saúde Mental na Terceira Idade. Otávio Pereira D'Ávila.
6. Psicoterapia ajuda no combate ao transtorno do estresse pós-traumático. Unifesp.

### **3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA UBS-SOUZA**

A UBS-Souza, desenvolve atividades de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças destinadas a cerca de 8.000 usuários cadastrados. Além de equipe multidisciplinar, conta ainda com o apoio do curso de Medicina do Centro Universitário do Estado do Pará e se tornou campo de ações educativas na área de Medicina da Família e Pediatria. As seguintes práticas foram desenvolvidas em Puericultura no ano de 2015, abrangendo cerca de 2.800 crianças:

- 1- Teste do pezinho e vacinação;
- 2- Acompanhamento médico do crescimento e desenvolvimento infantil;
- 3- Rastreamento para displasia do quadril;
- 4- Exame físico completo do RN na primeira consulta;
- 5- Abordagem das parasitoses intestinais;
- 6- Suplementação medicamentosa com ferro;
- 7- Estímulo das crianças ao consumo de frutas, verduras e legumes;
- 8- Esclarecimento aos pais e crianças sobre cuidados de higiene;
- 9- Orientações, estímulos e apoio ao aleitamento materno infantil;

#### **ANÁLISE CRÍTICA**

O Teste do pezinho, obrigatório, gratuito e um direito da criança, foi realizado na UBS- Souza com demanda extremamente baixa e decrescente. Apenas 30 crianças foram submetidas ao exame no ano de 2015. A demora excessiva no tempo de entrega dos resultados foi desestimulante para os usuários que entre si propagaram a informação. Diante disto, mesmo com utilização de palestras, campanhas e orientações individuais sobre a necessidade do exame para a criança, houve resistência na adesão à realização do mesmo pelo serviço público do SUS, portanto, observamos ineficácia das ações realizadas.

No acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil, observaram-se falhas iniciais em normas que deveriam já estar incorporadas às atividades

do PACS e PSF, mas que foram corrigidas após detecção, tais como: falta de registro de dados de peso e estatura nos gráficos dos cartões das crianças, erros técnicos em verificação em registro de estatura nos prontuários. Em relação às mães e familiares, foi detectado que a maioria não havia lido a caderneta da criança, não possuíam conhecimento sobre os marcos do crescimento e de desenvolvimento e tampouco estavam familiarizados com o documento.

Houve trabalho bastante satisfatório em relação às doenças imuno preveníveis, através da vacinação infantil com meta de cobertura vacinal estabelecida e cumprida. Não foram encontrados casos de displasia de quadril nas crianças avaliadas tanto por nós, quanto pelos pediatras da UBS-Souza. Nos exames dos recém-nascidos, houveram apenas 1 achado de hérnia umbilical e 1 caso de cardiopatia, prontamente, atendidos na UBS pela equipe de Pediatras. Na abordagem das parasitoses intestinais, as maiores taxas foram encontradas nas em idade pré-escolar e escolares, afetando o desenvolvimento físico e cognitivo e resultando em perda de peso, anemia e desnutrição, contornados com tratamento e suplementação vitamínica. Também foi estimulado os cuidados com a higiene. O consumo de frutas, verduras e legumes e alimentação saudável foi um dos focos de atenção e de orientação nutricional. Observou-se que havia baixa ingestão hídrica e excesso no consumo de alimentos salgados, gordurosos, doces e refrigerantes em substituição à água. Algumas crianças inclusive apresentaram altas taxas de colesterol e triglicédeos para sua idade, presença de litíase renal, esteatose hepática e obesidade.

O aleitamento infantil já faz parte de uma das práticas saudáveis no estado do Pará, de forma que as orientações são sempre, na maioria dos casos, seguidas sem falhas. Houve 1 único caso em 2015 de não aleitamento materno devido contraindicação. As práticas desenvolvidas em Saúde Mental no ano de 2015, incluíram atendimento a cerca de 76 pessoas sendo aplicadas:

- 1- Entrevista Motivacional com aplicação das diretrizes de intervenção nas mudanças de comportamento;
- 2- As entrevistas motivacionais tiveram como objetivos: promover mudança de comportamento no consumo de álcool, tabaco e drogas, abstinência;

- 3- Tratamento de apoio à crise enquanto o paciente aguardava atendimento em serviço de saúde mental ou até efeito mais consistente de medicamentos psiquiátricos;
- 4- Tratamento medicamentoso de apoio até paciente obter consulta especializada;
- 5- Encaminhamento para serviços de Saúde Mental nos casos em que as medidas de apoio foram instituídas sem bom resultado;
- 6- A maior prevalência de casos na Atenção Básica da UBS-Souza em 2015 foi de transtornos depressivos, Somatizações e Transtornos Ansiosos. Em menor número abstinência alcoólica e uso de drogas.

## ANÁLISE CRÍTICA

As entrevistas motivacionais foram realizadas com sucesso na grande maioria dos pacientes tabagistas e usuários de drogas, porém, demonstrou-se pouco eficaz quando aplicada aos etilistas, que em sua maioria, encontravam-se na fase de pré-contemplação, ou seja, quando não há intenção de mudança do comportamento-problema, resistência e negação.

Não houveram encaminhamentos para serviços de Saúde Mental, pois a intervenção nos estágios iniciais das crises, foi usada amplamente e com sucesso terapêutico, sem necessidade de outras medidas. Encontramos dificuldades de natureza administrativa para obtenção de medicamentos para abordagem de transtornos depressivos e ansiosos: Tricíclicos, Inibidores de Recaptura de Serotonina, bem como os para redução de Síndrome de abstinência alcoólica. Essas dificuldades não foram superadas e mantêm-se. Houve minimização do problema devido apoio médico com fornecimento de amostra-grátis obtidas junto aos laboratórios farmacêuticos para os pacientes mais carentes.

Conseguiu-se também detectar grande número de pessoas com dependência de medicamentos benzodiazepínicos, conseguindo-os, inclusive de forma clandestina, para consumo indiscriminado. A principal queixa desses pacientes era a

utilização do medicamento para solucionar problemas de insônia causada por ansiedade e problemas socioeconômicos. A abordagem inicial foi de substituição da medicação por fitoterápicos já regulamentados pelo SUS, em especial destaque para o composto calmante de Maracujá, Mulungu e Valeriana, que conseguiu substituir com sucesso os Benzodiazepínicos, reestabelecendo o ciclo natural de sonovigília. Não houveram casos de agitação psicomotora que justificasse uso de contenção química.

As ações direcionadas ao Pré-Natal e Puerpério, incluíram as seguintes atividades com cerca de 23 pacientes:

- 1- Acolhimento
- 2- Avaliação Pré-concepcional
- 3- Avaliação de fatores de risco reprodutivo
- 4- Atenção Pré-Natal
- 5- Prevenção do Tétano Neonatal
- 6- Atenção no Puerpério
- 7- Atendimento de intercorrências clínicas e condições especiais.

## ANÁLISE CRÍTICA

A UBS-Souza implementou na atenção familiar o acolhimento e a avaliação pré-concepcional e com isso a redução do número de gestações não desejadas, de abortamentos provocados e de cesarianas com objetivo de ligação tubária já que oferece outros métodos anticoncepcionais. Aumentando o intervalo entre as gestações, foi possível observar menor frequência de bebês com baixo peso e amamentação adequada. Apesar de em 2015 a primeira causa de morbidade hospitalar do SUS no município de Belém, por problemas relacionados à gravidez, parto e puerpério, segundo informações do DATASUS, a UBS-Souza, não registrou nenhum caso entre seus usuários, o que nos leva a concluir que têm prestado assistência Pré-Natal adequada, prevenindo adequadamente também o Tétano Neonatal e assistência ao Puerpério.

Dos 10 passos para Pré-Natal de qualidade na Atenção Básica, houveram falhas em relação ao 5º Passo que diz respeito à garantia do transporte público à gestante para realização do Pré-Natal, apesar disso, não houveram faltas às consultas. Em relação aos atendimentos especiais e de intercorrências clínicas, os mais frequentes foram casos de hiperêmese gravídica e síndromes hemorrágicas que não cursaram com necessidade de internação hospitalar.

#### **4. VISITA DOMICILIAR**

O processo de atendimento domiciliar na UBS-Souza, funcionou de maneira deficiente em 2015 para 1 das 3 equipes existentes na UBS-Souza devido falta de profissionais causada pelas demissões realizadas no ano anterior e não realização de concurso público no referido ano para suprir uma terceira equipe. Atualmente somente 2 equipes estão completas, a terceira, possui apenas 1 profissional médica, no caso, a autora deste trabalho. O fato que foi contornado com adaptação da profissional médica, que passou a fazer busca ativa nos prontuários para triagem de casos crônicos, problemas de imobilidade e/ou incapacidade, ausências em atendimentos programados, hipertensos, diabéticos e casos de TB e Hanseníase. Os casos novos, situações ou problemas agudos que constituíram risco à saúde, problemas crônicos agravados, inclusive os que necessitavam internação hospitalar, chegaram ao nosso conhecimento através de solicitações diretas de pacientes, porém, em análise crítica, a ação realizada por conta própria foi insuficiente para suprir as necessidades existentes.

Dentro da triagem de casos foram considerados como prioritários, idosos acamados, com dificuldade de deambulação, doenças crônico-degenerativas, sem adesão ao tratamento e sem cuidadores, as gestantes ausentes nas consultas de pré-natal, neste caso em particular nenhum caso foi encontrado. Também foram incluídas as crianças ausentes nos atendimentos programados e em situação de risco doméstico. A periodicidade de visitas foi feita de acordo com o risco de cada caso, sendo visitas mensais para risco mínimo, quinzenais para risco médio e semanais para risco máximo. Na programação das visitas, os casos agudos e de aten-

dimento prioritários foram agendados pelas famílias solicitantes diretamente conosco e os casos triados em prontuário foram agendados previamente através de ACS.

Na análise crítica das visitas domiciliares realizadas, os objetivos propostos foram parcialmente atingidos, tendo em vista que necessitamos de equipe completa para cumprimento das metas propostas já que cada família atendida possui peculiaridades que necessitam plano de abordagem específica.

## **5. REFLEXÃO CONCLUSIVA**

O curso de Especialização, foi extremamente importante neste momento da minha vida profissional, pois apesar de trabalhar com a Atenção Básica há alguns anos, necessitava de atualização direcionada para casos clínicos e também de aperfeiçoamento do conhecimento médico. Pude desta forma, identificar com clareza minhas falhas e aplicar ao longo do ano as novas ferramentas adquiridas na Unidade de Saúde em que trabalho. Conseguimos com isso alguns progressos: eliminar fila de espera, de forma que hoje todos os que procuram a UBS-Souza são atendidos sem demora, o que permite grande diferencial em relação ao restante das UBS do município.

Este trabalho, porém, nos ajudou a compreender o quanto é importante que a UBS também possua alto grau de resolutividade para que haja de fato, redução do impacto final nas linhas de atendimento hospitalar, tanto no que se refere às morbidades, quanto ao impacto econômico para o município.

Também devemos considerar as limitações para uso deste novo indicador, as características exógenas à Atenção Primária, tais como o fato de poder levar anos para se detectar problemas em áreas pequenas, mudanças pontuais e estabelecimento de tendências, além do fato das Internações Sensíveis à Atenção Básica dependerem das informações hospitalares, ou seja, morte ou outras complicações que não aconteçam nos hospitais não são refletidas. Pode-se acrescentar tam-

bém a limitação de se usar dados secundários e a da confiabilidade nos diagnósticos. Os profissionais da atenção primária à saúde têm resistido a que sua prática clínica seja avaliada por meio de um indicador de atividade hospitalar.

Esta resistência, baseia-se na existência de fatores determinantes da hospitalização que fogem do controle dos profissionais da atenção primária. Assim, este indicador teria limitações para ser utilizado na avaliação do primeiro nível de assistência. Os fatores mais relevantes que podem condicionar a hospitalização são as características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissão dos centros. Por outro lado, Starfield relata que internações por condições sensíveis à atenção primária têm sido utilizada em alguns países como um indicador indireto da avaliação do acesso e da qualidade da atenção.

Desta forma, já iniciamos por conta própria, o desdobramento deste trabalho em uma segunda etapa mais detalhada, especificamente direcionada para as causas de internação hospitalar dentre os usuários da UBS-Souza. Com isso, esperamos ter um diagnóstico mais completo e detalhado do nosso grau de efetividade, bem como saber exatamente quantos pacientes internaram por causas sensíveis à atenção primária, as causas dessas internações, se de fato eram evitáveis. Dessa forma poderemos combater estas causas estabelecendo novas práticas direcionadas, metas a serem conquistadas até obtermos o máximo de desempenho e satisfação. Agradecemos, desta forma, a contribuição do curso e a oportunidade de realização do mesmo.

## REFERÊNCIAS

1. Mafra, Fábio. O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil. Brasília, 2010.
2. 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). Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, vol.25.
3. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília, 2009.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília, 2010
5. Ministério da Saúde. Diabetes *Mellitus*. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Brasília: Ministério da Saúde, 2006
6. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 7<sup>a</sup> ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
7. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde (Cadernos e Atenção Básica, n. 15). Brasília: Ministério da Saúde, 2006
8. FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública
9. GUANAIS, F.; MACINKO, J. *Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil*. Journal of Ambulatory Care Manage, Philadelphia, 2009
10. NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2010.
11. REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.
12. STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

## **ANEXOS 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO**



## **PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**PAULA JORGIANE LEITÃO DINIZ BAROSEIRO**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA NA UBS  
SOUZA E NAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES EM BELÉM DO PARÁ NO  
ANO DE 2015**

**PORTO ALEGRE, JUNHO DE 2016**

## RESUMO

Os agravos à saúde, que podem ter oportunamente a morbimortalidade reduzida através da eficácia da Atenção Primária, são chamados de Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde. Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. A efetividade da Atenção Primária à Saúde pode ser avaliada através de indicadores da atividade hospitalar, numa espécie de medida indireta do funcionamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família, portanto, deve ser considerada como prioritária pois quando não eficaz, tem impacto direto nos níveis de média e alta complexidade, implicando em custos e deslocamentos desnecessários, gerando demanda excessiva de internações. As altas taxas de internações em Belém do Pará, podem indicar, sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. Considerando que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária é um valioso instrumento de monitoramento e avaliação, analisar as taxas de internações hospitalares dos usuários cadastrados na ESF Souza em Belém representa diagnóstico importante do serviço de saúde oferecido pela Atenção Primária, bem como servirá para acionar mecanismos de análise e busca de explicações para sua ocorrência.

## 1-INTRODUÇÃO

Condições sensíveis à Atenção Primária representam um conjunto de problemas de saúde atendidos por ações do primeiro nível de atenção. A necessidade de hospitalização por essas causas deve ser evitada por uma atenção primária oportuna e efetiva. Atividades como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas, o controle e acompanhamento de patologias crônicas, devem ter como consequência a redução das internações hospitalares por esses problemas. Apenas no mês de junho de 2015, foram registradas cerca de 8.871 internações na capital Belém com taxa de mortalidade de 4,94. Das AIHs aprovadas em Belém neste período, de acordo com o CID 10, foram predominantes as internações por gravidez, parto e puerpério.

As patologias respiratórias foram a segunda maior causa de internação, acometendo principalmente menores de 0 a 4 anos, também chamando atenção, os casos de DIP nas crianças dessa faixa etária. As altas taxas de internações, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho, com deficiência na cobertura dos serviços e/ou baixa resolutividade da Atenção Primária. Esse excesso de hospitalizações, representa um sinal de alerta que pode acionar mecanismo de análise e busca de explicações para sua ocorrência. Trata-se, portanto, de um indicador valioso de monitoramento e avaliação.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar as condições sensíveis à atenção primária dos usuários na ESF-SOUZA e nas internações em Belém no ano de 2015.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Apresentar o panorama das condições sensíveis à atenção primária dos usuários da ESF-Souza e das internações hospitalares em Belém;
- Analisar os gastos do SUS com as internações hospitalares por causas evitáveis em 2015;
- Levantar os dados referentes aos pacientes residentes na área de cobertura da ESF-Souza e das áreas não cobertas, porém, atendidas pelo serviço de saúde;
- Identificar problemas de acesso ao sistema de saúde, deficiência de cobertura ou de seu desempenho da ESF que tenham resultado em internações evitáveis;
- Reduzir futuramente as internações por estes problemas através do diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas bem como controle e acompanhamento de patologias crônicas

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Internações Sensíveis à Atenção Primária, se constitui num novo indicador utilizado em alguns países, para medir indiretamente o funcionamento e a capacidade de resolução da Atenção Primária. A Atenção Primária à Saúde (APS) possui como atributos: atenção de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação de cuidado, centralização familiar, abordagem comunitária e competência cultural. Também é responsável pela atenção aos problemas mais comuns na comunidade e tem papel primordial nas ações de controle das doenças. Suas ações vão desde a promoção à saúde e prevenção de riscos até rastreamentos, manejo específico e prevenção de suas complicações.

A intervenção sobre doenças crônicas em nível de APS, especialmente diabetes, hipertensão arterial, asma, insuficiência cardíaca e depressão é bem efetiva. APS associa-se à melhoria nos indicadores de processo (tomada de decisões baseadas em evidências em prescrições medicamentosas, solicitação de exames complementares e outras avaliações) ou de resultados intermediários (melhoria do controle pressórico, lipídico e glicêmico, diminuição de consultas com especialistas focais e idas à emergência). Além disso, há maior satisfação dos pacientes e tendência de redução dos custos em saúde.

A identificação de indicadores para a avaliação dos serviços de APS é tarefa complexa, dada a multiplicidade de ações desse nível de atenção. Indicadores de idade hospitalar, principalmente hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (CSAP), são propostos para avaliar a efetividade da APS. Esse indicador foi criado para avaliar o acesso a serviços de saúde ambulatorial nos Estados Unidos no fim da década de 1980 e passou a ser utilizado para comparação e efetividade de modelos de APS.

CSAP são condições de saúde suscetíveis aos cuidados prestados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde. As hospitalizações por CSAP medem a efetividade do serviço de saúde de forma indireta: usuários que têm acesso e resolução de seu problema nos serviços. Logo, a resolutividade da APS deve reduzir as taxas de hospitalização por CSAP. A continuidade da atenção, a equipe

multidisciplinar e com menor importância, a população adstrita ao médico estão associadas à menor probabilidade de hospitalização por CSAP. Altas taxas de CSAP refletem deficiências na cobertura dos serviços e/ou no desempenho da APS.

Estudo recente mostrou associação entre a expansão da ESF e redução nas hospitalizações por diabetes mellitus e problemas respiratórios. A expansão do Programa de Agentes comunitários de saúde esteve associada à redução das internações. No III Seminário Internacional sobre Atenção Primária – Saúde da Família, realizado no Brasil em 2007, foi apresentado como Internações Sensíveis à Atenção Básica (ISAB), sendo definida por Macinko como aquelas que deveriam ser evitadas se caso os serviços de atenção básica fossem efetivos e acessíveis. Estas podem envolver, entre outras, complicações não controladas de uma doença crônica ou outras condições; e condições relacionadas com a falta de acesso aos serviços preventivos ou às rotinas.

Os profissionais da APS têm resistido que sua prática clínica seja avaliada por meio de um indicador de atividade hospitalar. Esta resistência baseia-se na existência de fatores determinantes da hospitalização que fogem do controle dos profissionais de APS. Assim, esse indicador teria limitações para ser utilizado na avaliação do primeiro nível de assistência. Fatores mais relevantes poderiam condicionar a hospitalização seriam as características dos pacientes, a variabilidade da prática clínica hospitalar e as políticas de admissão dos centros. Por outro lado, internações por condições sensíveis à atenção primária é um dos indicadores genéricos para a avaliação de desfechos de atenção primária em âmbito populacional. Nesse sentido, as taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária têm sido utilizadas em alguns países como um indicador indireto de avaliação de acesso da qualidade da atenção.

No Brasil, a primeira lista nacional das internações por CSAP foi elaborada em 2007, com base nas listas já existentes em algumas Secretarias de Estado da Saúde, revisão bibliográfica de trabalhos internacionais e em reunião de consenso entre pesquisadores, gestores e especialistas no tema. Em seguida esta lista foi encaminhada para a Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade e para consulta pública.

Estava contemplado nesta lista um conjunto de diagnósticos para o qual a atenção primária efetiva, reduziria o número de internações. Isto é, as atividades próprias da atenção primária, tais como a prevenção de doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das patologias agudas e o controle e acompanhamento de patologias crônicas. A lista foi colocada em consulta pública pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e a partir das proposições apresentadas, foi elaborada a versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, definindo grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10).

O Ministério da Saúde estabelece ainda que a lista deverá ser utilizada como instrumento de avaliação da Atenção Primária e ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. A atenção primária, segundo Starfield, em sua forma mais desenvolvida, é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo. Evidências demonstram que esse nível de atenção tem capacidade para responder a 85% das necessidades em saúde, por meio da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde; integrando os cuidados quando existe mais de um problema; lidando com o contexto de vida e influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

Embora o quadro evolutivo apresentado pelo crescimento da oferta de serviços da atenção primária indique uma ampliação de acesso a esses serviços, permanecem alguns desafios no campo do atendimento das necessidades de saúde da população que se renovam a cada etapa de implantação do SUS. Dentre estes desafios pode ser citada a fragmentação das políticas e programas de saúde, para o qual, o pacto pela saúde traz como uma das propostas de superação, a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão. A estruturação dessas redes deve ter como ponto de partida a

organização da atenção primária, situada no centro desta rede, como ordenadora de fluxos e contra fluxos de pessoas para os demais níveis do sistema, à exceção dos casos de urgência e emergência. No que diz respeito a estes fluxos, em muitas situações onde a atenção primária não é resolutive, a demanda por internações hospitalares provavelmente inclui uma proporção de casos com diagnósticos sensíveis à atenção primária, e que assim poderiam ser resolvidas neste nível de atenção. Neste contexto, este trabalho tem o objetivo de apresentar o panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária dos usuários da ESF-Souza.

#### **4- METODOLOGIA**

Será realizado estudo descritivo com pesquisa exploratória dos bancos de dados nacionais considerando como unidade de análise a população pertencente ao município de Belém do Pará. Consultaremos os dados de internação hospitalar de pacientes residentes, registrados no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), no ano de 2015. Este sistema processa as autorizações de internações hospitalares, disponibilizando informações sobre recursos destinados a cada hospital que integra a rede do SUS, as principais causas de internação, a relação dos procedimentos mais frequentes realizados mensalmente em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade e o tempo médio de permanência do paciente no hospital.

A seleção das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária foi feita com base na Lista Brasileira publicada pelo Ministério da Saúde. Será realizada também a análise dos gastos realizados pelo SUS com internações por causas sensíveis à Atenção primária por município.

## **5- CRONOGRAMA**

- 12/01/2016- Entrega da atividade 1 do Portfólio;
- 16/02/2016 – Entrega da atividade 2 do Portfólio;
- 10/04/2016 – Entrega da atividade 3 do Portfólio;
- 15/05/2016 - Entrega da atividade 4 do Portfólio;
- 20/05/2016- Entrega da atividade 5 do Portfólio;
- 30/05/2016 – Prazo final de entrega de todas as atividades do Portfólio.
- 

## **6- RECURSOS NECESSÁRIOS**

### 6.1 Recursos humanos

- A autora como participante do projeto;

### 6.2 Recursos Materiais

- 01 Computador;
- 1 resma de papel para impressão dos formulários;
- Cartuchos de tinta;
- Canetas;
- Prontuários da ESF-SOUZA.

## REFERÊNCIAS

1. Mafra, Fábio. O Impacto da Atenção Básica em Saúde em Indicadores de Internação Hospitalar no Brasil. Brasília, 2010.
2. 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). Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, vol.25.
3. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Brasília, 2009.
4. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. Brasília, 2010
5. Ministério da Saúde. Diabetes *Mellitus*. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Brasília: Ministério da Saúde, 2006
6. Ministério da Saúde. Guia de vigilância epidemiológica (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009
7. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde (Cadernos e Atenção Básica, n. 15). Brasília: Ministério da Saúde, 2006
8. FERNANDES, V. B. L. *et al.* Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. Revista de Saúde Pública
9. GUANAIS, F.; MACINKO, J. *Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence from Brazil*. Journal of Ambulatory Care Manage, Philadelphia, 2009
10. NEDEL, Fúlvio Borges *et al.* Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2010.
11. REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, 2009.
12. STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
13. ZANINI, Roselaine Ruviano *et al.* Tendência da mortalidade infantil no Rio Grande do Sul, Brasil, 1994-2004: uma análise multinível de fatores de risco individuais e contextuais. Cadernos de Saúde Pública

## **ANEXO – PORTARIA**



**Ministério da Saúde**  
**Secretaria de Atenção à Saúde**

**PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**

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

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

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

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

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

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

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

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

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

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

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

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

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA**

**SECRETÁRIO**

ANEXO - LISTA BRASILEIRA DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS  
À ATENÇÃO PRIMÁRIA

GRUPO	DIAGNÓSTICOS	CID 10
<b>1- Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis</b>		
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 e A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2 A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre Reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
<b>2- Gastroenterites Infeciosas e complicações</b>		
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
<b>3- Anemia</b>		
3,1	Anemia por deficiência de Ferro	D50
<b>4- Deficiências Nutricionais</b>		
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50-E64
<b>5 – Infecções de Ouvido, Nariz e Garganta</b>		
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 crônica	J31
<b>6- Pneumonias Bacterianas</b>		

6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
<b>7- Asma</b>		
7,1	Asma	J45, J46
<b>8- Doenças Pulmonares</b>		
8,1	Bronquite aguda	J20, J21

8,2	Bronquite não especificada	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquiectasia	J47
8,7	Outras DPOC	J44
<b>9- Hipertensão</b>		
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
<b>10- Angina</b>		
10,1	Angina pectoris	I20
<b>11- Insuficiência cardíaca</b>		
11,1	Insuficiência cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12,1	Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
<b>13 – Diabetes melitus</b>		
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1, E13.0, E13.1, E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e NE	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8, E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9, E12.9, E13.9, E14.9
<b>14 -Epilepsias</b>		
14,1	Epilepsias	G40, G41
<b>15- Infecção no rim e trato urinário</b>		
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
<b>16- Infecção da pele e tecido subcutâneo</b>		
16,1	Erisipela	A46
16,1	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 subcutâneo	L08
<b>17- Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos</b>		
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 fem.	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina e da vulva	N76

18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
----	-------------------------	--------------------------------

**19- Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto**

19,1	Infecção no trato urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0